

welfare ebook n. 7/2022
edizione 2022

IL DM 77/2022

SULL'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE

*la norma, gli approfondimenti,
le valutazioni*

FRANCO PESARESI

CON UN CAPITOLO DI P. DA COL & A. TRIMARCHI

WELFARE EBOOK n.7/2022

**IL DM 77/2022
SULL'ASSISTENZA
SANITARIA
TERRITORIALE**
**La norma, gli approfondimenti,
le valutazioni**

di Franco Pesaresi

con un capitolo di **Paolo Da Col & Antonino Trimarchi**

Edizione dicembre 2022

INDICE

	pagina
Presentazione	4
1. Il distretto sanitario nel DM 77/2022 <i>di Paolo Da Col & Antonino Trimarchi</i>	7
2. Il nuovo Punto unico di accesso (PUA): il quadro nazionale	32
3. Le Case della Comunità: come saranno	52
4. Il dimensionamento delle Case della comunità	76
5. Gli ospedali di comunità: come saranno	85
6. Il dimensionamento degli Ospedali di comunità	121
7. Le Centrali operative territoriali (COT): come saranno	129
8. Il Budget di salute negli indirizzi nazionali	159
9. L'infermiere di famiglia o comunità (Ifoc): come sarà?	169
10. PNRR: Ci saranno gli infermieri?	182
11. Triste ri-epilogo sugli infermieri	190
 LA NORMA	
12. Decreto Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77: "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale".	196

PRESENTAZIONE

Nel maggio del 2022 il Ministero della Salute ha approvato con il Decreto n. 77/2022 il “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”.

Si tratta di un atto molto importante ed atteso perché:

1. Per la prima volta vengono forniti degli standard per l’assistenza territoriale che costituiscono sia degli indispensabili punti di riferimento sia un argine alla prolungata fase di depauperamento dell’assistenza territoriale di questi ultimi anni;
2. Vengono introdotti dei modelli organizzativi ed assistenziali nuovi come le Case della Comunità;
3. Con il Decreto viene fornito il contesto organizzativo e professionale entro il quale si sviluppano gli investimenti del PNRR;
4. Attorno all’attuazione di questo atto dovrebbe svilupparsi la riorganizzazione e il rilancio dell’assistenza territoriale.

Il D.M. 77/2022 assegna grandi potenzialità all’assistenza territoriale ma contiene anche criticità insite nel testo approvato o nascoste nella fase attuativa che viene affidata alle regioni, alle aziende sanitarie e, per qualche aspetto (PUA, Consulteri, UVMD, ecc.), anche ai comuni.

Anche la dimensione temporale assume una grande importanza perché le regioni sono chiamate a completare il nuovo assetto entro il 2026, l’anno della conclusione degli interventi del PNRR e non sarà facile per nessuno garantire tempi di costruzione e di riorganizzazione così stringenti.

Questo ebook assume come punto di riferimento proprio la fase attuativa del D.M. 77/2022 e come target di riferimento gli operatori che dovranno attuare la riorganizzazione dell'assistenza territoriale/distrettuale.

L'ebook, infatti, cerca di fornire agli operatori del settore gli strumenti conoscitivi necessari per affrontare e realizzare quanto previsto nel D.M. 77/2022. A questo proposito si forniscono il testo della norma e gli approfondimenti relativi alle principali novità in modo da orientare gli operatori nella fase attuativa.

Non mancano però anche le valutazioni sulle criticità che occorrerà affrontare ai diversi livelli per garantire un corretto funzionamento dei nuovi servizi e della nuova organizzazione.

L'ebook è stato realizzato raccogliendo in singoli capitoli una serie di miei articoli pubblicati in questi ultimi mesi nella rivista "I Luoghi della cura online" (<https://www.luoghicura.it/>), nel sito web "Sos Sanità" (<http://www.sossanita.org/>), nel sito web Welforum.it (<https://welforum.it/>) e nel mio blog <https://francopesaresi.blogspot.com/>. A completare il quadro ho chiamato i colleghi Paolo Da Col e Antonino Trimarchi che aprono l'ebook con il loro importante contributo sulla riorganizzazione del distretto (anche questo pubblicato ne "I luoghi della cura").

Ci sono due processi che in questo caso marciano parallelamente e che sono destinati ad incontrarsi: da una parte la realizzazione di una serie di investimenti, nelle case della comunità, negli ospedali di comunità, nelle Centrali operative territoriali e nella telemedicina e dall'altra parte un processo di reperimento di risorse gestionali e di riorganizzazione dei servizi che devono farsi trovare pronti all'appuntamento.

L'ebook vuole accompagnare questo percorso che richiede il massimo di impegno a tutti i livelli per non perdere questa opportunità.

Questo "libro giallo" sulla riorganizzazione dell'assistenza territoriale tocca materie complesse che potranno avere una prima verifica so-

lo in fase attuativa nelle diverse regioni. Proprio per questo l'impegno e la speranza è quella di aggiornare periodicamente questo ebook seguendo le evoluzioni delle regioni, della normativa nazionale e delle prassi degli operatori.

Franco Pesaresi

1. IL DISTRETTO SANITARIO NEL DM 77/2022

nell'analisi della CARD tra passato, presente e futuro.

Paolo Da Col, Antonino Trimarchi¹

1.1. INTRODUZIONE

Il recente Decreto Ministeriale 77/2022 <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2022/06/22/144/sg/pdf> che regolerà la nuova assistenza territoriale segna, a nostro parere, un'importante tappa nella storia del SSN, tendenzialmente positiva. Ne apprezziamo, al di là di ogni dubbio espresso in questa nota, il fatto evidente che in esso il Distretto torna al centro dell'attenzione, insieme a “cose di assistenza territoriale”, come non si vedeva dai tempi del D. Lgs. 502/92 e 229/99, leggi dello Stato (il DM ha natura di “regolamento”) che per noi restano guida inseparabile e tuttora nostri punti di riferimento, culturali ed operativi (particolarmente il D. Lgs. 229). Il DM 77 si aggiunge a questi in modo certamente rilevante.

Come Soci della CARD, unica Associazione e Società Scientifica italiana dei Distretti, che molti “distratti” del mondo politico e tecnico hanno trascurato negli ultimi anni, non possiamo non rallegrarci di questa rinnovata e approfondita attenzione.

Lo scopo di questa nota è soffermarci su come è considerato il Distretto nel DM 77, senza addentrarci in dettaglio nei suoi elementi correlati (Casa della Comunità, COT, ecc.). Riprenderemo molte riflessioni ed idee sul Distretto sviluppate in quasi trenta di storia della CARD e reperibili nel nostro sito web istituzionale www.carditalia.com cui rimandiamo.

Come primo punto, occorre porsi la domanda se il Distretto effettivamente esca rafforzato dal DM.

La risposta è affermativa, ma con riserva. Affermativa in quanto il Capitolo 4 del DM è specifico per il Distretto già nel suo titolo “*Distretto: funzioni e standard organizzativi*”; chiaro ed utile il box iniziale (riprodotto in appendice) in cui è chiarita la sua dimensione di

¹ **Centro Studi CARD** - Confederazione delle Associazioni Regionali dei Distretti, Società Scientifica delle Attività Territoriali

riferimento (100.000 abitanti, variabili secondo caratteristiche di popolazione e territorio orografico) e la composizione dei nuovi elementi territoriali. Viene enunciato che *“La programmazione deve prevedere i seguenti standard.....”* e segue appunto l’elenco dei nuovi servizi e strutture di sicuro rinforzo del “territorio”.

La nostra riserva nasce dal fatto che il termine *“programmazione”* non implica in realtà *“realizzazione”* e gli *“standard”* non sono riferiti al modello costitutivo di Distretto, bensì agli elementi che in esso la programmazione (v. sopra) deve includere. Secondo la nostra interpretazione del DM, qui sussistono i fattori di debolezza. Primo, la natura giuridica del DM si posiziona ad un livello inferiore nella gerarchia delle fonti di diritto rispetto alle leggi sopraccitate (si ripete: il DM è atto di *“regolamento”*, non di legge statale di *“riforma”*). Secondo, valorizziamo quanto riportato nell’art. 1 comma 1, ove si legge *“Il modello per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio Sanitario nazionale e gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all’assistenza territoriale e al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico sono individuati, rispettivamente, negli Allegati 1, avente valore descrittivo, e 2, avente valore prescrittivo,.....”*. (nostro il grassetto).

Dunque sono solo i contenuti dell’Allegato 2 (in cui NON è incluso il Distretto, che è presente nel primo) ad essere prescritti per tutto il territorio nazionale, e che divengono, pertanto, espressione della potestà connessa ad una competenza legislativa esclusiva dello Stato (ex art. 117 c.2 lett. m della Costituzione); a nostro avviso, assumono per questo significato di livelli essenziali (LEA), da soddisfare in modo uniforme in tutto il Paese. Ciò appare coerente con gli assunti del successivo art. 2 (*“Monitoraggio”*), che richiama al comma 3 e 4 il ricorso a meccanismi di verifica e valutazione specifici, previsti, appunto, per i LEA. Ne consegue che secondo noi assumono valore cogente (LEA) solamente gli standard e modelli dell’Allegato 2, ma non i contenuti (*“descrizioni”*) del primo, non rientrando quindi il Distretto nella regolamentazione e modellistica uniforme ed obbligatoria. Argomentazioni personali, probabilmente, ma riteniamo non prive di una qualche ragionevolezza. Ovviamene, atti formali appropriati dovranno essere adottati per definire la questione dei LEA qui prospettata.

Conclusione: permane per le Regioni la possibilità di sottrarsi ad un modello sufficientemente omogeneo di Distretto, mantenendosi così tutte le premesse per l'attuale grande eterogeneità. Si è persa quindi l'occasione di indirizzarsi con rigore all'istituzione di Distretti solidi, uniformi, portatori di diritti (tali sono i LEA). Per essere chiari: le Regioni possono mantenere ampi gradi di libertà attuativa, con obbligo di realizzare un'assistenza territoriale sicuramente più ricca di "contenuti" (i nuovi servizi e strutture territoriali del DM, di cui sono indicati puntualmente modelli e standard) ma incerta riguardo al "contenitore" (il Distretto), rimanendo indefinito il suo modello (necessario per i poteri e strumenti per coordinarne tali interventi) ed i suoi standard (le risorse di cui dovrebbe essere dotato ex-lege statale per poter esercitare effettivamente tale funzione). Nella trattazione riprenderemo e approfondiremo questi concetti.

Pur con queste asimmetrie, lo scenario globale proposto per il Distretto si presenta positivo, rispetto ad oggi, in quanto induce a ritenere che al Distretto spetti un ruolo chiave-guida nella costruzione della nuova architettura dell'assistenza territoriale.

Le ipotesi per questa scelta ambigua del legislatore secondo noi possono risiedere nella mancata volontà da parte dello Stato di imporre un modello unitario di Distretto, in quanto era mancata l'intesa in Conferenza Stato Regioni (fatto citato anche nel preambolo del DM), e nella scelta delle Regioni di non cedere potestà allo Stato di programmare e realizzare i Distretti a proprio intendimento. Il fondato timore che tutto ciò mantenga uno status quo indesiderabile e sfavorevole è, per fortuna, contraddetto dalla realtà, quando osserviamo ciò che accade in Lombardia, regione che in passato aveva rinunciato a valorizzare ruolo e funzione dei Distretti, e che ora, viceversa, si è incamminata in direzione di portarli ad essere centrali nell'assistenza territoriale del futuro. Attendiamo conferme da altre Regioni fin qui "distratte sui distretti".

Molti nella CARD, e certamente noi tra di questi, confidano che nei prossimi mesi le soluzioni per tali incertezze giungano dal nuovo Governo e Parlamento, che speriamo vogliano risolverle e adottino provvedimenti chiari per indicare in modo cogente a livello nazionale un "modello e standard" per Distretti "veri e forti" omogenei ed uniformi (LEA) così da farli divenire le pietre angolari della "nuova sanità territoriale" uniforme in tutto il Paese, indicando espliciti man-

dati di regia del nuovo Distretto post-DM77 per realizzare, mantenere e governare le nuove strutture, servizi, professionisti che il DM 77 chiaramente definisce nel Box 1 di pagina 23 del DM (v. appendice).

Nella presentazione del DM 77 all'opinione pubblica e al settore tecnico si sono enfatizzati, comprensibilmente, i nuovi servizi e le nuove strutture che andranno a costituire la nuova rete territoriale. Questi per noi compongono un "mosaico" in cui le diverse tessere creano un insieme che abbiamo tentato di rappresentare nella figura 1. Il nostro sforzo è di superare la frammentazione ed azione isolata-scoordinata dei singoli punti e far comprendere che l'insieme diventa coerente (efficace) solamente se i tasselli sono tra loro collegati da un'idea comune, da obiettivi convergenti. Nella comunicazione mediatica il richiamo principale è stato per le Case della Comunità (CdC), presentate (nella versione hub) come soluzione di molte mancanze attuali e nuovo baricentro del "nuovo territorio", che potrà essere alternativo all'ospedale per rispondere a molte esigenze oggi scoperte e per cui i cittadini si rivolgono - impropriamente - all'ospedale. Spesso è trapelato il messaggio - più o meno esplicito - che essa è coincidente con il "nuovo" Distretto. E' un grave errore. Non tanto perché non è vero che esse costituiscono una reale novità, in quanto - pur con denominazioni diverse (Case della salute) già sono presenti in molti territori (e si è visto che per come agiscono i loro risultati sono inferiori alle attese) - ma perché portano ad identificare, erroneamente, il distretto con un edificio (potremmo dire "ospedaletti bonsai" o poliambulatori a portata di mano). Viceversa, un Distretto "vero" NON è un edificio, un luogo fisico, bensì una struttura operativa multifunzionale, multiprofessionale, multidisciplinare che agisce a tutto campo per la salute dei territori e delle Comunità, anche "oltre e fuori dai muri istituzionali", ad esempio a livello domiciliare ("la casa come primo luogo di cura"), a livello di scuole, Comuni, Associazioni, svolgendo una funzione integrante (in primis sociosanitaria) che rappresenta la sua peculiarità. Solamente il Distretto, non un edificio pur multifunzionale e con presenze multiprofessionali, potrà offrire le soluzioni oggi mancanti ai molti problemi, attuali (era COVID) e precedenti (pazienti con molte malattie croniche, fragili, longevi, disabili, famiglie multiproblematiche, ed altro riassumibile come "persone con bisogni complessi" da prendere in carico).

FIGURA 1.1. Rappresentazione schematica del “mosaico” formato da tutti i servizi e strutture previste dal DM 77 che meritano di essere posti sotto la regia complessiva del Distretto.



NOTA alla Fig. 1.1: i singoli cerchi sono la rappresentazione grafica degli elementi illustrati nel DM 77 (Allegato 1 e 2) come parti innovative obbligatorie della nuova assistenza territoriale, come previsto dalla riforma. Nostri sono i due ovali indicanti il Dipartimento di prevenzione e di salute mentale/dipendenze, posti volutamente al confine con il perimetro distrettuale: intendono rappresentare la inscindibile integrazione tra le due strutture ed il Distretto. I temi della prevenzione sono presenti nel DM 77 e già è prevista una loro strutturazione (vedi cerchio in basso a destra), mentre l'area della salute mentale è sorprendentemente omessa nel decreto. Preme invece rimarcare che “non c'è salute senza salute mentale” e quindi in una riconfigurazione dell'assistenza territoriale deve trovare posto una grande attenzione a questo tema, che si è purtroppo ampliato a causa della pan-

demia COVID-19. Il Distretto quindi deve essere promotore anche dello sviluppo di queste due aree di intervento, per un approccio alla salute davvero globale.

1.2. BREVE STORIA E FOTOGRAFIA ATTUALE DEI DISTRETTI IN ITALIA

Per rendere chiaro il nostro pensiero, e comprendere quale sia per noi il cambiamento auspicato e la direzione da intraprendere, riteniamo utile soffermarci brevemente sullo stato attuale in Italia dei Distretti, dopo oltre quarant'anni dalla loro nascita con la legge 833 del 1978. Attualmente lo scenario è dominato dall'eterogeneità: tra le Regioni ed al loro interno esistono realtà distrettuali molto diverse. Le diversità riguardano ampiezza/dimensioni, mandati, finalità, funzioni, risorse assegnate ed obiettivi, in un quadro di grande eterogeneità e disomogeneità, conseguenza di scelte regionali ed aziendali differenti in tema di sanità territoriale. Tendenzialmente, si osserva che tanto più deboli sono le realtà distrettuali, tanto maggiore e prevalente appare la visione ospedalocentrica. Ovvero, si privilegia “il centro” alla “periferia”, quindi in antitesi alla visione di “Prossimità”. In estrema semplificazione, con i limiti quindi del caso, potremmo dire che dai circa 750 Distretti di vent'anni fa si è passati ai 600 di qualche anno fa (dati ricerca di Agenas-Min.Salute, cui CARD collaborò – vedi Monitor n.27/2011), per arrivare agli attuali circa 520 (dato in progress - Fonte: ricerca MES-CARD). La tendenza nel tempo è stata di accorpate e fare Distretti sempre più grandi, per ampiezza di territorio e di popolazione, in parallelo all'ampliamento-accorpamento delle Aziende Sanitarie; quando in queste sono state riunificate le componenti ospedaliere (e magari universitarie) e territoriali, i Distretti si sono ritrovati ad essere posti in secondo piano tra le priorità aziendali e per dotazioni di risorse (mai aggiuntive, salvo eccezioni) e quindi sempre più penalizzati per realizzare ciò che oggi tutti dichiarano mancante: l'assistenza territoriale.

I Distretti si sono quindi ingranditi ma non potenziati, e si sono (sempre in una considerazione tendenziale) allontanati dalla logica della prossimità oggi tanto richiesta. Molti fatti indicano che i Distretti con risultati migliori per efficacia ed efficienza sono quelli in cui si è proceduto addirittura in senso inverso alla macro-dimensione,

dove al loro interno si sono definite piccole realtà, secondo specifici contesti locali, ovvero delle microaree (realtà nate a Trieste) in cui la conoscenza puntuale dei bisogni genera risposte globali, locali e plurali sia per la Comunità che per i singoli individui, con un'organizzazione dell'offerta integrata dei servizi e delle risposte coerenti, sempre multidimensionali, favorendo welfare generativi e la percezione fondata nei residenti della vicinanza dell'Istituzione pubblica, con esito di un legame tra loro ed il proprio Distretto.

Fatta questa premessa, con approssimazione schematica potremmo raffigurare l'attuale esistenza dei Distretti in questo modo (arbitrario, ma non privo di realismo):

- i) ci sono Regioni in cui esistono dei Distretti “veri”, ovvero con architetture organizzative complesse e mandati funzionali includenti la produzione, committenza, governo ed integrazione di servizi e prestazioni territoriali; quindi con premesse valide per realizzare un'assistenza territoriale di qualità (in analogia con quanto descritto nel DM 77);
- ii) Regioni con Distretti “virtuali”, privi di impatto reale sulla popolazione e sugli altri assi dei servizi, anche ospedalieri;
- iii) Regioni in cui ai Distretti sono affidati solo compiti sostanzialmente burocratico-amministrativi (qui si esiste davvero la distorcenza coincidenza tra Distretto ed edificio, che “serve” ai cittadini solo per ottenere certificati e documenti sanitari);
- iv) Regioni in cui i Distretti svolgono solamente compiti di programmazione (e, talora, controllo), di interlocuzione con le Municipalità, essendo demandata la produzione delle prestazioni ai Dipartimenti territoriali (ad esempio denominati “Dipartimenti di cure primarie” in cui sono aggregati i Medici di Medicina Generale).

La CARD in questi anni non è riuscita a tracciare un profilo preciso dei Distretti dal punto di vista delle risorse ad essi assegnate, ma ampie osservazioni ne mostrano un range estremamente ampio, con Distretti dotati di oltre 100 o 200 dipendenti, ed altri di poche unità, a seconda dei loro mandati (v. sopra). Le differenze sono visibili in termini quali/quantitativi di spazi di lavoro, tecnologie, automezzi,

risorse umane, numero di MMG, numero di Comuni/Ambiti di pertinenza. Questa eterogeneità coinvolge anche le procedure di individuazione e di incarico per la Direzione; i Direttori di Distretto possono essere di nomina fiduciaria, concorsuale, od altro. Apprezziamo quindi che il DM 77 dedichi uno spazio ai Direttori di Distretto.

A fronte di questa eterogeneità fattuale, la lettura degli atti programmatici regionali ed aziendali mostra, viceversa, spesso una certa consonanza degli obiettivi e delle funzioni assegnate “al territorio” e, talora ai “distretti”: ad esempio quando si parla di “presa in carico”, di “paziente al centro delle cure”, ed ancora “governo dei MMG”, oppure “governo della spesa farmaceutica”, o “promozione dell’integrazione con gli Ambiti Sociali” ed altre lodevoli affermazioni consimili, cui però non si associano coerenti provvedimenti attuativi, affidamento di strumenti e poteri coerenti ad un soggetto a ciò esplicitamente deputato. Dunque, in sintesi, negli anni passati abbiamo spesso assistito ad una dissociazione tra principi e pratiche, ad enormi differenze di interpretazione dei Distretti e di ciò che oggi è riassunto nella dizione “assistenza territoriale”.

La sua rilevanza - non dimentichiamolo - è balzata sotto gli occhi di tutti durante la pandemia. “Il territorio non c’è”, si è spesso sentito dire. Vero: ma non si è spiegato che la causa non consisteva solamente nella debolezza della medicina generale, ma ben più ampi erano i motivi, ben evidenti le errate scelte complessive del passato. E sembra poter affermare con sufficiente certezza che non solo dove “il territorio” era più forte le difficoltà dell’epidemia meglio sono state affrontate, ma dove i Distretti agivano come strutture ben organizzate si sono contenuti i danni ed aumentata la protezione (ad esempio, anche nella copertura vaccinale).

Le vicende COVID-19 hanno allargato le competenze dell’assistenza territoriale, non più legate solamente alle “cronicità” (come si usava dire in era pre-COVID), ma sono necessarie per vicende acute-acuteissime, dimostrandosi così la validità degli assunti della Primary Health Care (https://www.who.int/health-topics/primary-health-care#tab=tab_1): i sistemi sanitari devono oggi basarsi, anche nei paesi economicamente più ricchi, su interventi di primo livello, efficaci e di basso costo, a bassa tecnologia ed alta relazione, di pronto e facile accesso. Durante l’epidemia, ai cittadini è mancata un’offerta alternativa (sic! alternativa, non solo complementare) all’ospedale

nell'assistenza territoriale; le Comunità locali chiedevano (chiedono) di trovare vicino ai luoghi di vita e di lavoro risposte adeguate, pronte, tempestive, continuative, coordinate rispetto ai propri bisogni, sempre più spesso complessi anche nella malattia COVID-19. Molti anni fa si affermava che per rafforzare il territorio era necessario “far dimagrire l'ospedale”, e ciò per molti versi è avvenuto, ma anche troppo (e nulli sono gli spazi un tempo ipotizzati per una riconversione di risorse dall'ospedale al territorio), come si è ben visto, ed in contrasto con il volere delle Comunità locali, mentre non sono cresciute le alternative alla riduzione dei posti letto e delle strutture ospedaliere (piccole), ovvero quelle previste nell'Allegato 2: maggiori cure ambulatoriali, cure intermedie, cure domiciliari.

Non c'è spazio qui per affrontare il nodo centrale di queste vicende, passate, presenti e future: la riforma della medicina generale. Questa oggi manca, ed è irrisolvibile se la si affronta nel dualismo medici a dipendenza oppure medici convenzionati. Posto che è tutta la medicina convenzionata (pediatri, medici della continuità, specialisti ambulatoriali) a dover essere rivista, i MMG che dovranno essere i primi attori del DM 77 devono essere immessi nella nuova organizzazione con una precisa previsione di chi dovrà esercitare il loro coordinamento, la regia complessiva, ovvero – secondo noi – la responsabilità della loro governance, che va affidata ai Distretti (anche per questo scopo devono esistere Distretti non virtuali, e si torna alla necessità che standard organizzativi del Distretto si ritrovino anche nell'Allegato 2, prescrittivo). Forme di autogoverno dei MMG già sperimentate (ad es. con le AFT) hanno prodotto solo risultati molto parziali, per lo più in termini di un certo grado di allineamento nelle prescrizioni, ma ben poco o nulla – per esempio – sul fronte del progresso delle cure domiciliari.

Il riassunto della storia vera del “territorio” è quindi così proponibile:

- i. ultradecennale “disattenzione” all'assistenza territoriale, ai Distretti, con “campo libero” ai medici convenzionati;
- ii. in epoca pre-COVID, iniziale attenzione al tema delle “cronicità” da trattare-trattenere nel “territorio”, con lo scopo più di allentare la loro pressione sugli ospedali che assicurare a milioni di citta-

- dini con malattie di lunga durata (“croniche”) buona qualità di vita e sopravvivenza;
- iii. arrivo dell’evento pandemico, con decine di migliaia di pazienti acuti-acutissimi e sconvolgimento del sistema, sia ospedaliero che territoriale;
 - iv. coro di invocazioni per “più assistenza territoriale”, con qualche visibile sforzo di attuazione, ma senza la definizione del soggetto responsabile della sua realizzazione e del cambiamento (il Distretto, secondo noi);
 - v. arrivo di fondi europei (PNRR), che impongono una “riforma territoriale” (M6C1 “Riforma 1 del PNRR: definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza territoriale”), senza la quale non sarebbero erogate le nuove risorse per gli investimenti finalizzati a realizzare offerte di “prossimità” (a dire: *no riforma, no money*);
 - vi. incertezza di simmetrico aumento delle risorse per la spesa corrente (inevitabilmente in aumento) per rendere funzionanti le “cose” attuali e del futuro;
 - vii. la riforma prevista nel PNRR conduce alla pubblicazione del DM 77. In sintesi, è l’epidemia, con le sue tragedie, ad aver risolto le incertezze per affrontare le carenze del “territorio”, pur essendo state queste rese note e analizzate ben prima; il tempo perduto e l’impegno dei decisori politici vincolato alle stringenti regole europee potrà – forse? finalmente? - far aumentare le probabilità e possibilità di vedere costruite in Italia le infrastrutture per le cure primarie, al cui centro sta il Distretto.

1.3. L’ANALISI DEL DM 77 RISPETTO AL DISTRETTO

Passiamo ora ad una lettura più analitica del DM, iniziando dalla parte introduttiva del testo della G.U.

Nelle premesse del testo della Gazzetta Ufficiale si legge un primo passaggio per noi rilevante: “*Ritenuto necessario, per le finalità so-*

praindividuate, anche al fine di garantire la tutela della salute, di cui all'articolo 32 della Costituzione, (nostra l'evidenziazione) procedere alla definizione, in modo uniforme per l'intero territorio nazionale, degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitative delle strutture sanitarie dedicate all'assistenza territoriale..."

Bene: si parte dal diritto costituzionale di tutela della salute. Il "garantire" e "la garanzia" costituiranno un leit motiv di tutto il nostro intervento. Quando si parla di "garanzie" scatta immediatamente il richiamo ai LEA. Ed infatti all'articolo 2, comma 4, è chiaramente espresso che la verifica dell'attuazione del presente Regolamento rientra nelle attività di monitoraggio dei LEA, e pertanto ci sentiamo rassicurati che ogni intervento mancato o non andato a buon fine non rimarrà nascosto e sarà oggetto di trasparente monitoraggio dell'attuazione dei LEA (si ripete: tali sono tutti gli interventi dell'allegato 2).

Questa osservazione sui LEA ci consente altresì di ricordare un tema caro alla CARD: se i LEA rappresentano i diritti per i cittadini ed i doveri per le Istituzioni, se i LEA sono il punto di equilibrio tra bisogni-domanda dei cittadini e ciò che lo Stato ritiene giusto ed equo, sostenibile e compatibile erogare, domandiamo: è possibile che esistano i Livelli essenziali di assistenza distrettuale, senza l'esistenza di un erogatore altrettanto essenziale ? ovvero senza il Distretto, che diviene così "specializzato" in LEA ? Invitiamo il lettore a far propria questa considerazione per capire la nostra chiave di lettura del Distretto nel DM 77 e di come questo si leghi alla nostra contestazione che il Distretto non sia presente nell'allegato 2, mentre lo sono strutture e servizi che diventano essenziali, dunque diritti per i cittadini, doveri per le Istituzioni, e sembrano poter agire senza un vincolo obbligatorio di essere posti sotto il coordinamento unitario del Distretto.

L'ultimo articolo (art.4) "*Clausola di invarianza finanziaria*" è voluto dal MEF – come per tutti i provvedimenti analoghi – per ricordare che non sono previsti ulteriori finanziamenti e quindi maggiori oneri; ma è prassi usuale, che comunque raffredda i nostri iniziali entusiasmi espansionistici. Purtroppo, a distanza di due anni dal PNRR, sappiamo tutti che i rincari di varie voci, l'inflazione ed altro hanno cambiato significativamente i piani di investimento e siamo in molti

a ritenere che gli scenari finali saranno diversi da quelli enunciati tempo fa.

Verifichiamo ora come la parte espositiva del DM risponde ad alcune semplici domande: **a cosa serve il Distretto ? quali le sue funzioni ? quali gli obiettivi ? come è (dovrebbe essere) organizzato ?**

Una prima risposta importante, chiara e sintetica la troviamo nelle ultime quattro righe di pagina 25 (quindi alla conclusione del capitolo):

“Il Distretto e il suo Direttore acquisiscono, quindi, la funzione di garanzia (nostra l’evidenziazione) attraverso la valutazione dei bisogni di salute della popolazione, la valutazione delle priorità d’azione e della sostenibilità delle scelte, l’orientamento dei livelli di produzione di attività sanitaria come richiesta alle strutture ospedaliere e territoriali, la verifica dei risultati.”

Come anticipato sopra, Il Distretto (ed anche il suo Direttore, precisazione non trascurabile) è pertanto elemento di garanzia; valuta i bisogni e le priorità di azione, la sostenibilità, la produzione degli interventi.

E’ giusto rilevare che al tema centrale e fondante della **valutazione del bisogno** il DM dedica le pagine precedenti, con una tabella (tabella 2 di pagina 19 del DM) che descrive sei livelli di bisogno, nel range “persona in salute “ (I livello) fino a “persona con complessità clinico assistenziale elevata con eventuale fragilità sociale” (V livello; il VI è riservato alle persone in fase terminale). Il Distretto degli anni a venire deve “garantire” questo primo requisito: censire a livello di comunità e individuo il bisogno, che – è spiegato – può essere semplice o complesso e in corrispondenza tale sarà anche il PAI.

Pertanto al primo posto sta la funzione di garanzia. Il termine “**garanzia**” (concetto espresso qui come sostantivo ed altrove come verbo “garantire”) lo ritroviamo ben nove volte nel testo, rafforzato da altre sei dall’analogo termine “*..assicura...*”. E ci pare molto pertinente che questo ruolo di advocacy del Distretto nasca dall’intenzione di conoscere i bisogni, su cui vanno tarate le offerte di servizi, organizzate le priorità, come ben descritto – risalendo - nella parte iniziale del decreto e ribadito oltre: ... “*la conoscenza dei*

bisogni di salute della popolazione di riferimento risulta centrale e rientra pertanto tra le attività del Distretto”.

Il concetto viene arricchito nel paragrafo sottostante al box illustrativo, al quarto capoverso:

*“ Il Distretto **garantisce** inoltre una **risposta assistenziale integrata** (nostre le evidenziazioni) sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali per determinare una efficace presa in carico della popolazione di riferimento.”* Ed ancora, la garanzia è per *“... 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”.*

Se al primo posto sta la funzione di **garanzia**, al secondo va quella di **integrazione**. Il Distretto “vero” deve essere **integrante le molteplici azioni ed interventi per la salute** svolti dalla pluralità di attori, anche informali, che in esso sono inclusi, e integrante anche strutture, istituzioni, servizi. L’integrazione è, nei fatti, oltre che nelle premesse, il modus operandi e vivendi del Distretto “vero”. Ogni Regione ed ogni ASL dovranno (dovrebbero) avere un modello di Distretto con cui si assicurano risposte assistenziali integrate, con meccanismi integranti anche i vari nuovi servizi che si andranno ad attivare post DM 77 (ben riassunti nel Box 1: le case ed ospedali di comunità, ecc.). Confidiamo di aver così spiegato la differenza tra Casa della Comunità e Distretto.

Torniamo ora al Box di pag. 23 della Gazzetta Ufficiale (riprodotto in appendice) per rispondere a domanda di come deve essere organizzato il Distretto e quali sono i suoi obiettivi.

Qui è precisata la dimensione-tipo del distretto: 100.000 abitanti, variabili secondo contesto locale; nella riga successiva si legge: *“La programmazione deve prevedere i seguenti standard....”.* Dunque il DM afferma che la “programmazione” ha l’obbligo di realizzare i nuovi elementi, avvicinandoci così ai vincoli attuativi dell’Allegato 2. Ciò potrebbe far diminuire l’opzionalità dell’esistenza obbligatoria del distretto di cui prima parlavamo. Se sono LEA tutti i “contenuti” (Casa ed Ospedale di Comunità, UCA, COT, ecc.), perché non anche “il contenitore” (Distretto) ?

Ci stiamo addentrando in interpretazioni soggettive, ma riteniamo non irragionevoli.

Restiamo perplessi quando leggiamo (immediatamente sotto il box):
“Il Distretto è un’articolazione organizzativo-funzionale dell’Azienda sanitaria locale (ASL) sul territorio. Come previsto dalla normativa vigente, l’articolazione in distretti della ASL è disciplinata dalla legge regionale,”

Qui dissentiamo: il Distretto non può essere “articolazione funzionale”, bensì deve costituirsi come **solida struttura operativa ad alta complessità**, riconosciuta di livello almeno pari a quello di un Dipartimento ed acquisire nell’Atto Aziendale e nell’organigramma una rilevanza preminente, con premessa strutturale ed organizzativa “forte e chiara” per renderlo “forte” e fargli esercitare in modo “forte” quanto poi lo stesso DM prevede: *“ 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.”* e più avanti *“A seconda dei modelli organizzativi regionali, il Distretto può quindi avere responsabilità gerarchiche dirette sulle unità operative territoriali che lo compongono.”*

Il Distretto quindi può – ma non deve, peccato! - essere sovraordinato alle nuove unità territoriali (la Casa della Comunità, ad esempio, la COT, ecc.) e ciò, a nostro parere, deve tradursi nella presenza all’interno del Distretto di strutture complesse e semplici in cui possono essere incluse queste nuove strutture e servizi del DM 77. Dunque è assolutamente riduttiva e ambigua la definizione di un Distretto *“articolazione organizzativo-funzionale”*, che ben pochi poteri potrebbe avere per reggere responsabilità che devono essere ben individuate ed agite. La dizione del DM lascia troppo spazio a interpretazioni minimaliste già viste; ad esempio in una ASL del nord-est un Direttore Generale aveva predisposto un Atto Aziendale in cui i Distretti erano strutture semplici!

Ci sembra utile sottolineare che queste nuove strutture-servizi territoriali sono deputate a *“.. determinare una efficace presa in carico della popolazione di riferimento”*. Molto bene, diciamo noi: l’atto finale e pregnante dell’attività territoriale è proprio la presa in carico delle persone e delle Comunità.

Rispetto alla domanda di quali siano gli obiettivi, riemerge “la garanzia”: “*In particolare, l'organizzazione del Distretto.... deve **garantire*** (il neretto è nostro):

- *l'assistenza primaria,*
- *il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta*
- *l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria in raccordo con i servizi sociali territoriali se delegate dai comuni.”*

Per il Distretto quindi sono descritti tre obiettivi di garanzia chiari e precisi, che si aggiungono a quanto sopra spiegato e possono essere così commentati:

L'ASSISTENZA PRIMARIA: è ciò che da oltre 40 anni è debole in Italia e qui è enunciato quale primo obbligo di garanzia. Come già ricordato prima, questo termine è la traduzione (incompleta) del termine Primary Health Care (PHC) del mondo anglosassone. Se uno dovesse riassumere in una parola “cosa fa il Distretto”, questa sarebbe la citazione più appropriata: i Distretti sono gli interpreti, gli esecutori della PHC, che ha come caratteristica l'approccio e la visione olistica della salute, dalla prevenzione-promozione della salute alla diagnosi, terapia e cura, alla riabilitazione. L'assistenza primaria va accostata alla continuità assistenziale, obiettivo che richiede “*necessario coordinamento e approccio multidisciplinare*”, ovvero – diciamo noi - tra tanti professionisti e molteplici servizi di tipo sanitario, sociosanitario (integrazione intra-sanitaria, di tipo verticale) e sociale (integrazione sociosanitari, orizzontale).

I MEDICI DI MEDICINA GENERALE (MMG): “*il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta*” che deve essere garantito dal Distretto è da molti lustri considerata un'esigenza essenziale del SSN. E' noto che coordinare non equivale a comandare, e richiede, da parte dei MMG (e PLS), di essere coordinati. Evento che ancora oggi non è la regola, né lo scopo considerato da tutti irrinunciabile. In un Distretto di 100.000 abitanti operano circa 80-90 MMG; lo sforzo di coordinamento è – per esperienza diretta – molto impegnativo, quando finalizzato a motivarli

per agire non più come singoli professionisti isolati o aggregati per “piccoli scopi”, ma come professionisti al servizio di obiettivi non parcellari. E’ noto il dilemma degli ultimi mesi se i MMG e PLS debbano passare a dipendenza diretta. Per noi è un falso problema, che distoglie l’attenzione dal vero problema: quali obiettivi essi devono raggiungere, quali le priorità. Se seguissimo la filosofia della PHC tutto sarebbe chiaro: rispondere ai primi bisogni, valutare quelli complessi ed indirizzare i pazienti al secondo livello come appropriato, mantenere continuità di cura, dare - infine - risposte ampie, coordinate, continuative, integrate multiprofessionali e multidisciplinari in molti setting di cura (ambulatorio, cure intermedie, cure domiciliari), in contesti che, sotto la regia del Distretto, dovrebbero essere da loro considerati come “case proprie”. Il Distretto è quindi la “loro casa” ed il Direttore di Distretto un prezioso alleato per esprimere al meglio la loro competenza ed esperienza. In realtà molti pensano che i MMG troveranno “casa” nelle Case della Comunità. Ma qui occorre ben distinguere (vedi Figura 1) quelle hub o spoke. Mentre nelle prime potrebbe verificarsi la virtuosa circostanza per loro del lavoro in equipe multiprofessionale ed un approccio integrato sia sul versante sanitario (ad es. integrazione con gli specialisti, gli infermieri, i fisioterapisti, gli psicologi, ecc.) che sociosanitario (integrazione con gli assistenti sociali), nelle seconde la probabilità maggiore è di veder ripetere quanto avviene nei loro ambulatori. Va riconosciuto che queste Case spoke potrebbero rappresentare una grande opportunità per la medicina di prossimità. Basti calcolare che oggi in Italia abbiamo poco meno di 40.000 MMG, e che i loro studi (molti ne hanno più d’uno, in territori diversi) sono veramente “a portata di mano” dei cittadini, in tutti i territori, urbani, extraurbani e nelle c.d. “aree interne” (piccoli paesi, zone rurali e montane disperse, isole, ecc.). Quindi oggi si tratta di valorizzare ciò che esiste ed è prezioso, rafforzandolo (stop all’isolamento di questi MMG, anche se in zone disperse), e portare virtù dove questa manca (lavoro in equipe). Per questo, le connessioni (citare, del resto anche nel DM 77 o in precisazioni successive) tra Case hub e spoke richiedono una regia che già solo per questo scopo porta ad immaginare come “obbligata” la presenza del Distretto regista di questi “*General Practitioner*” della nostrana PHC. Dovrebbero gli stessi MMG ad essere convinti che è conveniente per tutti superare l’obsoleta visione di lavoro autonomo-

autarchico monoprofessionale, per sua natura limitato, pur se magari svolto con intento e spirito imprenditoriale (eventualità non infrequente, apprezzabile). Questa attitudine, che appartiene ad una larga fascia MMG e PLS, è sorretta da potenti organizzazioni sindacali, dedite più a proteggere privilegi che a stimolare in modo proattivo vera innovazione. Pensiamo che il loro accordo nazionale (ACN) sia il primo passo del cambiamento: è da rivedere radicalmente, consensualmente e congiuntamente dalla parte pubblica e dai professionisti; andrà rivisto anche il sistema dei compensi, così come quello dei massimali di iscritti (a tendere, dato che ora la carenza di MMG mal si adatterebbe ad una riduzione dei massimali di 1.500 assistibili iscritti, dati i tanti pazienti complessi, con multimorbilità, per i quali certamente non bastano gli attuali circa 7 minuti in media di contatto nella visita ambulatoriale (secondo quanto riferito dagli stessi MMG), e non lasciano tempo per l'attività a domicilio o nelle residenze. A loro difesa, sarebbe da chiarire come si può pretendere che i MMG negli scenari previsti dal DM possano esercitare in modo appropriato nelle Case hub, poi in quelle spoke (alias: nei propri ambulatori), ed ancora al domicilio per coprire il 10% della popolazione ultra65enne (obiettivo del PNRR), ed infine nell'ospedale di Comunità, oltre a rispondere alle chiamate della COT ed altro ancora. Ripetiamo: senza un coordinamento, che significa anche organizzazione del lavoro in questi tanti setting di cura, come sarà possibile che i MMG siano efficaci ed efficienti? Si pensa che un loro autogoverno possa bastare? A noi sembra che queste siano ulteriori "prove" della necessità dell'esistenza del Distretto.

Infine, il Distretto – si legge sempre nel capoverso – è chiamato a *“garantire” l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria in raccordo con i servizi sociali territoriali se delegate dai comuni*”. Qui viene usata la terminologia e distinzione “classica” delle prestazioni sociosanitarie del 2001, che oggi si riferisce ad una vasta platea di utenti e di loro bisogni, attribuibili alle cosiddette “aree grigie” in cui sfumano i confini tra ciò che è sanitario e sociale, ma bene invece si vedono gli obiettivi dell'insieme delle prestazioni: il benessere globale della persona, la qualità di vita in tutti i suoi aspetti. Questa è una sfida ancora mol-

to aperta per le organizzazioni territoriali e la vera “croce” degli utenti, orfani dei rimpalli tra competenze rivendicate dagli Enti Sanitari o Socioassistenziali quando tra loro non ben integrati, che si contendono la ripartizione di spese e costi, lasciando nel frattempo scoperti i bisogni degli assistiti (“bisogni sempre complessi”, nella classificazione del DM, come sopra accennato). Anche in questo, il Distretto dovrebbe essere il motore dell’integrazione e promotore della congiunzione degli interventi in programmi unitari e coordinati. Si noti che i LEA distrettuali sono “socio-sanitari” e che il Distretto è quindi per antonomasia una struttura deputata ad occuparsi di “socio-sanitario”, quindi di quella coppia di prestazioni sopraccitata, che rappresenta il futuro del nostro welfare. Chi altro ? nessuno, a nostro avviso. Infine, esperienza dimostra che l’interlocuzione ed il confronto continuo con un numero troppo elevato di Sindaci nuoce alla reale capacità di tessere relazioni ed integrazioni, per cui sarebbe bene prevedere anche questo parametro della numerosità di Sindaci riferiti ad un Distretto per tararne le dimensioni (oltre a quelle già prima ricordate: superficie, numero di abitanti, densità di popolazione, caratteristiche geo-orografiche, numero di MMG; ecc.).

Da tutto questo ci sembra che la visione del distretto baricentro di tutta l’assistenza territoriale non sia “partigiana” della CARD, ma rispetti la necessità di assicurare il progresso dell’assistenza territoriale in questa direzione. Il Distretto, se correttamente programmato, impostato, fatto crescere con elementi attivi e vitali potrà assicurare vera capacità integrante tra servizi e persone, tra enti ed istituzioni, tra soggetti e agenzie, con forte capacità di coordinamento ottenuta con leadership, non con forza gerarchica. Potrà creare reali possibilità di offrire risposte unitarie, coordinate e continuative (attributi già in uso ai tempi del DL 229 e sempre attuali), in una multiofferta con solida presa in carico globale, dunque non solo erogando frammentate “prestazioni di base”, con la finalità ultima - e torniamo sempre lì - di soddisfare i **BISOGNI DELLE PERSONE E DELL’INSIEME DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE, OVVERO DELLA COMUNITA’**.

Altre ancora sono le funzioni del Distretto descritte altrove nel testo, con questo ordine di comparizione: funzioni di programmazione, produzione, responsabilità direzionali.

La programmazione: è spiegata come *“la capacità di programmare i servizi da erogare a seguito della valutazione dei bisogni dell’utenza di riferimento anche in relazione alle risorse disponibili”* per *“assicurare la fruizione delle prestazioni all’utenza”*. A parte la precisazione delle risorse disponibili (ma allora, a che servono i LEA, scelti perché sostenibili dallo Stato, che se ne fa garante anche sotto questo profilo, se sono anch’essi diritti condizionati ?) , sarebbe un grande cambiamento positivo se questa capacità potesse davvero avvenire.

La produzione: è ammesso che possa avvenire con *“erogazione in forma diretta o indiretta dei servizi sanitari e sociosanitari”*. Posto che per CARD debba prevalere sempre la forma diretta, ovvero di natura pubblica, la forma indiretta si collega alla possibilità del Distretto “vero” di svolgere la funzione di committenza verso erogatori privati accreditati, che – in coerenza con quanto sopra – nasce a seguito della programmazione tarata sui bisogni. Quindi si ribadisce il concetto che le due forme concorrono, pur in modo diverso, alla produzione di prestazioni e servizi che si indirizzano a soddisfare globalmente i LEA. CARD riguardo all’obiettivo del PNRR di raggiungere in ADI una copertura del 10% della popolazione ultra65enne e al verosimile ricorso a soggetti privati accreditati si è già espressa pubblicamente: il potenziamento deve avvenire privilegiando il settore pubblico e il ricorso al privato esclusivamente dopo avere compiuto ogni sforzo perché sia residuale e secondario all’intervento pubblico, cui deve spettare sempre e comunque la parte complessa, non prestazionale del settore. Infine, desideriamo sottolineare che la forma indiretta si può avvalere di soggetti profit o no-profit, e su questa differenza servirebbe un ampio dibattito, non possibile in questa sede.

Infine, nel terzo punto – le responsabilità direzionali – il DM afferma che *“a seconda dei modelli organizzativi regionali, il Distretto può quindi avere responsabilità gerarchiche dirette sulle unità operative territoriali che lo compongono. In queste tipologie di assetti organizzativi il Distretto opera sia come committente che come gestore”*. Come già spiegato sopra, riteniamo del tutto appropriato che il Di-

stretto sia sovraordinato a unità interne con attività specifiche e che queste unità di produzione devono ricevere guida, orientamento, governo unitario dal Direttore di Distretto, pur lasciando ampi spazi di autonomia e responsabilità alle stesse unità sotto ordinate. L'organizzazione territoriale deve avvalersi molto poco degli orientamenti gerarchici e molto della capacità diffusa di leadership (middle management). Autonomia e responsabilità sono binomi inscindibili. L'orientamento netto di CARD, suffragato da anni di esperienze e confronti sul campo in tutti i Distretti, è quindi per la netta preferenza per un Distretto che sia solida struttura operativa sovraordinata alle molteplici entità che erogano servizi di natura distrettuale (alias: le nuove entità del PNRR), che abbia strumenti e poteri congrui per garantire (sic) i LEA distrettuali. La prudenza con cui qui viene esposto il modello organizzativo genera rischi di confusione, che compromettono il raggiungimento degli obiettivi. Lasciare aperti spazi all'interpretazione locale (regionale, aziendale) dei Distretti comporta il rischio (secondo noi certezza) che verranno a mancare gli strumenti di governo del sistema, si creeranno Distretti deboli o molto deboli anche nella capacità di integrazione. E' di provata esperienza che l'integrazione avviene solamente quando l'identità dei soggetti è forte, chiara, esplicitata, ben visibile, e, ovviamente, reciprocamente accettata e rispettata dalle parti. Del Direttore di Distretto tratteremo poco oltre.

Affrontiamo ora un altro passaggio molto rilevante: *“Al Distretto sono attribuite risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento. Nell'ambito delle risorse assegnate, il Distretto è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio della ASL.”* Si pone qui la questione del **budget di distretto**, che deve essere praticato come correlazione tra obiettivi (per noi: di copertura dei bisogni, dei LEA) e risorse a disposizione (per costruire tali risposte) e non da intendersi solamente come perimetro imposto di limiti di spesa (significato spesso erroneamente attribuito a tale termine). L'autonomia qui precisata significa alto livello di responsabilità sia sul fronte della conoscenza dei bisogni sia dell'uso corretto delle correlate risorse per soddisfarli. Quando questa autonomia è riconosciuta ed agita (fatta agire dalle Direzioni Generali), il Distretto assume il connotato di struttura essenziale e “forte”, che dà impulso al-

la vitalità del Distretto, alla sua visibilità e credibilità (veridicità). Si ricorda che gli aspetti dell'autonomia qui citati ripetono esattamente quanto indicato nel DL. 229 (solo raramente messo in pratica). La contabilità separata dovrebbe poi essere strumento di massima trasparenza e comprensibilità dell'utilizzo delle risorse (così come del loro volume). CARD ritiene che questa esplicita indicazione all'autonomia con contabilità separata (risalente ancora al D.Lgs 229/99) dovrebbe confermare il ragionamento per cui:

- i. molteplici sono i centri di costo e di responsabilità interni del Distretto, come si addice ad un'organizzazione complessa e molto articolata nelle sue linee produttive e gestionali – il Distretto “vero”;
- ii. si chiarisce (salvo operazioni di “cosmesi di bilancio”) quali sono i costi/spese per la parte ospedaliera o territoriale, al fine di rendere trasparente quante/quali risorse sono impiegate nell'una o nell'altra parte, consapevoli che il traguardo del 55% al “territorio” e 45% all' ”ospedale” non è target burocratico-contabile, bensì lo specchio del rispetto delle priorità dell'uso delle risorse rispetto ai bisogni rilevati.

I detrattori di questa visione temono che si vada così a creare una “aziendina” all'interno dell'Azienda. Nulla di più sbagliato. Si tratta, invece, di capire che solo con il Distretto l'Azienda può soddisfare i LEA distrettuali (“territoriali”) e affiancare all'assistenza ospedaliera (“l'ospedale”) ciò che serve per usare poco l'ospedale per usarlo bene; offrire risposte che l'ospedale non potrà mai dare e che, se ci prova, fa disperdere energie e risorse. Ormai è chiaro che esiste un'appropriatezza organizzativa e della domanda, e questa non può essere gestita che nel “territorio” da un soggetto deputato a questo: il Distretto, per noi, ineludibilmente. Intuibili l'impatto di tutto questo sul Direttore di Distretto.

Ed infatti rimane ora da trattare la questione del **Direttore di Distretto**, che chiude il capitolo nel DM. Come anticipato all'inizio, attualmente questa figura oggi rispecchia l'eterogeneità dei Distretti. Qui ci preme ribadire che se consideriamo le nuove “pedine” sulla scacchiera territoriale che il PNRR introduce (le Case della Comunità, gli ospedali di Comunità, le COT, gli infermieri di famiglia e di

Comunità – vedi figura 1) e le funzioni del Distretto fin qui illustrate, la figura del Direttore le condensa e riunisce tutte. Una figura quindi ad alta responsabilità, che richiede anche precise competenze, del “sapere e saper fare”, ed anche “saper essere”. CARD ha già proposto programmi di formazione specifica per il conseguimento di requisiti specifici, con esito nella costituzione di una sorta di “albo” nazionale degli “idonei”, per aumentare le probabilità che queste figure direzionali siano all’altezza delle rilevanti responsabilità delineate in questa nostra nota. La gestione unitaria del “mosaico territoriale”, il coordinamento intelligente e coerente di strutture e servizi, l’armonizzazione di bisogni e risposte, le proposte alla direzione generale per uno sviluppo strategico ed operativo del territorio di medio-lungo termine esige un’azione unitaria di una persona (ad hoc formata e preparata) che esprime più autorevolezza che autorità, che pensa ed agisce per realizzare obiettivi di salute “one health”. Riprendiamo qui una metafora della CARD, secondo cui il Direttore di Distretto potrebbe essere paragonato ad un Direttore d’orchestra (più sinfonica che da camera) il cui compito primario è interpretare bene la partitura per “fare musica” (per noi: “fare salute”) riuscendo ad armonizzare tutte le sezioni orchestrali, senza che nessuna primeggi e tutte si sentano al servizio – appunto – di “fare musica insieme”.

Temiamo che, viceversa (e già si avvertono segnali), le candidature direzionali frammentate delle diverse strutture e servizi del DM 77 potrebbero diventare occasione di opportunismi di carattere politico od altro e quindi sottratte all’interesse pubblico ed al bene comune, come – lo ripetiamo – vogliamo che siano le caratteristiche ed i carismi del Distretto.

A parte, collegato a tutto questo, merita considerare il capitolo 16 del DM: SISTEMI INFORMATIVI E DI QUALITÀ. Nel testo sono ben analizzate le soluzioni di cui deve disporre il Distretto di tipo digitale, telematico, informatico ed altro che, in sintesi, sono oggi necessarie per raggiungere tutti gli obiettivi qui illustrati, sia di tipo clinico-assistenziale (si pensi alla telemedicina, teleconsultazione, telemonitoraggio domiciliare, ecc.), sia gestionale (conoscenza dei bisogni, profili di rischio, budget di distretto, ecc.). Non c’è spazio per approfondire, ma questi aspetti sono cruciali; occorre conoscerli e praticarli con grande scrupolo.

1.4. CONCLUSIONE

In breve: speriamo di aver fornito sufficienti “prove” o quantomeno riflessioni per convincere il lettore sulla necessità ed opportunità che in tutto il Paese devono esistere, omogenei, i Distretti. E – controfattuale - di averne fornite altrettante per capire cosa succede (succederebbe) se i Distretti NON esistono (esisterebbero).

Molte sono le occasioni favorevoli portate da DM 77 in questo senso; altre ne vanno create per essere più sicuri che ci siano giuste premesse per raggiungere nel breve termine un’assistenza territoriale molto migliore dell’attuale. A noi sembra che sia oggettivo il fatto che occorre rendere il Distretto un punto centrale stabile del sistema sanitario. Bisogna quindi - speriamo cresca il convincimento unanime - puntare ancora di più sul Distretto, in modo inequivocabile, chiarendo tutti i punti ambigui che abbiamo cercato di analizzare. Serve per questo uno sforzo corale di pubblica opinione ed ancor prima del settore professionale per maggiori conoscenze sul valore e rilevanza della PHC, del lavoro di comunità, della medicina di comunità. Vanno create forti alleanze per azioni condivise non solamente tra chi già opera nell’ambito distrettuale, ma a tutti i livelli dell’ambito sanitario, sociale e delle Istituzioni che portano responsabilità di interventi su tutti i determinanti sociali della salute: lavoro, reddito, istruzione, ambiente ed altri.

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(05\)71146-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(05)71146-6/fulltext).

La nuova assistenza territoriale che si delinea sarà molto articolata, con diversi nuovi livelli di offerta, specifica per contesti territoriali specifici, ovvero in cui sarà necessario svolgere un lavoro di prossimità ben percepibile dai residenti, rispondente a bisogni sempre più numerosi e complessi, per i quali operano decine e decine di professionisti di molteplici discipline, competenze, appartenenze. Serve individuare un punto di riferimento di governance, di convergenza, di unità di intenti e metodi: per noi, e invero ciò si ritrova nello stesso DM 77, questo è il Distretto. Merita farlo emergere in modo inequivocabile, ineludibile, non suscettibile di interpretazioni così diverse come oggi vediamo nei (circa) 550 Distretti censiti, e così diversa-

mente capaci di (non) offrire la gamma di risposte richieste dalle persone di un territorio, dalle Comunità locali.

CARD ritiene che il DM 77 costituisce un punto di partenza più che un punto di arrivo per la crescita dell'assistenza territoriale e per un approccio innovativo alla riduzione delle disuguaglianze di salute. Per questo chiede con forza che il Distretto diventi una struttura stabile (sottolineiamo questo attributo), omogeneamente interpretata, organizzata, agita in tutti i territori italiani. Sarebbe una forzatura affermare che chiediamo “un modello unico di distretto”, ma la direzione suggerita è quella di trovare un punto di equilibrio uniforme tra ciò che è “essenziale” per tutti e ciò che è appropriato per il contesto locale specifico, sicuramente a partire dalla conoscenza dei bisogni. Resta, soprattutto, lo scopo comune di armonizzare nel e con il Distretto tutte le risorse del territorio distrettuale e delle Comunità locali che in esso vivono, siano esse di provenienza pubblica-istituzionale (sanità e sociale in primis, ma non solo: di tutte le altre istituzioni pubbliche che agiscono sui determinanti sociali della salute – v. sopra) ovvero appartenenti al settore privato (famiglie, individui assistiti), del privato sociale, del terzo settore, della cittadinanza attiva e del volontariato, tutte riunite e convergenti per lo scopo comune di costruire programmi di salute e di benessere, qualità di vita, sicurezza, protezione e presa in carico dei più fragili, ormai tantissimi. Insomma, un Distretto emblema della sanità pubblica per un pubblico bene.

Dunque costruiamo certezze per avere Distretti “certi” e “certificati” nella qualità di risposte date, coerenti con i bisogni.

APPENDICE

ESTRATTO DALLA G.U. - PAG. 23

22-6-2022

GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA

Serie generale - n. 1

4. DISTRETTO: FUNZIONI E STANDARD ORGANIZZATIVI

Distretto di circa 100.000 abitanti, con variabilità secondo criteri di densità di popolazione e caratteristiche orografiche del territorio.

La programmazione deve prevedere i seguenti standard:

- 1 Casa della Comunità *hub* ogni 40.000-50.000 abitanti;
- Case della Comunità *spoke* e ambulatori di Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali. Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente;
- 1 Infermiere di Famiglia o Comunità ogni 3.000 abitanti Tale standard è da intendersi come numero complessivo di Infermieri di Famiglia o Comunità impiegati nei diversi setting assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola;
- 1 Unità di Continuità Assistenziale (1 medico e 1 infermiere) ogni 100.000 abitanti;
- 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore;
- 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti.

2. IL NUOVO PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA): IL QUADRO NAZIONALE

La Legge di bilancio 2022 ha modificato le caratteristiche dei Punti unici di accesso (PUA) così come delineati negli anni duemila. Il presente lavoro si propone di aggiornare il profilo organizzativo del PUA.

2.1. IL QUADRO NORMATIVO NAZIONALE

Si comincia a parlare di Punti unici di accesso (PUA) negli anni novanta de secolo scorso quando la semplificazione amministrativa era diventa una costante dell'agenda politica di tutti i governi. L'obiettivo costante era ed è rimasto quello della semplificazione del rapporto fra cittadini e pubblica amministrazione riducendo gli adempimenti e i passaggi amministrativi a carico di cittadini ed imprese e promuovendo lo snellimento e la tempestività dell'azione pubblica.

Seguendo questa logica alcune regioni cominciano a prevedere i punti unici di accesso alle prestazioni socio-sanitarie, pur con differenti denominazioni, e solo a questo punto la normativa nazionale comincia ad occuparsi di questo nuovo modello organizzativo.

Il primo atto statale in cui si parla di Punti unici di accesso è il D.M. Salute del 10/7/2007 con cui si approvano le linee guida per l'accesso delle regioni al finanziamento dei progetti attuativi del Piano sanitario nazionale. Lo "sportello unico di accesso" (così viene chiamato la prima volta) viene previsto all'interno della sperimentazione del modello assistenziale "Casa della salute" al fine della integrazione tra attività sanitarie e attività socio-assistenziali. Attraverso lo sportello unico – si legge nel Decreto – si realizza la presa in carico del paziente attraverso l'affido diretto alle unità valutative e agli

altri servizi da cui dipende la definizione e l'attuazione del percorso assistenziale individuale.

Si riparla ancora genericamente di Punti unici con il D.M. Solidarietà sociale del 12/10/2007 con il quale viene ripartito il Fondo per le non autosufficienze del 2007. Nel Decreto si invitano le regioni ad utilizzare i finanziamenti, fra l'altro, per “la previsione o rafforzamento di **punti unici di accesso** alle prestazioni e ai servizi con particolare riferimento alla condizione di non autosufficienza che agevolino e semplifichino l'informazione e l'accesso ai servizi socio-sanitari”.

Un altro riferimento normativo è rinvenibile nell'Accordo Stato-Regioni del 25/3/2009 con il quale si approvano e si finanziano gli obiettivi prioritari e di rilievo nazionale per l'anno 2009. Uno di questi obiettivi prevede l'incremento dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) anche attraverso “la costituzione, in ambito territoriale dei **punti unici di accesso (PUA)** per la presa in carico delle persone non autosufficienti attraverso la segnalazione del medico curante, del MMG, dei familiari, dei servizi sociali, dell'utente stesso”.

A questo punto, la normativa nazionale per tutto il decennio successivo si occupa dell'attuazione dei PUA nei diversi riparti annuali del Fondo nazionale per le non autosufficienze. I diversi decreti di riparto che si sono succeduti hanno previsto la realizzazione o il rafforzamento di punti unici di accesso alle prestazioni e ai servizi localizzati negli ambiti territoriali da parte di Aziende Sanitarie e Comuni, così da agevolare e semplificare l'informazione e l'accesso ai servizi socio-sanitari (D. MLPS 20/3/2013; D. MLPS 7/5/2014; D. MLPS 14/5/2015; D. MLPS 26/9/2016).

Il rilancio dei Punti unici di accesso si ha con la Legge di bilancio 2022 (L. 234/2021, art. 1 comma 163) che affida al PUA l'accesso alle prestazioni delle persone non autosufficienti e ne ridefinisce ed amplia le funzioni. In particolare viene aggiunta ai Punti unici di accesso la funzione della valutazione multidimensionale incardinando all'interno dei PUA l'attività delle Unità di Valutazione multidimensionali (UVM).

Infine, un passo avanti ed uno indietro si sono realizzati con il Decreto del Ministro della Salute n. 77/2022 sui modelli e standard dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. Nell'importante decreto viene stabilita la presenza obbligatoria del

Punto unico di accesso all'interno di tutte le Case della Comunità (sia Hub che Spoke) ma nel contempo si stabilisce che lo stesso ha solo competenze sanitarie. Con buona pace dell'integrazione sociosanitaria alla base di tutta la normativa precedente sui punti unici di accesso.

2.2. IL NUOVO PUNTO UNICO DI ACCESSO: FUNZIONI ED ORGANIZZAZIONE

Vediamo ora di ricostruire il quadro nazionale e delle competenze dei nuovi PUA così come emergono dalla normativa.

2.2.1. Definizione

I punti unici di accesso (PUA) garantiscono, mediante le risorse umane e strumentali fornite dal Servizio sanitario nazionale e dagli Ambiti territoriali sociali (ATS), alle persone in condizioni di non autosufficienza l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari (L. 234/2021).

Nella definizione fornita dalla Legge di bilancio 2022, pur nella sua sinteticità, si segnalano tre punti fermi, alcuni dei quali non chiariti in passato, che sono i seguenti:

1. I PUA sono realizzati e gestiti insieme dalle Aziende sanitarie e dagli Ambiti sociali territoriali (e non i Comuni);
2. I Punti unici di accesso si rivolgono alle persone in condizioni di non autosufficienza (disabili ed anziani non autosufficienti) e non a tutta la popolazione;
3. I PUA garantiscono l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari. Sono pertanto esclusi i servizi sanitari. Su questo aspetto non si può non segnalare la contraddizione con il

D.M.S. n. 77/2022 che invece assegna al PUA solo competenze sanitarie.

2.2.2. *Sede e diffusione*

I punti unici di accesso (PUA), hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate “Case della comunità” (L. 234/2021).

Come è noto il D.M.S. 77/2022 prevede due modelli organizzativi per le Case della Comunità (CdC): Case della Comunità Hub e CdC spoke. La CdC hub è la struttura di riferimento, completa nelle sue dotazioni di servizio e punto di riferimento per la programmazione sanitaria. Ne viene prevista una ogni 40.000-50.000 abitanti. Le CdC spoke sono invece articolazioni territoriali della Hub con dotazioni di servizi molto più ridotta ma il cui numero e popolazione di riferimento sarà autonomamente stabilito dalle singole regioni perché non vi sono standard nazionali di riferimento a questo proposito.

I PUA sono previsti obbligatoriamente in tutte le Case della Comunità, sia in quelle Hub che in quelle spoke (Pesaresi, 2022). I Punti unici di accesso saranno pertanto molto diffusi a regime quando cioè saranno realizzate tutte le nuove Case della Comunità previste e saranno riconvertite le Case della Salute in CdC. A conclusione di questo percorso e comunque entro il 2026 è atteso un PUA ogni 35.000-40.000 abitanti.

Nel frattempo che succede? Tutto si ferma in attesa delle sedi? Il Piano nazionale per la non autosufficienza approvato in Conferenza Unificata il 3/8/2022 (atto 136/CU) ha previsto che “nelle more dell’attivazione dei PUA presso le Case della Comunità”, le Aziende sanitarie e gli Ambiti territoriali sociali “si impegnano a individuare modalità e sedi stabili di concertazione al fine di garantire in ogni caso la valutazione multidimensionale e la presa in carico integrata”. Per cui l’indicazione è che si parta comunque subito in attesa che si realizzino tutte le sedi previste all’interno delle Case della Comunità.

Occorre sottolineare almeno due novità rispetto alla precedente normativa relativa ai PUA. La sede dei Punti unici di accesso viene identificata esclusivamente in una struttura del Servizio sanitario nazionale – le Case della Comunità – mentre in precedenza la sede poteva essere individuata indifferentemente nel distretto sanitario o in una sede messa a disposizione dai comuni/Ambiti sociali.² L'altra novità riguarda l'ampia diffusione dei PUA (potenzialmente fra 1.500 e 1.700 PUA), legata obbligatoriamente alla presenza delle Case della Comunità, molto positiva dal punto di vista della vicinanza alle persone non autosufficienti ma che metterà a dura prova l'organizzazione dei distretti sanitari e degli Ambiti territoriali sociali.

2.2.3. *Obiettivi*

Dalla normativa del 2007 si ricava che l'elemento caratterizzante dei PUA dovrà essere la modalità dell'accoglienza dell'utente che dovrà tendere a semplificare ed agevolare l'informazione e l'accesso ai servizi (D.M. Solidarietà sociale del 12/10/2007).

Per cui, tenendo anche conto della Legge di bilancio 2022, gli obiettivi che la normativa affida ai PUA sono i seguenti:

- Semplificare ed agevolare l'informazione e l'accesso ai servizi sociali e sociosanitari;

² Inoltre, in passato la maggior parte delle regioni aveva previsto anche l'ipotesi del PUA funzionale. Si tratta non tanto di un unico luogo fisico, ma di una strutturazione integrata tra tutti i punti di contatto e di accesso sociali e sanitari presenti nel territorio. Si tratta essenzialmente di una modalità organizzativa basata su un modello di sistema di rete dove gli operatori sociali e sanitari ricercano e promuovono il coordinamento e l'integrazione attraverso strumenti di tipo organizzativo, professionale e telematico. In questa ipotesi ogni punto di accesso sociale o sanitario mantiene la propria sede e il suo personale ma si attrezza per fornire anche le prestazioni che non fanno parte di quelle proprie (per esempio uno sportello sociale si attizzerà per fornire anche le prestazioni sociosanitarie) e gli operatori sociali e sanitari ricercano l'integrazione attraverso strumenti organizzativi e telematici (Pesaresi, 2013b).

- Promuovere l'integrazione tra attività sanitaria e attività socio-assistenziale;
- Avviare la presa in carico della persona non autosufficiente attraverso la sua valutazione multidimensionale.

2.2.4. Destinatari del servizio

I destinatari del servizio sono le persone in condizioni di non autosufficienza (L. 234/2021). Si tratta quindi di anziani e disabili non autosufficienti.

Occorre però rilevare che il D.M.S. 77/2022 fa invece riferimento a tutti i pazienti che si rivolgono alla Casa della Comunità, indipendentemente dalla eventuale presenza di non autosufficienza (Allegato 1, pag. 27 del Decreto).

Il mancato coordinamento delle due normative, insieme al fatto che la maggior parte delle regioni, nel decennio scorso, ha previsto l'attivazione dei PUA a servizio di tutta la popolazione (Pesaresi, 2013b), purtroppo, faciliterà quell'ampia variabilità di comportamenti che in genere caratterizza la fase attuativa delle regioni.

2.2.5. Funzioni svolte

Il percorso assistenziale integrato è organizzato in cooperazione tra il sistema dei servizi dell'ATS e il complesso delle dotazioni del Distretto sanitario, anche in relazione con le azioni e le riforme recate dal PNRR. A questo scopo il Servizio sanitario nazionale e gli ATS garantiscono, mediante le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza, l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso punti unici di accesso (PUA), che hanno la sede operativa

presso le Case della comunità e, transitoriamente, negli altri presidi ritenuti pertinenti e adeguati dalla programmazione locale (Conferenza unificata n.136/2022).

Il Punto unico di accesso:

- Garantisce tutte le informazioni sui servizi sociali e sociosanitari e sulle modalità per accedervi;
- Garantisce ed agevola l'accesso unitario ai servizi sociali e socio-sanitari, attraverso le funzioni di assistenza al pubblico e di supporto amministrativo-organizzativo ai pazienti ("accompagnamento");
- Garantisce la valutazione multidimensionale delle persone non autosufficienti, anche al fine di delineare il carico assistenziale per consentire la permanenza della persona in condizioni di non autosufficienza nel proprio contesto di vita;
- Garantisce, a seguito della valutazione, la definizione, a cura dell'Unità Valutativa Multidimensionale (UVM), del progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi necessari, modulati secondo l'intensità del bisogno.

In precedenza la normativa nazionale e l'esperienza delle varie regioni avevano previsto tre funzioni principali nei PUA: 1) accoglienza, informazione ed orientamento; 2) accompagnamento; 3) risoluzione problemi semplici. Ora viene prevista, in capo al Punto unico di accesso anche la funzione della valutazione multidimensionale dei pazienti e la stesura del PAI. Funzioni, quest'ultime, già presenti all'interno del distretto ma in forma autonoma e non dipendenti dal PUA. Per cui in precedenza il PUA, se lo riteneva opportuno, inviava il paziente all'Unità valutativa multidimensionale mentre ora si occupa direttamente della valutazione. C'è una diversa organizzazione

che riduce un passaggio ulteriore per il paziente e nel contempo viene meno l'autonomia organizzativa delle UVM.

Al fine di dare un quadro completo delle funzioni del PUA vale la pena di dettagliare come la maggioranza delle regioni, nel decennio precedente ha interpretato le funzioni di (1) informazione e (2) accompagnamento che in qualche modo ritroviamo anche nelle funzioni del "nuovo" PUA:

1. **Accoglienza, informazione e orientamento.** Tale funzione, prevista da tutte le regioni, si esplica con:
 - a. Accoglienza dell'utenza;
 - b. Ascolto delle richieste e dei bisogni;
 - c. Prima lettura del bisogno e comunicazione delle informazioni aggiornate relative alle diverse opportunità, risorse prestazioni, agevolazioni, servizi del sistema esistenti e accessibili per gli utenti del territorio;
 - d. Orientamento del destinatario nella lettura dell'informazione fornita;
 - e. Orientamento verso il canale più adeguato per ottenere una informazione relativa ad altri servizi.
 - f. Raccogliere e, all'occorrenza, inoltrare le domande di prestazioni ad altri servizi (Pesaresi, 2013a).

La funzione informativa comprende tutte quelle attività che, partendo dall'ascolto dei bisogni/richieste dell'utente, informano lo stesso sulle risorse disponibili in un dato territorio e sulle modalità di accesso ai servizi locali. La funzione informativa può contemplare la risposta a una data domanda, il sostegno all'utilizzo delle informazioni ricevute e l'erogazione di prestazioni di base come il disbrigo pratiche. (Devastato,2010). Tale servizio può assumere un duplice aspetto: oltre la semplice comunicazione pri-

maria del dato, informare può voler dire anche supportare l'utente nella lettura dell'informazione fornita, orientandolo sulle risorse disponibili in un dato territorio e sulle modalità di accesso ai servizi locali. In questo senso la funzione informativa può contemplare non solo la risposta a una data domanda, ma anche, nel caso in cui non sia in grado di fornirla direttamente, l'orientamento verso il canale più adeguato per ottenerla. Nella funzione informativa è altresì compresa l'attività di call-center che permette l'erogazione del servizio di informazione puro senza obbligare l'utente a recarsi al PUA. La funzione informativa dovrà essere supportata con la messa a disposizione di materiale informativo vario, prestampati e modulistica di presentazione dei vari servizi, guide ai servizi e la carta dei servizi (Formez, 2005).

2. **Accompagnamento.** La funzione di accompagnamento si colloca in una fase più avanzata rispetto alla funzione informativa. L'accompagnamento può essere definito come un percorso personalizzato di aiuto, sostegno e orientamento rivolto a cittadini/utenti in condizioni di particolare disagio. Tale funzione si esplica con a) una prima analisi del caso per fornire indicazioni appropriate sul servizio richiesto; b) l'assistenza dell'utente nella fase di accesso al servizio richiesto, per esempio, con la compilazione della domanda o con l'indirizzare attivamente o accompagnare l'utente verso le strutture erogatrici di servizi (diversi da quelli forniti dal PUA) attraverso la definizione di appuntamenti (per la presa in carico) e con l'attivazione di servizi ed équipe professionali come l'unità valutativa multidisciplinare (Pesaresi, 2013a).

2.2.6. La valutazione multidimensionale e il PAI

Presso i PUA operano le Unità valutative multidimensionali (UVM) composte da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli Ambiti territoriali sociali (ATS).

Tali equipe integrate assicurano la funzionalità delle Unità di valutazione multidimensionale (UVM) per la valutazione della capacità bio-psico-sociale dell'individuo, anche al fine di delineare il carico assistenziale per consentire la permanenza della persona in condizioni di non autosufficienza nel proprio contesto di vita in condizioni di dignità, sicurezza e comfort, riducendo il rischio di isolamento sociale e il ricorso ad ospedalizzazioni non strettamente necessarie (L. 234/2021). Le UVM integrate effettuano la valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale in modo uniforme con le modalità, le procedure e gli strumenti di valutazione multidimensionale stabiliti dalle regioni anche in riferimento alle diverse fasi del progetto di assistenza (DPCM 12/1/2017).

Sulla base della valutazione dell'UVM, con il coinvolgimento della persona in condizioni di non autosufficienza e della sua famiglia o dell'amministratore di sostegno, l'equipe integrata procede alla definizione del progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno. Il PAI individua altresì le responsabilità, i compiti e le modalità di svolgimento dell'attività degli operatori sanitari, sociali e assistenziali che intervengono nella presa in carico della persona, nonché l'apporto della famiglia e degli altri soggetti che collaborano alla sua realizzazione (L. 234/2021). Il Progetto di assistenza individuale (PAI) definisce i bisogni terapeutico-riabilitativi e assistenziali della persona. Nell'ambito dell'assistenza distrettuale territoriale sono privilegiati gli interventi che favoriscono la permanenza delle persone assistite al proprio domicilio, attraverso l'attivazione delle risorse disponibili, formali e informali (DPCM 12/1/2017).

La programmazione degli interventi e la presa in carico si avvalgono del raccordo informativo, anche telematico, con l'INPS.

2.2.7. *Il personale dei PUA*

La normativa nazionale non si occupa di tutto il personale dei PUA demandando la sua organizzazione alle regioni. Nel merito occorre invece rammentare che le regioni che si sono espresse sul personale indicano una dotazione minima di 3-4 persone per ogni PUA, escluso ovviamente il personale delle UVM. Quasi tutte le Regioni indicano la necessità della presenza di infermieri, assistenti sociali, amministrativi e medici garantiti dalle ASL e dai comuni/Ambiti sociali secondo le rispettive competenze (Pesaresi, 2013).

La Legge di bilancio 2022 si occupa invece di dare alcune indicazioni sul personale delle Unità valutative multidimensionali integrate previste all'interno dei PUA. Esse sono composte da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al Servizio sanitario e agli Ambiti territoriali sociali (ATS). Il Servizio sanitario nazionale e gli ATS garantiscono le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza (L. 234/2021, art. 1, comma 163).

Non viene indicata puntualmente la composizione delle UVM perché spetta alle regioni ma si richiama la responsabilità degli enti coinvolti per quel che riguarda la dotazione adeguata di personale e il suo funzionamento.

Nella situazione attuale, la composizione delle Unità valutative varia moltissimo da una Regione all'altra, anche se il suo nucleo fondamentale risulta sempre composto da:

- un medico,
- un infermiere professionale e
- un assistente sociale.

Nella grande maggioranza delle Regioni, a queste tre figure stabili, si aggiunge il medico di medicina generale dell'assistito e, in alcune Regioni, il terapeuta della riabilitazione (Pesaresi, Simoncelli, 2006).

Il Piano nazionale per la non autosufficienza approvato in Conferenza Unificata il 3/8/2022 (atto 136/CU) chiede che non si attenda la realizzazione delle Case della Comunità per avviare il nuovo funzionamento dei PUA e della valutazione multidimensionale. Il Piano ha previsto che nelle more dell'attivazione dei PUA presso le Case della Comunità, le Aziende sanitarie e gli Ambiti territoriali sociali si impegnano a individuare modalità e sedi stabili di concertazione al fine di garantire in ogni caso la definizione della dotazione, le modalità di funzionamento e l'organizzazione dell'equipe integrata preposta alla valutazione multidimensionale.

Le unità valutative multidimensionali, come è noto, esistono già e sono funzionanti ma gradualmente il loro numero dovrà aumentare perché ora fanno riferimento alle sedi distrettuali mentre in futuro dovranno far riferimento alle Case della comunità che saranno mediamente più del doppio. L'altra novità riguarda il personale sociale che dovrà essere fornito alle UVM dagli Ambiti sociali. Si tratta della figura dell'assistente sociale che è già presente all'interno delle Unità valutative multidimensionali ma, nella maggioranza dei casi, si tratta di un operatore delle ASL. Questa figura dovrà essere sostituita da analoga figura degli Ambiti territoriali sociali. O semplicemente si aggiungerà un'assistente sociale alla composizione della UVM, ma di provenienza dell'ambito territoriale sociale. Si tratta di una scelta molto appropriata, già anticipata da una minoranza di regioni, che favorirà l'integrazione e la continuità degli interventi di cura e di assistenza per i pazienti.

Per garantire un assistente sociale in ogni UVM, gli Ambiti territoriali sociali beneficiano di un finanziamento statale per l'assunzione di personale: si tratta di 500 persone nel 2022 che saliranno a 1.250 nel 2023 e 2024 (Conferenza Unificata n. 136/2022).

2.2.8. Costi per il cittadino

Tutti i servizi e le prestazioni erogate dal PUA sono gratuite.

2.2.9. Finanziamenti

Il riparto del Fondo per le non autosufficienze per il triennio 2022-2024, approvato in Conferenza Unificata il 3/8/2022 (atto n. 136/2022), ha previsto un finanziamento per le assunzioni del personale con professionalità sociale finalizzate all'implementazione dei PUA. Si tratta di 20 milioni per il 2022 e 50 milioni di euro per ciascun anno del biennio 2023-2024 da destinare alle assunzioni di personale con professionalità sociale presso gli Ambiti territoriali sociali, così come indicato nella tabella 1. Nel 2025 è probabile che il finanziamento possa crescere ulteriormente dato che è previsto un ulteriore aumento del finanziamento aggiuntivo (+ 50 milioni) del Fondo per le non autosufficienze dedicate a questa ed altre attività specifiche.

Il finanziamento permetterà l'assunzione di 500 persone nel 2022 e di 1.250 persone per ognuno degli anni 2023 e 2024.

Si tratterà essenzialmente di assistenti sociali degli Ambiti territoriali sociali che andranno a far parte delle Unità valutative multidimensionali di cui è prevista la riorganizzazione ed il potenziamento.

Tab. 2.1 – Unità di personale e finanziamenti per gli ATS per il rafforzamento dei PUA

Regioni	Quota %	unità personale			Importo (in euro)		
		2022	2023	2024	2022	2023	2024
Abruzzo	2,37	12	50	50	480.000	2.000.000	2.000.000
Basilicata	1,05	5	19	19	200.000	760.000	760.000
Calabria	3,42	17	67	67	680.000	2.680.000	2.680.000
Campania	8,54	43	128	128	1.720.000	5.120.000	5.120.000
Emilia-Romagna	7,75	39	84	84	1.560.000	3.360.000	3.360.000
Friuli-VG	2,34	12	38	38	480.000	1.520.000	1.520.000
Lazio	9,15	46	83	83	1.840.000	3.320.000	3.320.000
Liguria	3,28	16	39	39	640.000	1.560.000	1.560.000
Lombardia	15,93	80	198	198	3.200.000	7.920.000	7.920.000
Marche	2,8	14	49	49	560.000	1.960.000	1.960.000
Molise	0,65	3	15	15	120.000	600.000	600.000
Piemonte	7,91	39	72	72	1.560.000	2.880.000	2.880.000
Puglia	6,68	33	96	96	1.320.000	3.840.000	3.840.000
Sardegna	2,92	15	53	53	600.000	2.120.000	2.120.000
Sicilia	8,19	41	118	118	1.640.000	4.720.000	4.720.000
Toscana	7,02	35	63	63	1.400.000	2.520.000	2.520.000
Umbria	1,71	9	26	26	360.000	1.040.000	1.040.000
Valle d'Aosta	0,25	1	2	2	40.000	80.000	80.000
Veneto	8,04	40	50	50	1.600.000	2.000.000	2.000.000
Totale	100	500	1250	1250	20.000.000	50.000.000	50.000.000

Fonte: Conferenza Unificata atto n. 136/2022.

2.2.10. Obiettivi di servizio

Per garantire il raggiungimento dei traguardi relativi ai PUA, il Piano nazionale per non autosufficienze (PNNA) 2022-2024, approvato in Conferenza unificata il 3/8/2022, ha previsto molto opportunamente degli obiettivi di servizio annuali che sono strumenti molto appropriati per il conseguimento e la verifica dei bersagli indicati. La caratteristica principale dell'obiettivo di servizio, che è uno strumento tipico per l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS), è quello di potersi modulare nel tempo e nei contenuti in modo da far crescere quantitativamente e qualitativamente le prestazioni a cui fa riferimento.

Il PNNA individua i seguenti obiettivi di servizio assegnandoli agli ATS affinché vengano raggiunti negli anni 2022-2024, periodo di vigenza del Piano:

- **Obiettivi di Servizio 2022:** Costituzione del sistema unitario dei punti di accesso nell'Ambito territoriale sociale e nell'ambito territoriale sanitario. Protocollo operativo di funzionamento dell'Équipe Integrata comune all'ambito territoriale sociale e all'ambito territoriale sanitario.
- **Obiettivi di Servizio 2023:** Strumenti unitari per la valutazione preliminare condivisi dall'ambito territoriale sociale e dall'ambito territoriale sanitario. Accordo di programma di funzionamento dell'Équipe Integrata comune all'ambito territoriale sociale e all'ambito territoriale sanitario.
- **Obiettivi di Servizio 2024:** Strumenti unitari per la valutazione multidimensionale condivisi dall'ambito territoriale sociale e dall'ambito territoriale sanitario. Protocolli operativi di funzionamento dell'Unità di valutazione multidimensionale comune all'ambito territoriale sociale e all'ambito territoriale sanitario. Regolamento unico di ambito per i servizi sociosani-

tari. Protocolli per la costruzione delle reti di comunità. Programma unitario di sviluppo del monitoraggio e della valutazione dei PAI.

Gli obiettivi di servizio dettagliano una serie di step indispensabili (accordo di programma di funzionamento, strumenti unitari per la valutazione multidimensionale condivisi, Regolamento unico di Ambito, ecc.) per il corretto funzionamento dei PUA e della valutazione multidimensionale con l'unico grande limite di chiederne esplicitamente l'attuazione solo agli Ambiti territoriali sociali mentre per la loro attuazione è indispensabile la piena partecipazione e collaborazione anche dei Distretti sanitari.

2.3. QUALCHE VALUTAZIONE

Le prime norme nazionali sui PUA sono di una quindicina di anni fa e nonostante gli sforzi governativi fatti di continue riproposizioni dei PUA negli atti riparto del Fondo nazionale per le non autosufficienze la diffusione dei Punti unici di accesso sociali e sociosanitari stenta ad affermarsi nel territorio nazionale. Pur essendo stati realizzati una pluralità di sportelli che si autodefiniscono PUA, sono pochi quelli che sono realizzati e gestiti con la partecipazione congiunta delle aziende sanitarie e degli Ambiti/Comuni e che si occupano di una pluralità di prestazioni. Inoltre, un quadro normativo preesistente molto blando ha favorito la realizzazione di diversi modelli organizzativi regionali di PUA che si sono differenziati su aspetti davvero importanti come i settori di competenza, le funzioni, l'organizzazione e il target (Pesaresi, 2013b).

Questo nuovo tentativo per affermare e sviluppare i PUA in Italia si avvale però di alcune novità che dovrebbe determinare un impatto sicuramente diverso nelle regioni e nei comuni italiani. Tra le novità positive vanno sicuramente annoverati i finanziamenti finalizzati a sostenere lo sforzo organizzativo a carico degli Ambiti sociali. Non capita di frequente di vedere una disposizione di legge nazionale che

affronta temi organizzativi e che affianca la norma con i finanziamenti necessari alla sua realizzazione. Sicuramente efficace l'idea di seguire l'attuazione di quanto previsto con degli obiettivi di servizio che prevedono un monitoraggio costante di quanto realizzato a cui sono legati i finanziamenti annuali da erogare.

La Legge di bilancio 2022, oltre a riproporre con forza il ruolo del PUA, ne modifica il modello organizzativo assegnandole direttamente anche la funzione della valutazione multidimensionale, in precedenza autonoma rispetto al PUA. Occorre valutare nel tempo il nuovo modello organizzativo che sicuramente risparmia un ulteriore passaggio ai pazienti bisognosi di un progetto per la loro assistenza ma che toglie terzietà a chi effettua la valutazione dei bisogni. Sicuramente positiva è invece la precisazione che la valutazione multidimensionale deve essere fatta in modo congiunto da personale della ASL e dell'Ambito sociale che, allo stato attuale, è invece una scelta solo di una minoranza di regioni. Un passaggio di questo tipo non può che migliorare l'integrazione sociosanitaria e la continuità dell'assistenza a favore dei pazienti.

Adesso decisiva sarà la fase attuativa affidata alle regioni che già in passato, su questo stesso argomento, si sono caratterizzate per una ampia diversificazione della normativa regionale che ha raggiunto livelli non sempre giustificati.

In questo senso, sicuramente non aiuterà l'evidente mancato coordinamento fra la Legge di bilancio 2022 e il D.M.S. 77/2022 che, sempre in sede attuativa, potrebbe addirittura favorire quella ampia variabilità che caratterizza la legislazione regionale.

Norme di riferimento

- Conferenza Unificata, [atto n. 136/CU del 3/8/2022](#): Intesa, ai sensi dell'articolo 1, comma 1265, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, e successive modificazioni, sullo schema di decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro delegato per le disabilità e del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro della salute e il Ministro dell'economia e delle finanze, di adozione del Piano nazionale per la non autosufficienza e di riparto del Fondo per le non autosufficienze per il triennio 2022-2024. (PNNA)
- Decreto del presidente del consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. (17A02015)
- Ministero della solidarietà sociale D.M. 12/10/2007, Assegnazione alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano e relativa ripartizione, delle risorse assegnate al Fondo per le non autosufficienze, per l'anno 2007.
- Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali D.M. 06/08/2008, Riparto del «Fondo per le non autosufficienze» per gli anni 2008 e 2009.
- Ministero del lavoro e delle politiche sociali D.M. 20/03/2013, Ripartizione delle risorse finanziarie affluenti al Fondo per le non autosufficienze, per l'anno 2013
- Ministero del lavoro e delle politiche sociali D.M. 07/05/2014, Ripartizione delle risorse finanziarie affluenti al Fondo per le non autosufficienze, per l'anno 2014.
- Ministero del lavoro e delle politiche sociali D.M. 14/05/2015, Ripartizione delle risorse finanziarie affluenti al Fondo per le non autosufficienze, per l'anno 2015.
- Ministero del lavoro e delle politiche sociali D.M. 26/09/2016, Riparto delle risorse finanziarie del Fondo nazionale per le non autosufficienze, per l'anno 2016.
- L. 30/12/2021, n. 234, Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024. Art. 1 - Comma 163
- Decreto Ministero della salute 23 maggio 2022 , n. 77 . Regola-

mento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.

Bibliografia

- Bellentani M.D., Damiani G., Ronconi A., Catania S., Bugliari Armenio L., *La rete dei distretti sanitari in Italia. Report dell'indagine*, I quaderni di Monitor, 8° supplemento al n.27 di Monitor, 2011.
- Devastato G., *La porta unica d'accesso*, Progetto di ricerca promosso dal Ministero del Welfare dal titolo “Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti”, 2010, Sito web: http://sitiarcheologici.lavoro.gov.it/Strumenti/StudiStatistiche/Documents/RicercaIRS_nonautosufficienzaott2010.pdf
- Formez, *Sportelli sociali per l'accessibilità dei servizi*, Rapporto di ricerca, Roma, 2005.
- Pesaresi F., *Le Case della Comunità. Come saranno*, I Luoghi della Cura 3/2022, 19/7/2022; <https://www.luoghicura.it/sistema/programmazione-e-governance/2022/07/le-case-della-comunita-come-saranno-aggiornamento-al-decreto-del-ministro-della-salute-n-77-2022/>
- Pesaresi F. (a), “*Le funzioni dei Punti unici di accesso*”, in “Welfare Oggi”, n.1/2013.
- Pesaresi F. (b), *L'organizzazione dei Punti unici di accesso*, “Welfare Oggi” n.2/2013
- Pesaresi F., Simoncelli M., *Le Unità di valutazione multidimensionale*, Prospettive sociali e Sanitarie, n. 9/2006: <https://www.slideshare.net/francopesaresi/le-unit-di-valutazione-multidimensionale>

3. LE CASE DELLA COMUNITA': COME SARANNO

Con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e il decreto n. 77/2022 sui “Modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale” si sono definite le caratteristiche delle Case della Comunità.

Si tratta di uno strumento nuovo del Servizio sanitario nazionale che, con i finanziamenti del PNRR, si svilupperà diffusamente per cui è necessario comprenderlo appieno per utilizzare bene i finanziamenti e per collocarlo in modo appropriato nel sistema delle cure territoriali.

Con il presente lavoro si cerca di delineare le caratteristiche delle Case della Comunità sulla base delle norme e dei documenti a disposizione evidenziando, laddove presenti, gli elementi da approfondire o le criticità che emergono.

3.1. *Le Case della Comunità: che cosa sono?*

La Casa della Comunità (CdC) è il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell’assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento.

La CdC è una struttura facilmente riconoscibile e raggiungibile dalla popolazione di riferimento, per l’accesso, l’accoglienza, l’orientamento dell’assistito, la progettazione e l’erogazione degli interventi sanitari. La CdC è una fondamentale struttura pubblica del SSN.

La CdC introduce un modello organizzativo di approccio integrato e multidisciplinare attraverso la modalità operativa dell'equipe multi-professionale territoriale. L'attività, infatti, deve essere organizzata in modo tale da permettere un'azione d'equipe tra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali Interni – anche nelle loro forme organizzative – Infermieri di Famiglia o Comunità (IFAoC), altri professionisti della salute disponibili a legislazione vigente nell'ambito delle aziende sanitarie, quali ad esempio Psicologi, Ostetrici, Professionisti dell'area della Prevenzione, della Riabilitazione e Tecnica, e Assistenti Sociali.

Essa rappresenta il luogo in cui il SSN si coordina e si integra con il sistema dei servizi sociali degli enti locali del bacino di riferimento proponendo un raccordo intrasettoriale dei servizi in termini di percorsi e soluzioni basati sull'integrazione delle diverse dimensioni di intervento e dei diversi ambiti di competenza.

La CdC, quale luogo di progettualità con e per la comunità di riferimento, svolge quattro funzioni principali:

- 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 vengono aggregate e ricomposte in funzione dei bisogni della comunità attraverso lo strumento del budget di comunità;
- 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. (decreto M. S. 77/2022).

3.2. *Dalle Case della Salute alle Case della Comunità*

Nel 2021, c'erano in Italia almeno 554 Case della Salute (Cfr. Tab. 3.1).

Come si rapportano le Case della Salute con le Case della Comunità? Sono la stessa cosa o sono strutture diverse?

La Casa della Salute è stata prevista dalla legge Finanziaria 2007³ che ha stanziato specifiche risorse, pari a 10 milioni di euro, per la sperimentazione del modello assistenziale delle Case della salute. Con il Decreto del Ministero della Salute del 10 luglio 2007 sono state poi emanate le linee guida per l'accesso al cofinanziamento ai fini della sperimentazione progettuale delle Case della Salute.

La Casa della Salute, come definita dal Decreto del 2007, è una struttura polivalente in grado di erogare in uno stesso spazio fisico l'insieme delle prestazioni socio-sanitarie, favorendo, attraverso la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori, l'unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociosanitarie.

All'interno della struttura devono trovare collocazione gli studi dei Medici di Medicina Generale (MMG) e deve essere garantita la continuità assistenziale 7 giorni su 7 e per le 24 ore attraverso il lavoro in team con i medici di continuità assistenziale (MCA) e di emergenza territoriale. Gli studi di MMG che per ragioni di opportunità non possono trovare collocazione all'interno della struttura devono essere in ogni caso a questa funzionalmente collegati attraverso un idoneo sistema a rete che consenta la gestione informatizzata dei dati clinici dei pazienti. Sono parte integrante della Casa della Salute gli ambulatori della Specialistica ambulatoriale. Devono essere in ogni caso previsti appositi protocolli che disciplinino i rapporti tra gli specialisti ambulatoriali, i MMG e gli altri professionisti sanitari al fine di

³ Legge n. 296 del 2006 - Art. 1, comma 806, lett. a).

rendere possibili, in caso di richiesta urgente l'effettuazione di consulenze e di refertazioni nell'arco della stessa giornata.

Nella Casa della Salute deve essere attivato l'ambulatorio infermieristico e l'ambulatorio per le piccole urgenze che non richiedano l'accesso al PS Ospedaliero. Gli infermieri assegnati stabilmente all'area sub-distrettuale, pur mantenendo la loro autonomia professionale, operano in stretto rapporto di collaborazione con i Medici di Medicina Generale (MMG) nei moduli operativi integrati: l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), l'ADI, il Centro Diurno, la Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA), la degenza territoriale (Ospedale di Comunità).

Ai fini della integrazione tra attività sanitarie e attività socio-assistenziali, nella struttura deve essere presente lo Sportello Unico di Accesso all'insieme delle prestazioni ad integrazioni socio assistenziale. Attraverso lo sportello unico ed il personale ad esso dedicato, si realizza la presa in carico del paziente attraverso l'affido diretto alle unità valutative e agli altri servizi da cui dipende la definizione e l'attuazione del percorso assistenziale individuale.

In contiguità con lo sportello unico di accesso deve essere allocato il Centro Unico di Prenotazioni (CUP) per tutte le prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale.

Il servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) è una delle funzioni che deve trovare allocazione all'interno della Casa della Salute. Nella Casa della salute deve infine trovare implementazione la telemedicina e il teleconsulto a distanza attraverso la messa in opera di una piattaforma tecnologica che consenta il collegamento in tempo reale con l'ospedale di riferimento per la diagnostica di secondo livello (Camera dei Deputati, 2021).

Nella maggior parte delle situazioni, le regioni italiane hanno chiamato queste strutture Case della Salute (CDS) e più recentemente anche Case della Comunità (CDC), ma in altre situazioni hanno assunto denominazioni diverse: Presidio territoriale di assistenza (PTA) in

Abruzzo, Puglia e Sicilia; Presidio socio sanitario territoriale (PRESST) in Lombardia e Medicina di gruppo integrata (MGI) in Veneto. L'elemento comune e fondante di tutte le esperienze è rappresentato dalla co-ubicazione di quattro funzioni (che possono essere considerate qualificanti e distintive dei modelli a tendere proposti dalle regioni):

- accesso e orientamento alla rete di servizi sanitari, socio-sanitari (e sociali);
- integrazione delle forme di medicina di base (ambulatorio infermieristico, MMG/PLS);
- presa in carico per particolari target di popolazione (tipicamente pazienti affetti da patologie croniche, fragili e anziani non autosufficienti);
- (quasi sempre) erogazione di servizi sanitari, socio sanitari e anche sociali afferenti a diverse aree funzionali e dipartimenti territoriali (Giudice L. et al, 2021).

Come si può verificare facilmente confrontando i contenuti delle Case della Salute (illustrati in questo paragrafo) con quelli del paragrafo 5 sulle “attività e funzioni” delle Case della Comunità ed in particolare con le previsioni della tab. 2, le due strutture sono assimilabili, seppur le Case della Comunità si possono considerare una evoluzione delle Case della Salute. In effetti, tutti i contenuti delle Case della Salute sono ricompresi all'interno delle Case della Comunità per cui si può serenamente affermare che tutte le Case della Salute saranno assorbite nella rete delle Case della Comunità la cui distribuzione nel territorio va però riprogrammata con grande attenzione tenendo conto delle strutture pre-esistenti e di quelle nuove previste dal PNRR.

Lo stesso concetto, peraltro, è anche esplicitato dal decreto Ministero Salute n. 77/2022 sugli standard territoriali laddove si afferma che “tutte le strutture fisiche territoriali già esistenti devono utilmente rientrare nella progettazione della nuova geografia dei servizi e strutture territoriali e quindi delle CdC e dei servizi correlati in rete. Il piano di sviluppo dei servizi territoriali di ogni singolo contesto re-

gionale deve quindi tendere ad una progettazione dei servizi in rete, con una precisa selezione delle infrastrutture fisiche esistenti da valorizzare, riorientare con altre vocazioni e servizi o dismettere” (D.M.S. 77/2022).

Per cui, a regime, la progettazione della delle Case della Comunità deve tener conto, riorganizzare e ricollocare le strutture pre-esistenti in un’unica rete di CdC. In Italia, sono state censite almeno 554 Case della Salute (Cfr. Tab.1) che dovranno pertanto essere riconvertite in Case della Comunità (hub o spoke) o dismesse oppure destinate ad altri utilizzi al fine di riordinare in modo coerente ed omogeneo la rete delle CdC.

3.3. *I modelli organizzativi delle CdC*

Vengono previsti due modelli organizzativi per le Case della Comunità. Per rispondere alle differenti esigenze territoriali, garantire equità di accesso, capillarità e prossimità del servizio, si prevede la costituzione di una rete di assistenza territoriale formata secondo il modello hub e spoke. Ci saranno quindi Case della Comunità Hub e CdC spoke. Le differenze fra le due tipologie non vengono esplicitate ma si desumono dai contenuti indicati nella tab. 2. La CdC hub è la struttura di riferimento, completa nelle sue dotazioni di servizio e punto di riferimento per la programmazione sanitaria. Le CdC spoke sono invece sue articolazioni territoriali con dotazioni di servizi molto più ridotta ma il cui numero sarà autonomamente stabilito dalle singole regioni perché non vi sono standard nazionali di riferimento a questo proposito.

Sia nell’accezione hub sia in quella spoke, la CdC costituisce l’accesso unitario fisico per la comunità di riferimento ai servizi di assistenza primaria. Entrambe, quindi, propongono un’offerta di servizi costituita da MMG, PLS, specialisti ambulatoriali interni, infer-

mieri di famiglia o comunità, infermieri che operano nell'assistenza domiciliare, presenza di tecnologie diagnostiche di base.

Il Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77 fornisce una serie di indicazioni strutturali, tecnologiche ed organizzative sulle due tipologie di Case della Comunità alcune delle quali hanno valore descrittivo mentre altre hanno valore prescrittivo. Le indicazioni di tipo prescrittivo (contenute nell'allegato 2 del Decreto) costituiscono dei requisiti minimi obbligatori per il funzionamento delle COT e sono evidenziate (con una apposita dicitura fra parentesi) nel presente testo.

Standard di riferimento per la programmazione sanitaria territoriale

Le regioni devono prevedere almeno 1 Casa della Comunità hub ogni 40.000-50.000 abitanti (requisito con valore prescrittivo).

Non ci sono invece standard di riferimento per le Case della Comunità spoke. La distribuzione delle CdC spoke e degli ambulatori di MMG e PLS deve tener conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali, nel pieno rispetto del principio di prossimità.

Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (Aggregazioni Funzionali Territoriali - AFT e Unità complesse di cure primarie UCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente; alle Case della Comunità accederanno anche gli specialisti ambulatoriali (D.M.S. 77/2022).

3.4. *Diffusione delle CdC*

Il PNRR prevede l'attivazione di 1.350 Case della Comunità entro la metà del 2026, che potranno utilizzare sia strutture già esistenti sia nuove (Cfr. Tab. 3.1).

Queste strutture finanziate (una ogni 44.000 abitanti) non esauriscono del tutto la possibilità che le regioni hanno di prevedere anche altre Case della Comunità hub dato che gli standard nazionali fissano una soglia minima (almeno 1 CdC hub ogni 40-000/50.000 ab.) ma non un tetto massimo. Per esempio, se le regioni volessero prevedere una Casa della Comunità con il bacino di popolazione più basso e cioè una ogni 40.000 abitanti sarebbe possibile prevedere in Italia altre 131 CdC hub fino ad arrivare a 1.481. Saranno comunque le regioni a stabilire se intendono fermarsi a 1.350 CdC hub oppure sfruttare la possibilità di prevedere e realizzare un numero di CdC hub superiore a quello stabilito negli atti di finanziamento del PNRR⁴. Non ci sono invece parametri quantitativi di riferimento per le CdC spoke che potranno essere previste dalle regioni in base alle necessità stabilite dalle medesime regioni.

In questo contesto ci sono dunque ampie possibilità di riutilizzo delle "vecchie" 554 Case della Salute che potranno essere riconvertite in CdC hub o in CdC spoke secondo le necessità della programmazione sanitaria regionale o anche destinate ad altri utilizzi.

⁴ La Regione Toscana, per esempio, ha indicato, oltre le 70 Case della Comunità previste nel PNRR, 82 già esistenti e 8 realizzate con fondo complementare regionale (Decisione della Giunta regionale n. 36 del 20/12/2021) (Geddes, 2022).

Tab. 3.1 – Case della Comunità finanziate con il PNRR e Case della Salute

Regioni	Case della Salute attive (2021)	Case della Comunità Finanziate dal PNRR
Piemonte	71	82
Valle d'Aosta	0	2
Lombardia	25	187
PA Bolzano	0	10
PA Trento	1	10
Veneto	77	91
Friuli Venezia Giulia	0	23
Liguria	4	30
Emilia-Romagna	126	84
Toscana	76	70
Umbria	4	17
Marche	21	29
Lazio	21	107
Abruzzo	5	40
Molise	6	9
Campania	0	169
Puglia	33	120
Basilicata	1	17
Calabria	8	57
Sicilia	55	146
Sardegna	15	50
Italia	554	1.350

Fonte: nostra elaborazione su dati Decreto Ministro Salute 20/1/2022 Giudice L. et al (2021).

3.5. Attività e funzioni

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

- l'accesso unitario e integrato all'assistenza sanitaria, sociosanitaria a rilevanza sanitaria in un luogo di prossimità, ben identificabile e facilmente raggiungibile dalla popolazione di riferimento;
- la risposta e la garanzia di accesso unitario ai servizi sanitari, attraverso le funzioni di assistenza al pubblico e di supporto amministrativo-organizzativo ai pazienti svolte dal Punto Unico di Accesso (PUA);
- la prevenzione e la promozione della salute anche attraverso interventi realizzati dall'equipe sanitaria con il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione e Sanità Pubblica aziendale;
- la promozione e tutela della salute dei minori e della donna, in campo sessuale e riproduttivo e dell'età evolutiva, in rapporto a tutti gli eventi naturali fisiologici tipici delle fasi del ciclo vitale;
- la presa in carico della cronicità e fragilità secondo il modello della sanità di 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 i servizi sanitari 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 partecipazione della comunità locale, delle associazioni di cittadini, dei pazienti, dei caregiver (D.M.S. 77/2022).

La CdC hub e spoke garantiscono la presenza dei professionisti indicati nella tab. 3.2, nell'ambito di quelli disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, e l'erogazione dei servizi della tab.2, anche mediante modalità di telemedicina e tele assistenza.

Nelle Case di Comunità hub si prevedono 10-15 ambulatori a servizio di 10-20 MMG che operano al servizio dei propri assistiti (Mantovan, 2021). Nelle CdC hub e spoke, inoltre, è garantita l'assistenza medica H12 - 6 giorni su 7 attraverso la presenza dei MMG afferenti alle AFT del Distretto di riferimento. Tale attività ambulatoriale sarà aggiuntiva rispetto alle attività svolte dal MMG nei confronti dei propri assistiti e dovrà essere svolta presso la CdC hub e spoke.

I nuovi standard per i consultori prevedono la presenza di almeno 1 consultorio ogni 20.000 abitanti con la possibilità di 1 ogni 10.000 nelle aree interne e rurali. Per cui è probabile che possano essere presenti in tutte le CdC hub mentre la loro presenza nelle Case della Comunità spoke viene solo raccomandata.

L'Unità di Continuità Assistenziale (UCA) è un'équipe mobile distrettuale per la gestione e il supporto della presa in carico di individui, o di comunità, che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e che comportano una comprovata difficoltà operativa. I nuovi standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale affermano che si tratta di un servizio di distretto ma che la sede operativa è la Casa della Comunità *hub* alla quale afferisce anche dal punto di vista organizzativo. Gli standard specifici però stabiliscono che debba avere 1 Medico e 1 Infermiere ogni 100.000 abitanti, e cioè un bacino di utenza almeno doppio delle CdC hub (D.M.S. 77/2022). La conseguenza è che le UCA troveranno collocazione solo in circa metà delle CdC hub.

Tabella 3.2: Servizi previsti da standard nelle Case della Comunità (i contenuti della presente tabella hanno valore prescrittivo)

Servizi	Modello organizzativo	
	Casa della Comunità hub	Casa della Comunità spoke
Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multi-professionali (MMG, PLS, Specialisti ambulatoriali interni (SAI), IFoC, ecc.)	OBBLIGATORIO	

Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario	OBBLIGATORIO	
Servizio di assistenza domiciliare	OBBLIGATORIO	
Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza (cardiologia, pneumologia, diabetologia, ecc.)	OBBLIGATORIO	
Servizi infermieristici, (sia in termini di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFeC), ambulatori infermieristici per la gestione integrata della cronicità e per la risposta ai bisogni occasionali)	OBBLIGATORIO	
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	OBBLIGATORIO	
Integrazione con i Servizi Sociali	OBBLIGATORIO	
Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini e volontariato	OBBLIGATORIO	
Collegamento con la Casa della Comunità hub di riferimento		OBBLIGATORIO
Presenza medica	OBBLIGATORIO H24, 7/7 gg anche attraverso l'integrazione della Continuità Assistenziale	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
Presenza infermieristica	OBBLIGATORIO H12, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
	FORTEMENTE RACCOMANDATO H24, 7/7 gg	
Servizi diagnostici di base (finalizzati al monitoraggio della cronicità con strumentazione diagnostica di base (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, oct, spirometro, ecc.) anche attraverso strumenti di telemedicina (es. tele-refertazione, ecc.)	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Continuità Assistenziale	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Punto prelievi	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Attività Consultoriali e attività rivolta ai minori	FACOLTATIVO	
Interventi di salute pubblica (incluse le vaccinazioni per la fascia 0-18)	FACOLTATIVO	
Programmi di screening	FACOLTATIVO	
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	RACCOMANDATO	
Medicina dello sport	RACCOMANDATO	

Fonte: Decreto del Ministero della Salute n. 77/2022 "Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale".

3.6 Il personale

I nuovi standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale prevedono i seguenti standard di personale per 1 Casa di Comunità hub:

- 7-11 Infermieri;
- 1 assistente sociale;
- 5-8 unità di Personale di Supporto, (Sociosanitario, Amministrativo), di cui 5 dovrebbero essere amministrativi secondo la documentazione allegata al PNRR (standard con valore prescrittivo).

Le CdC hub al fine di assicurare i servizi previsti dovranno essere dotate di 7-11 Infermieri di Famiglia o Comunità organizzati indicativamente secondo il modello di seguito descritto:

- 1 Coordinatore Infermieristico,
- 2-3 IFoC per le attività ambulatoriali,
- 1-2 IFoC per l'attività di triage e di valutazione dei bisogni di salute;
- 4-6 IFoC per l'assistenza domiciliare di base, le attività di prevenzione e teleassistenza⁵ (D.M.S. 77/2022).

Sono poi previsti tutti i professionisti indicati nella Tab. 2 che provvedono a garantire l'assistenza primaria attraverso un approccio di sanità di iniziativa e la presa in carico della comunità di riferimento, con i servizi h 12 e integrandosi con il servizio di continuità assisten-

⁵ Il numero minimo degli infermieri è pertanto 8 (e non 7) considerando il coordinatore infermieristico per cui si presume che il numero massimo possa arrivare a 12 sempre considerando il coordinatore.

ziale h 24. In particolare si segnala che nelle CdC hub e spoke è garantita l'assistenza medica H12, 6 giorni su 7, attraverso la presenza dei MMG afferenti alle AFT del Distretto di riferimento. Tale attività ambulatoriale sarà aggiuntiva rispetto alle attività svolte dal MMG nei confronti dei propri assistiti e dovrà essere svolta presso la CdC hub e spoke. Questa attività, secondo l'Agenas (Mantoan, 2021), dovrebbe coinvolgere 30-35 medici di medicina generale (MMG) per ogni CdC hub che garantiscono la loro presenza per 2 ore la settimana ciascuno.

L'attività amministrativa è assicurata, anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, da personale dedicato già disponibile a legislazione vigente nell'ambito delle aziende sanitarie, che si occupa anche delle attività di servizio di relazioni al pubblico e di assistenza all'utenza. Il personale di supporto amministrativo e tecnico, secondo l'Agenas (Mantoan, 2021) dovrà fra l'altro garantire l'apertura del PUA (8,00-18,00, 6 giorni su 7).

Il Piano nazionale di Ripresa e resilienza (PNRR) che ha programmato lo sviluppo delle Case della Comunità finanziando le opere strutturali non ha però finanziato il costo del personale necessario per farle funzionare.

Si tratta di un costo molto consistente perché ipotizzando il massimo del personale previsto nel Decreto Ministro della Salute n. 77/2022 si può preventivare una spesa aggiuntiva annua a regime di un miliardo e mezzo di euro (Cfr. Tab. 3.3).

Tab. 3.3 – Costi del personale delle 1.350 Case della Comunità

Descrizione del personale	Unità di personale per struttura	costo unitario medio annuo (€)	Unità di personale totali	Costi complessivi (€)
Coordinatore infermieristico	1	50.000	1.350	67.500.000
Infermieri	11	49.100	14.850	729.135.000
Personale di supporto (di cui 5 amministrativi)	8	40.500	10.800	437.400.000
Ore/MMG/anno	3.236 (ore)	60	4.368.936 (ore)	262.136.160
TOTALE				1.496.171.160

Nota: il costo unitario medio annuo è indicato dal MEF desunto dal conto annuale 2018 (MEF, 2021).

Fonte: ns. elaborazione di dati DMS 77/2022 e dal MEF 72021).

I finanziamenti finora reperiti con legge dello Stato raggiungeranno la cifra di 780 milioni di euro nel 2026, la metà circa di quello che serve a finanziare tutto il personale delle 1350 Case della comunità (Cfr. Tab. 3.4).

Tab. 3.4 – Il finanziamento del personale delle 1.350 Case della Comunità (€)

Fonte del finanziamento	2023	2024	2025	2026
D.L. 34/2020 art.1 c.5	94.500.000	94.500.000	94.500.000	94.500.000
L. 234/2021 art. 1 comma 274	25.393.747	152.362.480	355.512.453	685.631.160
TOTALE	119.893.747	246.862.000	450.012.453	780.131.160

Fonte MEF (2021), D.L. 34/2020 art.1 c.5

Infatti, dopo il D.L. 34/2020 con il quale il Governo ha stanziato 94,5 milioni di euro per le CdC, recentemente il governo è intervenuto di nuovo con l'art. 1 comma 274 della Legge di Bilancio 2022 prevedendo un finanziamento ulteriore al fine di assicurare l'implementazione degli standard organizzativi, quantitativi, qualitativi e tecnologici ulteriori rispetto a quelli previsti dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) per il potenziamento dell'assistenza territoriale, con riferimento ai maggiori oneri per la spesa di personale dipendente che non sono state coperti dal D.L. 34/2020.

La citata norma prevede una spesa massima ulteriore di 90,9 milioni di euro per l'anno 2022, di 150,1 milioni di euro per l'anno 2023, di 328,3 milioni di euro per l'anno 2024, di 591,5 milioni di euro per l'anno 2025 e di 1.015,3 milioni di euro a decorrere dall'anno 2026 a valere sul finanziamento del Servizio sanitario nazionale. La predetta autorizzazione di spesa decorre dalla data di entrata in vigore del regolamento per la definizione di standard organizzativi, quantitativi, qualitativi, tecnologici e omogenei per l'assistenza territoriale⁶, e dunque dal mese di giugno 2022.

⁶ L'art. 1 comma 274 della L. 30/12/2021, n. 234 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024" ha testualmente previsto:

"274. Al fine di assicurare l'implementazione degli standard organizzativi, quantitativi, qualitativi e tecnologici ulteriori rispetto a quelli previsti dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) per il potenziamento dell'assistenza territoriale, con riferimento ai maggiori oneri per la spesa di personale dipendente, da reclutare anche in deroga ai vincoli in materia di spesa di personale previsti dalla legislazione vigente limitatamente alla spesa eccedente i predetti vincoli, e per quello convenzionato, è autorizzata la spesa massima di 90,9 milioni di euro per l'anno 2022, 150,1 milioni di euro per l'anno 2023, 328,3 milioni di euro per l'anno 2024, 591,5 milioni di euro per l'anno 2025 e 1.015,3 milioni di euro a decorrere dall'anno 2026 a valere sul finanziamento del Servizio sanitario nazionale. La predetta autorizzazione decorre dalla data di entrata in vigore del regolamento per la definizione di standard organizzativi, quantitativi, qualitativi, tecnologici e omogenei per l'assistenza territoriale, da adottare con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, entro il 30 aprile 2022. Con successivo decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, le somme di cui al primo periodo sono ripartite fra le regioni e le province

Queste risorse aggiuntive sono destinate a finanziare il personale delle Case di Comunità, degli ospedali di comunità, delle unità di continuità assistenziale e delle Centrali operative territoriali.

Per le CDC hub sono stanziati 25.393.747 euro per il 2023, 152.362.480 euro per il 2024, 355.512.453 euro per il 2025 e 685.631.160 euro per il 2026, come si legge nella relazione tecnica allegata al Bilancio 2022 (MEF, 2022).

E' vero che abbiamo ipotizzato il personale massimo previsto dal Decreto 77/2022 (con una dotazione minima la spesa si ridurrebbe del 16% circa) ed è altrettanto vero che alcuni degli interventi approvati dalle regioni si riferiscono a Case della Salute esistenti per cui si recupererà sicuramente una quota di personale (e quindi si ridurrà la spesa aggiuntiva) ma le differenze sono così significative fra fabbisogno finanziario e finanziamento che sicuramente qualche problema significativo di sotto-finanziamento si registrerà una volta messo a regime il sistema. Ed il prezzo da pagare potrebbe essere quello di strutture senza una quantità di personale adeguata per farle funzionare efficacemente.

La buona notizia invece è che mentre il PNRR prevedeva che tutto il personale necessario sarebbe stato attivato quando tutte le Case della Comunità sarebbero diventate operative a pieno titolo e quindi nel 2027, il Governo invece comincia a finanziare le spese per il personale in modo crescente (Cfr. Tab. 4) sin dal 2023 per cui è atteso e promosso un avvio graduale e crescente delle Case della Comunità a partire dal 2024.

3.7. Il coordinamento della Casa della Comunità con i servizi territoriali

Le CdC rappresentano un nodo centrale della rete dei servizi territoriali che, sotto la direzione del Distretto, adotta meccanismi di coordinamento strutturali a rete in quattro direzioni:

autonome di Trento e di Bolzano, in base ai criteri definiti con il medesimo decreto anche tenendo conto degli obiettivi previsti dal PNRR”.

- Rete intra-CdC: costituita dalla messa in rete dei professionisti che svolgono la loro attività anche nelle forme associative che hanno sede fisica all'interno della CdC e quelle che vi sono funzionalmente collegate;
- Rete inter-CdC: costituita dalla messa in rete tra CdC hub e CdC spoke al fine di contemperare le esigenze di capillarità erogativa e di prossimità con la necessità di raggiungere una massa critica per alcuni servizi a maggiore intensità specialistica e tecnologica, sia per poter rispondere in modo flessibile ai diversi contesti geografici caratterizzati da differente densità abitativa e livelli di presenza attiva degli MMG nelle strutture ambulatoriali delle CdC;
- Rete territoriale: la CdC è messa in rete con gli altri settori assistenziali territoriali, quali assistenza domiciliare, ospedali di comunità, hospice e rete delle cure palliative, RSA, consultori e attività rivolte ai minori e altre forme di strutture intermedie e servizi;
- Rete territoriale integrata: la CdC è in rete con l'attività ospedaliera, anche grazie all'ausilio di piattaforme informatiche, in particolare quella specialistica ambulatoriale o di day service svolta in questo contesto. Tale forma di integrazione e coordinamento ha una maggiore valenza soprattutto in merito alla gestione comune dei malati cronici più complessi e ad alto grado di instabilità, che sono soggetti a frequenti ricoveri.

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 (D.M.S 77/2022).

Fatte salve le quattro reti indicate, debole però rimane la parte del collegamento e dell'integrazione con i servizi sociali comunali. Nella Tab. 3.2 si afferma che l'integrazione con i servizi sociali è obbligatoria ma:

- non se ne fa poi cenno nella bozza di decreto proprio nello specifico paragrafo relativo al coordinamento della Casa della Comunità con i servizi territoriali,
- non se ne fa cenno quando viene trattato il PUA che viene inteso esplicitamente come PUA sanitario (in contrasto con le normative vigenti che lo intendono sanitario e sociale).

3.8. Standard tecnologici e strutturali

Le Case della Comunità dovranno rispettare i requisiti tecnologici e strutturali indicati nei seguenti atti, quando non diversamente esplicitati nei diversi capitoli del presente lavoro: TM

- Decreto del Presidente della Repubblica del 14 gennaio 1997 recante *Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private*; TM
- Accordo Stato-Regioni sancito il 7 febbraio 2013 (Rep. Atti n. 46/CSR) recante *Linee guida di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale*; TM
- Accordo Stato-Regioni sancito il 15 settembre 2016 (Rep. Atti n. 160/CSR) recante *Piano Nazionale della Cronicità*; TM
- Intesa Stato-Regioni sancita il 6 agosto 2020 (Rep. Atti n. 127/2020) recante *Piano nazionale della prevenzione (PNP) 2020 – 2025*.

Gli standard tecnologici e strutturali indicati nei quattro atti del presente paragrafo hanno valore prescrittivo.

3.9. Il costo di realizzazione delle CdC

Il PNRR ha previsto per le CdC un investimento di 2 miliardi di euro. Ogni Casa della Comunità a livello strutturale e tecnologico do-

vrebbe costare circa 1,6 mln di euro. Secondo il PNRR, ogni Casa della Comunità dovrebbe essere dotata di 10-15 sale di consulenza ed esame, punto di prelievo, servizi diagnostici di base (es. ecografia, elettrocardiografia, radiologia, spirometria, ecc.), nonché un innovativo sistema di interconnessione dati. Tenendo conto delle esperienze precedenti, il PNRR ha stimato una spesa complessiva di 351.098.496 euro⁷ per la parte tecnologica delle 1.288 Case della Comunità previste (Pesaresi, 2021).

Con il riparto dei fondi alle regioni, con Decreto del Ministro della Salute del 20/1/2022, è cambiato il numero di Case della Comunità finanziate che sono passate da 1.288 a 1350. Conseguentemente è anche cambiato il finanziamento medio per singola Casa della Comunità che è passato da 1,6 milioni ad una media di 1.481.481 euro. La cosa curiosa è che il finanziamento per singola Casa della Comunità cambia da regione a regione passando da 1.746.789 euro assegnati alla Valle d'Aosta al minimo di 1.465.189 euro assegnati alle Marche. Le differenze sono significative e le motivazioni non sono note.

3.10. *Le prospettive*

Le Case della Comunità rappresentano il tentativo di riformare e sviluppare le cure primarie all'interno di un programma più vasto di riorganizzazione delle cure territoriali che merita grande attenzione e sostegno.

⁷ € 80.592 per l'interconnessione con gli operatori sanitari operanti sul territorio; € 60.260 per acquisto pacchetto tecnico (€ 2.620 X 23 TP) + 1 TP per 10 MMG + 1 TP per 2 PLS; € 4.945 per unità di costo di 215 € per l'installazione e l'avviamento di 23 TP; € 6.187,00 per un costo unitario di 269 € per la migrazione dei dati per 23 TP; € 9.200,00 per un costo unitario di € 400 per l'utilizzo della formazione dei 23 TP (technical package).

Rimangono però diversi aspetti che richiedono una ulteriore riflessione o addirittura una risposta risolutiva quando questi aspetti assumono la forma di vere e proprie criticità.

La criticità più evidente delle Case della Comunità è relativa al finanziamento del personale delle strutture. Dal giorno dell'approvazione del PNRR la situazione è migliorata in modo significativo dato che come è noto il Piano di Ripresa e Resilienza non ha finanziato il personale delle CdC. Oggi, il finanziamento è invece previsto ed è crescente ma è largamente insufficiente a coprire tutte le necessità di un sistema a regime con 1.350 nuove Case della Comunità ed il rischio è che questo si scarichi sulla loro funzionalità ed efficienza.

Un altro aspetto da migliorare rimane il capitolo dell'integrazione sociosanitaria che rimane un aspetto debole e da sviluppare all'interno delle Case della Comunità. Sotto il profilo gestionale la CdC deve garantire una risposta alla domanda di salute anche attraverso l'integrazione tra servizi sanitari e sociali, nonché la partecipazione della comunità locale, delle associazioni di cittadini dei pazienti, dei caregiver. E non basta dire in una riga che l'integrazione con i servizi sociali è obbligatoria se poi l'argomento viene dimenticato o addirittura sconfessato nelle altre parti del decreto 77/2022 sugli standard dell'assistenza territoriale (vedi l'esiguità dei richiami al tema e il PUA solo sanitario).

Il successo delle Case della Comunità dipenderà comunque dalla interpretazione che ne daranno le regioni, dai tempi di recepimento delle normative nazionali sugli standard dell'assistenza territoriale, dai tempi di attuazione della rete delle CdC e dal rilievo che si vorrà dare al riordino di tutta l'assistenza territoriale. All'interno di questa cornice normativa, infatti, sono lasciati spazi decisionali molto ampi alle Regioni che la tradizione vuole che si muovano con tempi e modelli organizzativi molto diversi. Da questo punto di vista il PNRR può aiutare moltissimo perché obbliga le regioni a rispettare tempi molto stretti per la realizzazione delle strutture ma su tutto il resto bisogne-

rà avere un sistema di monitoraggio nazionale ben più incisivo di quelli a cui siamo abituati.

Bibliografia

- Decreto Ministero della Salute del 23/5/2022, n. 77: “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale”: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/06/22/22G00085/sg>
- Camera dei Deputati (2021), *Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie*, 1 marzo: http://documenti.camera.it/leg18/dossier/pdf/AS0207.pdf?_id=1645979833517
- Consiglio dei Ministri (2021), *Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)*. https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR_0.pdf
- Consiglio dei Ministri: documentazione del Governo inviata all’UE a corredo del PNRR.
- Decreto Ministro Salute 20/1/2022, https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_5807_0_file.pdf
- Geddes M. (2022), *Case della Comunità: la lunga marcia*, Sossanità, 14 gennaio: <http://www.sossanita.org/archives/15661>
- Geddes M. (2021), *Case della Comunità in Comune*, Salute internazionale, 19 luglio: <https://www.saluteinternazionale.info/2021/07/case-della-comunita-in-comune/>

- Giudice L., Mallarini E., Preti L.M., Rappini V., *Case della salute: evoluzione delle configurazioni tra fisico, digitale e ruolo nella rete*, a cura di Cergas Bocconi, Rapporto OASI 2021, Egea editore, Milano, 2021: <https://cergas.unibocconi.eu/sites/default/files/media/attach/Capitolo%2013%20Rapporto%20OASI%202021.pdf?RrVyrxtlUNlygRvQiWzT0EWz4RQ87aNn=>
- L. 30/12/2021, n. 234: “Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024”.
- Longo F., Zazzera A. (2022), *Dalle Case della Salute a quelle di Comunità: quale vocazione?*, Lombardia Sociale, 28 febbraio: http://www.lombardiasociale.it/2022/02/28/dalle-case-della-salute-alle-case-della-comunita-qual-vocazio-/?doing_wp_cron=1646680712.2707839012145996093750
- Mantoan D. (2021), *DM 71: Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza nel territorio*, Relazione e slide presentate al 16° Forum Risk Management in Sanità, 30 novembre: <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato9400165.pdf>
- Ministero dell'Economia e delle Finanze, Relazione tecnica al “Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024”: <https://www.senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/01319189.pdf>
- Pesaresi F. (2021), *Le case della comunità: cosa prevede il PNRR, Qualche criticità significativa*, Welforum.it, 25 maggio: <https://welforum.it/il-punto/verso-un-welfare-piu-forte-ma-davvero-coeso-e-comunitario/le-case-della-comunita-cosa-prevede-il-pnrr/>

4. IL DIMENSIONAMENTO DELLE CASE DELLA COMUNITA'

L'ultimo "Quaderno" dell'Agenzia Sanitaria nazionale (Agenas) fornisce tutta una serie di indicazioni progettuali per la realizzazione delle Case della Comunità (CdC). L'Agenas ha coinvolto il Dipartimento di architettura, ingegneria delle costruzioni e ambiente costruito del Politecnico di Milano che ha elaborato un "Documento di indirizzo per il metaprogetto della Casa di comunità".

Il documento è molto ricco ma io qui mi soffermo solo sul dimensionamento complessivo delle CdC sia nella versione Hub che in quella Spoke.

A questo proposito si rammenta che il Decreto Ministro Salute n. 77/2022 ha previsto due modelli organizzativi per le Case della Comunità per rispondere alle differenti esigenze territoriali, secondo il modello hub e spoke. La CdC hub è la struttura di riferimento, completa nelle sue dotazioni di servizio e punto di riferimento per la programmazione sanitaria con una diffusione nel territorio in misura di una CdC Hub ogni 40.000-50.000 abitanti. Le CdC spoke sono invece articolazioni territoriali delle CdC Hub con dotazioni di servizi molto più ridotta ma il cui numero sarà autonomamente stabilito dalle singole regioni perché non vi sono standard nazionali di riferimento a questo proposito.

Il dimensionamento delle CdC secondo l'Agenas

Secondo l'Agenas, in base alle indicazioni fornite dal DMS 77/2022, il dimensionamento minimo delle CdC secondo i livelli di complessità dovrebbe idealmente attestarsi intorno a quanto indicato nella tab. 4.1.

Tuttavia, in considerazione delle caratteristiche delle strutture esistenti, possono essere ricomprese come CdC Hub strutture con superfici maggiori di 500 mq e come CdC Spoke strutture con superfici minori di 500 mq.

Tab. 4.1 – Dimensionamento minimo delle Case di Comunità secondo i livelli di complessità

DIMENSIONAMENTO	CDC HUB	CDC SPOKE
Superficie lorda di pavimento indicativa	800/900 mq. circa	500/600 mq. circa
Stima del numero indicativo di locali operativi minimi previsti	24 locali operativi	14 locali operativi

Fonte: Quaderni monitor Agenas (2022)

In relazione ai dimensionamenti riportati in tabella 1, ci sono alcune specifiche da sottolineare:

- tali dimensionamenti sono derivati da una serie di simulazioni progettuali, dalle osservazioni effettuate su strutture di nuova edificazione organizzate secondo la massima razionalità dell'impianto planimetrico e su previsioni standardizzate degli spazi dedicati alle attività ambulatoriali, amministrative, diagnostico-terapeutiche e di servizio, ecc. effettuati all'interno dei Ministeri di riferimento. È oggettivo che in relazione alla tipologia di intervento (nuova realizzazione e/o riuso dell'esistente), alla tipologia edilizia del manufatto architettonico (edificio a sviluppo verticale o orizzontale) e la tipologia distributiva (corpo doppio, triplo o quintuplo) la superficie possa risultare superiore;
- una CdC Hub o Spoke viene pianificata a livello regionale e/o da parte dell'azienda sanitaria locale di riferimento. Pertanto una CdC Spoke può avere un dimensionamento maggiore rispetto a quello indicato, ma ciò non prevede che se un edificio ha una superficie pari o superiore a 800/900 mq debba essere considerato necessariamente una CdC Hub;
- i dimensionamenti sopra riportati si riferiscono alla superficie minima complessiva che la struttura dovrebbe garantire per ospitare le macro-aree sanitarie, e socio-sanitarie a valenza sanitaria. Nel caso di inserimento della CdC all'interno di una struttura ospedaliera e/o sanitaria, alcuni servizi generali,

logistici e locali tecnici possono essere in condivisione con il polo sanitario pre-esistente.

A partire dai dimensionamenti minimi previsti nella programmazione a livello nazionale e, in considerazione delle superfici ideali stimate, vengono stabiliti – in maniera indicativa – anche il numero minimo di locali operativi (ambulatori, studi medici, sale di trattamento, ecc.).

In relazione al numero di locali riportati nella Tab. 1, ci sono alcune specifiche da sottolineare:

a) per locale operativo si intende un locale adoperato per le visite mediche, sale di trattamento e/o studio medico/ufficio per gli assistenti sociali, ecc., e quindi dove viene erogato un servizio all'utenza, quali:

- Sala esami e diagnostica di base;
- Ambulatorio prelievi;
- Ambulatori di visita di base e infermieristici;
- Studi medici / Ambulatori per le visite degli MMG, PLS e IFoC, ecc.;
- Ambulatorio di visita specialistica;
- Ufficio per lo Psicologo e/o Assistente sociale;
- Locali operativi per ADI e UCA;
- Punto Unico di Accesso (PUA).

Non vengono considerati come locali operativi quindi tutti i locali lavoro medici e infermieri, i depositi, gli uffici dei medici e del coordinatore infermieristico, ecc. poiché considerati come locali annessi e di supporto alle attività da svolgersi. I dimensionamenti di questi ultimi, in ogni caso, sono stati tenuti in considerazione come specificato nel punto successivo;

b) il numero di locali operativi è stato calcolato a partire dallo staff sanitario e non previsto dal DMS 77/2022 attraverso un metodo parametrico che ha tenuto in considerazione i dimensionamenti minimi di accreditamento indicati dal DPR 14/01/1997 dei locali operativi e di tutti quei locali relativi:

- ad un'area comune di attesa per utenti (pazienti diurni e caregiver) e ai servizi igienici per il pubblico suddivisi per genere;
- ai servizi annessi e di supporto per lo svolgimento dell'attività sanitaria e non;
- alla distribuzione dei percorsi.

I dimensionamenti, che corrispondono ai valori minimi individuati, possono variare in relazione ad una serie di fattori dovuti alla tipologia edilizia (monoblocco, a corte, torre, ecc.) e distributiva (corpo doppio, triplo o quintuplo). Per esempio se si tratta di interventi su edifici esistenti, si deve supporre che tali riferimenti dimensionali debbano essere necessariamente adattati alla tipologia edilizia con un probabile incremento delle superfici utili necessarie; diversamente se si tratta di progetti che si inseriscono all'interno di poli e/o edifici sanitari, alcuni servizi generali e aree logistiche possono essere in condivisione con gli altri servizi sanitari.

Questi standard indicativi sono arrivati tardi rispetto alle decisioni prese dalle Regioni per cui è probabile che in qualche realtà le strutture progettate abbiano dimensioni molto lontane da quelle suggerite dall'Agenas. La verifica effettuata (qui di seguito) con le Case della Comunità previste dalla Regione Marche lo ha confermato.

Il dimensionamento delle CdC delle Marche

Rispetto agli standard indicativi nazionali almeno 9 Case della Comunità (quelle indicate in giallo nella tab. 4.2) previste dalla Regione Marche potrebbero avere problemi strutturali importanti che poi diventeranno anche organizzativi a causa delle ridotte dimensioni. Alcune hanno addirittura meno di 200 mq. di spazio.

Tab. 4.2 – Le Case della Comunità delle Marche finanziate dal PNRR

COMUNE	EDIFICIO	Caratteristiche dell'intervento	Hub o Spoke	Mq
Fossombrone (Pu)	Via f.lli Kennedy	Ristrutturazione.	Hub	250

Cagli (Pu)	Non indicato ma insieme all'OdC	Nuova costruzione.	Hub	190
Pesaro (Gallantara)	Strada per Novilara, 8	Ristrutturazione	Hub	1100
Mondolfo (Pu)	Piazzale Bertolini 6	Ristrutturazione.	Hub	780
Loreto (An)	Palazzina dell'ex fisioterapia dell'OdC	Abbattimento e ricostruzione.	Hub	370
Ancona	Ex Umberto I° P.za Cappelli	Ristrutturazione	Hub	110
Ancona	Ex Crass, Via C. Colombo	Ristrutturazione	Hub	1100
Chiaravalle (An)	Presidio ex ospedale	Nuova costruzione o ampliamento.	Hub	500
Corinaldo (An)	Palazzina poliambulatorio	Demolizione e ricostruzione.	Hub	850
Jesi (An)	Area comunale via A. Moro vicino ospedale	Nuova costruzione	Hub	130
Cingoli (Mc)	Viale della carità, 11 (sede ospedale)	Ristrutturazione.	Hub	300
Civitanova M (Mc)	Via Abruzzo	Nuova costruzione.	Hub	1.350
Recanati (Mc)	edificio adiacente OdC, piazzale A. da Recanati 1	Demolizione e ricostruzione	Hub	1.318
Treia (Mc)	Via Leopardi 2	Ristrutturazione.	Hub	230
San Severino Marche (Mc)	Via del Glorioso	Nuova costruzione.	Hub	710
Corridonia (Mc)	Viale Italia 14	Ristrutturazione.	Hub	710
Macerata	Ex Crass, Largo Belvedere Sanzio	Ristrutturazione.	Hub	910
Porto San	Via L. da Vinci,	Nuova costru-	Hub	850

Giorgio (Fm)	contiguo presidio	zione con parziale demolizione.		
Montegranaro (Fm)	C/o RSA, contrada Santa Maria	Ristrutturazione	Hub	5.250
Sant'Elpidio a Mare (Fm)	c/o RSA, Via Porta Romana	Ristrutturazione	Hub	4.260
Ascoli Piceno	c/o Ospedale Mazzoni, nella casa della salute	Ristrutturazione.	Hub	335
San Benedetto Del Tronto (Ap)	Via Sgattoni, in area comunale	Nuova costruzione	Hub	1.740
Fabriano	Via Marconi 9	Ristrutturazione.	Spoke	756
Filottrano (An)	Via Don Minzoni 16 adiacente RSA	Nuova costruzione	Spoke	300
Camerino (Mc)	Località Caselle, adiacente ospedale	Nuova costruzione.	Spoke	660
Petritoli (Fm)	Via P. Marini, c/o ambulatorio	Ristrutturazione.	Spoke	1.560
Comunanza (Ap)	c/o poliambulatorio, via Cavour	Ristrutturazione.	Spoke	930
Offida (Ap)	c/o Casa della salute, Via Garibaldi 3	Ristrutturazione.	Spoke	170
Acquasanta Terme (Ap)	c/o edificio che ospita RSA, Frazione Paggesse	Ristrutturazione.	Spoke	172
29 CdC			22 Hub 7 Spoke	

Fonte: nostra elaborazione dei dati contenuti della DGR 114/2022, DGR 656/2022 e D. D. 123/2022, DGR 656/2022.

Le dimensioni molto più ridotte rispetto agli standard nazionali comportano l'elevatissimo rischio (quasi una certezza in certe situazioni)

di non poter ospitare tutti i servizi previsti dalla normativa sottraendo così alla popolazione dei servizi previsti ma che non potranno essere erogati normalmente a causa della mancanza di spazi. In questi casi, sarebbe opportuno, anche in corso d'opera, apportare i correttivi necessari.

Bibliografia

- ASUR Marche, Determina del Direttore Generale n. 123 del 24/2/2022: “DGR Marche n.114/2022. Attuazione del PNRR – Missione M6C1 – Identificazione dei siti idonei. Approvazione schede Agenas”.
- Dipartimento di architettura, ingegneria delle costruzioni e ambiente costruito del Politecnico di Milano, Documento di indirizzo per il metaprogetto della Casa di comunità, Quaderni di Monitor – Agenas, 2022: <https://www.agenas.gov.it/comunicazione/primo-piano/2127-documento-di-indirizzo-per-il-metaprogetto-della-casa-della-comunit%C3%A0>
- Pesaresi F., Case della Comunità e PNRR nelle Marche, Blog “Franco Pesaresi Welfare”, 17/3/2022: <https://francopesaresi.blogspot.com/2022/03/case-della-comunita-e-pnrr-nelle-marche.html>
- Regione Marche, DGR n. 656 del 30/5/2022 “Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione M6componenti 1 e 2: Aggiornamento dell’elenco degli interventi di cui alla delibera 271 del 14/3/2022 e approvazione del Piano operativo regionale”. Regione Marche, DGR n. 656 del 30/5/2022 “*Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione M6componenti 1 e 2: Aggiornamento dell’elenco degliinterventi di cui alla delibera 271 del 14/3/2022 e approvazione del Piano operativo regionale*”.
- Regione Marche, DGR n. 114 del 14/2/2022 “*Attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione M6C1: Reti di prossimità. Strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale – definizione del quadro programmatico dei sub-interventi 1.1 “Case della Comunità e presa incarico della persona”, 1.2.2 “COT, interconnessione azien-*

dale, device” e 1.3 “Rafforzamento dell’assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)”. Identificazione dei siti idonei”. (1/9/2021).

5. GLI OSPEDALI DI COMUNITA': COME SARANNO

5.1. IL PERCORSO NORMATIVO DEGLI OSPEDALI DI COMUNITÀ

Il percorso normativo che ha portato alla definizione degli Ospedali di Comunità (OdC) è stato molto lungo: è cominciato nel 2006 per concludersi nel 2022 con l'approvazione del decreto ministeriale n. 77/2022 sui "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale" che contiene le ultime indicazioni sull'organizzazione di vari servizi territoriali fra cui gli OdC.

Il primo atto a parlare dell'Ospedale di Comunità è stato invece il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008. Nel documento, l'"Ospedale di Comunità" veniva definito come una "Struttura dedicata

- all'attuazione di cure domiciliari in ambiente protetto;
- al consolidamento delle condizioni fisiche;
- alla prosecuzione del processo di recupero in ambiente non ospedaliero",

quindi, strumento di raccordo tra il sistema delle cure primarie e quello delle cure ospedaliere e come modalità di completamento dell'offerta dei servizi di cure intermedie (*intermediate health care*).

Successivamente, un lungo articolo della rivista Monitor dell'Agenas del 2011 identificava tali presidi come Strutture di cure intermedie (SCI).

Per avere un ulteriore riferimento normativo occorre aspettare fino al Patto per la Salute 2014-2016. In tale accordo Stato-Regioni si parla esplicitamente di Ospedali di Comunità da attivare al fine di promuovere la riduzione dei ricoveri inappropriati ed i percorsi di deospedalizzazione, garantendo un'omogenea risposta assistenziale terri-

toriale in tutto il territorio nazionale. In tali presidi l'assistenza medica è assicurata dai Medici di Medicina Generale (MMG), dai Pediatri di Libera Scelta (PLS) o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN che effettuano ricoveri brevi per casi non complessi, che necessitano:

- di interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio, ma che necessitano di ricovero in queste strutture in mancanza di idoneità al domicilio (strutturale e familiare);
- di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio.

Una prima vera caratterizzazione degli Ospedali di Comunità avviene però solo l'anno successivo con il D.M. Salute 70/2015. Si tratta, come è noto, del Decreto sull'organizzazione ospedaliera anche se con gli Ospedali di Comunità siamo in presenza di una struttura territoriale, come il D.M. 70/2015 peraltro precisa doverosamente.

Anche il Piano Nazionale della Cronicità del 2016 si occupa dell'Ospedale di Comunità inserendolo tra i diversi setting assistenziali per la cronicità. In tale documento l'Ospedale di Comunità viene definito una struttura sanitaria territoriale gestita anche dai MMG che consente l'assistenza alla persona e l'esecuzione di procedure clinico-assistenziali a media/bassa intensità e breve durata, per la gestione appropriata di patologie momentaneamente scompensate o riacute con rischio sociale variabile. L'“Ospedale di Comunità” si colloca, quale anello di congiunzione fra la realtà ospedaliera ed il territorio, attraverso la rete dei servizi domiciliari e le strutture residenziali, costituendo il modello organizzativo distrettuale a maggiore intensità sanitaria.

La svolta si ha solo nel 2020 con l'approvazione in Conferenza Stato-Regioni dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunità. E' questo l'atto normativo che ha delineato le caratteristiche essenziali dell'OdC in modo abbastanza completo. Peccato che uno degli aspetti più importanti, quello degli

standard assistenziali di personale, sia trattato in modo così generico da rendere possibili modelli organizzativi molto diversi fra loro.

Nell'aprile del 2021 il Governo approva il Piano Nazionale di Ripresa e resilienza (PNRR) che si pone l'obiettivo del potenziamento dell'offerta dell'assistenza territoriale attraverso lo sviluppo degli Ospedali di Comunità (e di altre strutture), una struttura residenziale sanitaria della rete territoriale a ricovero breve e destinata a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata. Tale struttura, la cui dimensione viene prevista in 20 posti letto (fino ad un massimo di 40 posti letto) e a gestione prevalentemente infermieristica, ha l'obiettivo di contribuire ad una maggiore appropriatezza delle cure determinando una riduzione di accessi impropri ai servizi sanitari come ad esempio quelli al pronto soccorso o ad altre strutture di ricovero ospedaliero o il ricorso ad altre prestazioni specialistiche. L'Ospedale di Comunità – si legge sempre nel PNRR – potrà anche facilitare la transizione dei pazienti dalle strutture ospedaliere per acuti al proprio domicilio, consentendo alle famiglie di avere il tempo necessario per adeguare l'ambiente domestico e renderlo più adatto alle esigenze di cura dei pazienti. Il PNRR prevede un investimento di un miliardo di euro per la realizzazione di 381 nuovi Ospedali di Comunità per un totale di 7.620 posti letto.

Successivamente, con il D.M. Salute 20/1/2022 di riparto alle regioni dei fondi del PNRR il numero degli interventi negli Ospedali di Comunità è stato elevato a 400.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) non si preoccupa solo di finanziare un'importante rete di Ospedali di Comunità ma prevede anche l'approvazione degli standard per l'organizzazione dei servizi e delle strutture territoriali, cosa che è stata effettivamente realizzata con l'approvazione del Decreto del Ministro della Salute 23 maggio 2022, n. 77. Il Decreto fornisce una serie di indicazioni strutturali, tecnologiche ed organizzative sugli Ospedali di Comunità alcune delle quali hanno valore descrittivo mentre altre hanno valore

prescrittivo. Le indicazioni di tipo prescrittivo (contenute nell'allegato 2 del Decreto) costituiscono dei requisiti minimi obbligatori per il funzionamento degli OdC e sono evidenziate (con una apposita dicitura fra parentesi) nel presente testo. Il Decreto, comunque, riprende buona parte quanto già previsto con l'intesa in Conferenza Stato-Regioni del 2020 *“sui requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunità”* affinando e precisando alcuni aspetti nodali come quelli relativi al personale e ai pazienti afferenti alla struttura.

5.2. LE CARATTERISTICHE DELL'OSPEDALE DI COMUNITA'

Le diverse normative appena citate compreso il Decreto 77/2022 sugli standard dell'assistenza territoriale hanno delineato le caratteristiche dell'Ospedale di Comunità che si riassumono di seguito, in questo capitolo.

a) Definizione

L'Ospedale di Comunità (OdC) è una struttura sanitaria di ricovero che afferisce alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio.

L'O.d.C. non è una duplicazione o una alternativa a forme di residenzialità già esistenti, che hanno altri destinatari.

L'OdC non è ricompreso nelle strutture residenziali facenti parte dei livelli essenziali di assistenza approvati nel 2017 (DPCM 12/01/2017).

b) Individuazione della sede

L'OdC può avere una sede propria, essere collocato in strutture sanitarie polifunzionali, presso presidi ospedalieri riconvertiti, presso strutture residenziali oppure essere situato in una struttura ospedaliera, ma è sempre riconducibile all'assistenza territoriale.

In prossimità di Ospedali Pediatrici è possibile prevedere la realizzazione di OdC dedicati a pazienti pediatrici, con la responsabilità clinica del pediatra e la presenza di personale di assistenza specificamente formato e competente per tale target di pazienti.

c) Posti letto

Lo standard di riferimento prevede la presenza di almeno un Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti (standard organizzativo con valore prescrittivo).

É possibile prevedere l'estensione fino a due moduli e non oltre, ciascuno di norma con un numero di 15-20 posti letto, per garantire la coerenza rispetto alle finalità, ai destinatari e alle modalità di gestione. Le stanze sono da 1 o 2 o 4 letti.

Il PNRR mette a disposizione un miliardo di euro per realizzare 400 ospedali di Comunità, riservando almeno il 40% delle risorse alle regioni del mezzogiorno (Cfr. Tab. 5.1).

Tabella 5.1 – Ospedali di Comunità esistenti al 2021 e finanziati dal PNRR.

Regioni	Ospedali di Comunità esistenti al 2021	PNRR: numero di Ospedali di Comunità da realizzare
Piemonte	5	27
Valle d'Aosta	0	1
Lombardia	22	60
PA Bolzano	0	3
PA Trento	1	3
Veneto	60	30
Friuli V.G.	2	7
Liguria	1	10
Emilia-Romagna	29	27
Toscana	23	23
Umbria	0	5
Marche	16	9
Lazio	1	35
Abruzzo	5	10
Molise	2	2
Campania	1	45
Puglia	11	31
Basilicata	0	5
Calabria	0	15
Sicilia	0	39
Sardegna	0	13
Italia	179	400

Fonte: ns. elaborazione dei dati forniti da Fattore et al., 2021; Pesaresi F., 2022; DM Salute 20/1/2022.

Gli Ospedali di Comunità esistenti e funzionanti al 2021 erano 179 per un totale di circa 3.200 posti letto. A questi si aggiungeranno quelli previsti dal PNRR.

d) Target di utenza

L'Ospedale di Comunità (OdC) è rivolto a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minore o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che vengono ricoverati in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare) e necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio.

Possono accedere all'OdC pazienti con patologia acuta minore che non necessitano di ricovero in ospedale o con patologie croniche riacutizzate che devono completare il processo di stabilizzazione clinica, con una valutazione prognostica di risoluzione a breve termine (entro 30 giorni), provenienti dal domicilio o da altre strutture residenziali, dal Pronto soccorso o dimessi da presidi ospedalieri per acuti.

In sintesi, le categorie principali di pazienti eleggibili sono le seguenti:

- a) pazienti fragili e/o cronici, provenienti dal domicilio, per la presenza di riacutizzazione di condizione clinica preesistente, insorgenza di un quadro imprevisto, in cui il ricovero in ospedale risulta inappropriato;
- b) pazienti, prevalentemente affetti da multimorbilità, provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, clinicamente dimissibili per conclusione del percorso diagnostico terapeutico ospedaliero, ma con condizioni richiedenti assistenza infermieristica continuativa;
- c) pazienti che necessitano di assistenza nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi, che necessitano

di interventi di affiancamento, educazione ed addestramento del paziente e del caregiver prima del ritorno al domicilio;

- d) pazienti che necessitano di supporto riabilitativo-rieducativo, il quale può sostanziarsi in:
- valutazioni finalizzate a proporre strategie utili al mantenimento delle funzioni e delle capacità residue (es. proposte di fornitura di ausili);
 - supporto ed educazione terapeutica al paziente con disabilità motoria, cognitiva e funzionale; interventi fisioterapici nell'ambito di Percorsi/PDTA/Protocolli già attivati nel reparto di provenienza e finalizzati al rientro a domicilio.

I pazienti ospitati necessitano di assistenza infermieristica continuativa e assistenza medica programmata o su specifica necessità.

Gli OdC possono prevedere ambienti protetti, con posti dedicati a pazienti con demenza o con disturbi comportamentali, in quanto affetti da patologie croniche riacutizzate a domicilio o in dimissione ospedaliera. Queste strutture potrebbero ridurre l'istituzionalizzazione e l'ospedalizzazione in ambienti ospedalieri non idonei (cfr. Piano nazionale demenze).

In prossimità di Ospedali Pediatrici è possibile prevedere la realizzazione di OdC dedicati a pazienti pediatrici, con la responsabilità clinica del pediatra e la presenza di personale di assistenza specificamente formato e competente per tale target di pazienti.

Tra gli obiettivi primari del ricovero deve essere posto anche l'aumento di consapevolezza dei pazienti e del familiare/caregiver, attraverso l'addestramento alla migliore gestione possibile delle nuove condizioni cliniche e terapeutiche e al riconoscimento precoce di eventuali sintomi di instabilità.

e) Responsabilità

La gestione delle attività dell'OdC è riconducibile all'organizzazione distrettuale e/o territoriale delle aziende sanitarie.

La responsabilità igienico-sanitaria e clinica dell'OdC è in capo al medico e può essere attribuita ad un medico dipendente o convenzionato con il SSN, pertanto può essere attribuita anche a MMG/PLS, SAI (Medici di Specialistica Ambulatoriale Interna).

La responsabilità organizzativa è affidata ad un responsabile infermieristico (Cfr. DM n.70/2015), secondo quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 20 febbraio 2020.

La responsabilità assistenziale è in capo all'infermiere secondo le proprie competenze.

f) Il personale

Per un Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto viene previsto il seguente standard di personale:

- 7-9 Infermieri (di cui un coordinatore infermieristico), 4-6 Operatori Sociosanitari, 1-2 unità di altro personale sanitario con funzioni riabilitative e un medico per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7 (standard organizzativo con valore prescrittivo).

Per quel che riguarda l'assistenza medica questa deve essere garantita nel turno diurno (8-20) per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7 mentre nel turno notturno (20-8) e diurno festivo e prefestivo in forma di pronta disponibilità, anche organizzata per più strutture dello stesso territorio, con tempi di intervento conformi a quanto previsto dalle norme vigenti in materia. L'assistenza notturna è garantita anche da Medici della Continuità Assistenziale, in rapporto a specifici accordi locali, oppure da medici operanti nella struttura (standard organizzativo con valore prescrittivo).

Le attività di coordinamento sono assicurate da un infermiere con funzioni di coordinamento per uno o per i due moduli, se presenti nell'OdC.

L'assistenza infermieristica è garantita nelle 24 ore 7 giorni su 7 (standard organizzativo con valore prescrittivo) con il supporto degli operatori sociosanitari, in coerenza con gli obiettivi del Progetto di assistenza individuale integrato (PAI) e in stretta sinergia con il responsabile clinico e gli altri professionisti sanitari e sociali coinvolti.

Gli OdC verranno completati entro il 2026 per cui il personale dovrà essere messo a disposizione dal 2027.

L'ospedale di comunità è operativo 7 giorni su 7 (standard organizzativo con valore prescrittivo).

g) Modalità di accesso

L'accesso presso l'OdC avviene su proposta del:

- medico di medicina generale;
- medico di continuità assistenziale;
- medico specialista ambulatoriale interno ed ospedaliero;
- medico del pronto soccorso;
- pediatra di libera scelta.

Per l'accesso all'OdC è necessario che siano soddisfatti i seguenti criteri:

- diagnosi già definita;
- prognosi già definita;
- valutazione del carico assistenziale e della stabilità clinica eventualmente attraverso scale standardizzate;
- programma di trattamento già stilato e condiviso con il paziente e/o con la famiglia (ad eccezione del Pronto Soccorso).

É inoltre auspicabile una valutazione multidimensionale anche in fase di accesso.

Le modalità di accesso devono essere semplici e tempestive e possono prevedere l'uso di scale di valutazione standardizzate sia per accertare il livello di criticità/instabilità clinica sia per il livello di complessità assistenziale/autonomia del paziente, soprattutto in caso di dimissione da reparto ospedaliero.

L'utilizzo di scale di valutazione, opportunamente ripetuto durante la degenza e alla dimissione del paziente, consentirà di documentare l'attività svolta e di descrivere l'esito delle cure erogate. Se necessario, in previsione della dimissione dall'OdC, potrà avvenire una valutazione multidimensionale da parte dell'equipe territoriale dedicata, per esplicitare eventuali percorsi territoriali post-dimissione del paziente (attivazione di assistenza domiciliare, erogazione di prestazioni o presidi a domicilio, trasferimento verso altre strutture della rete).

h) Modalità assistenziali

L'OdC, pur avendo un'autonomia funzionale, opera in forte integrazione con gli altri servizi sanitari, quali: la rete delle cure intermedie, i servizi di assistenza specialistica ambulatoriale, le cure domiciliari e i servizi di emergenza-urgenza territoriali. A tal fine devono essere predisposte specifiche procedure operative volte a garantire la continuità assistenziale e la tempestività degli interventi necessari, valorizzando la funzione di coordinamento e raccordo garantito dalle Centrali operative territoriali (COT). Devono essere definiti appositi collegamenti funzionali con i servizi di supporto diagnostico specialistico. L'organizzazione dell'OdC deve garantire l'interfaccia con le diverse componenti che partecipano e realizzano la continuità dell'assistenza nell'ambito del PDTA e del PAI per ogni singolo pa-

ziente, compresi i professionisti che prescrivono e forniscono i necessari ausili ed eventualmente con i servizi sociali dei comuni.

L'Ospedale di Comunità costituisce un setting ideale per promuovere una maggiore integrazione sia con la comunità locale (associazioni di volontariato) che con i Servizi Sociali. La collaborazione tra ambito sanitario e sociale e la comunità locale rappresenta un elemento qualificante dell'Ospedale di Comunità a garanzia di una risposta ad un ampio insieme di bisogni e di tempestiva programmazione delle dimissioni. Inoltre, la collaborazione con le associazioni di volontariato potrà offrire un utile contributo anche nella rilevazione della qualità percepita dei pazienti e dei familiari/caregiver.

La gestione e l'attività nell'OdC sono basate su un approccio multidisciplinare, multi-professionale ed interprofessionale, in cui sono assicurate collaborazione ed integrazione delle diverse competenze.

All'interno dell'équipe di cura è presente l'infermiere che si occupa, in particolare, delle transizioni di cura dei pazienti assicurandone la presa in carico e la continuità assistenziale: tale infermiere si interfaccia con le Centrali operative territoriali e in modo da facilitare l'organizzazione dell'assistenza, e gli ausili eventualmente necessari, una volta che il paziente tornerà al domicilio. É auspicabile che venga assicurata la funzione dell'infermiere case manager.

All'interno degli OdC dovranno, inoltre, essere garantite alcune attività di monitoraggio dei pazienti, in loco o in collegamento funzionale, anche attraverso servizi di telemedicina. In caso di necessità, l'infermiere attiva la figura medica prevista dai modelli organizzativi regionali. In caso di emergenza, dovranno essere attivate le procedure di emergenza tramite il Sistema di Emergenza Urgenza territoriale. Nel caso in cui la sede dell'OdC sia all'interno di un presidio ospedaliero potranno essere attivate le procedure di emergenza del presidio ospedaliero.

Tra gli obiettivi primari del ricovero deve essere posto anche il coinvolgimento attivo e l'aumento di consapevolezza, nonché la capacità di auto-cura dei pazienti e del familiare/caregiver, attraverso la formazione e l'addestramento alla migliore gestione possibile delle nuove condizioni cliniche e terapeutiche e al riconoscimento precoce di eventuali sintomi di instabilità.

I processi assistenziali garantiti dall'OdC devono essere coerenti con i criteri di gestione del rischio clinico in uso presso il Distretto/Azienda sanitaria di afferenza.

Devono essere promossi ed assicurati: la formazione continua di tutto il personale, la valutazione e il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza.

i) Durata del ricovero

Il ricovero presso l'OdC deve avere una durata non superiore a 30 giorni. Solo in casi eccezionali e comunque motivati dalla presenza di situazioni cliniche non risolte la degenza potrà prolungarsi ulteriormente (Cfr. Tab. 5.2).

l) Flussi informativi

L'OdC deve dotarsi del sistema informativo per la raccolta, il periodico aggiornamento e la gestione dei contenuti informativi necessari al monitoraggio dell'attività clinica ed assistenziale erogata (standard organizzativo con valore prescrittivo), assicurando la tempestiva trasmissione dei dati a livello regionale che dovrà provvedere alla alimentazione del Sistema informativo nazionale per il monitoraggio delle prestazioni erogate dai Presidi Residenziali di Assistenza Primaria/Ospedali di Comunità, nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) del Ministero della Salute.

La Regione valuta periodicamente l'attività degli Ospedali di Comunità sul proprio territorio utilizzando anche elementi di valutazione

comuni a livello nazionale, raccolti con il flusso informativo che andrà a costituire il debito informativo nell'ambito del quale dovranno essere ricompresi gli indici di valutazione multidimensionale del paziente validati dalla letteratura scientifica.

I responsabili delle attività cliniche ed infermieristiche provvedono alla raccolta delle informazioni sanitarie per i rispettivi ambiti di competenza, utilizzando una cartella clinico-assistenziale integrata, inserita in un processo di informatizzazione integrato con il FSE (standard organizzativo con valore prescrittivo).

Gli Indicatori di Monitoraggio degli Ospedali di Comunità sono:

- Tasso di ricovero della popolazione >75 anni;
- Tasso di ricovero in Ospedale per acuti durante la degenza in OdC;
- Tasso di riospedalizzazione a 30 giorni;
- Degenza media in OdC;
- Degenza oltre le 6 settimane (o numero di outlier);
- N. pazienti provenienti dal domicilio;
- N. pazienti provenienti da ospedali.

Tabella 5.2- Le caratteristiche degli Ospedali di Comunità (parte 1)

Definizione
L'Ospedale di Comunità (OdC) è una struttura sanitaria di ricovero che afferisce alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio.
Posti letto
Lo standard di riferimento prevede la presenza di almeno un Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti.

<p>É possibile prevedere l'estensione fino a due moduli e non oltre, ciascuno di norma con un numero di 15-20 posti letto. Le stanze sono da 1 o 2 o 4 letti. L'obiettivo complessivo è di realizzare 0,4 posti letto per 1000 abitanti da attuarsi in modo progressivo secondo la programmazione regionale.</p>
<p>La responsabilità igienico sanitaria e clinica</p>
<p>La responsabilità igienico sanitaria e clinica dell'OdC è in capo al medico e può essere attribuita ad un medico dipendente o convenzionato con il SSN, pertanto può essere attribuita anche a MMG/PLS, SAI (Medici di Specialistica Ambulatoriale Interna).</p>
<p>Responsabilità organizzativa</p>
<p>La responsabilità organizzativa è affidata ad un responsabile infermieristico.</p>
<p>Responsabilità assistenziale</p>
<p>La responsabilità assistenziale è in capo all'infermiere secondo le proprie competenze.</p>
<p>Assistenza medica</p>
<p>E' assicurata dai medici incaricati: medici di medicina generale o pediatri di libera scelta o medici dipendenti o convenzionati con il SSN.</p>
<p>Consulenze specialistiche</p>
<p>Garantite dal distretto sanitario.</p>
<p>Standard di personale</p>
<p>Per un Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'assistenza medica è assicurata dai medici incaricati, nel turno diurno (8-20) deve essere garantita per almeno 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7 mentre nel turno notturno (20-8) e diurno festivo e prefestivo in forma di pronta disponibilità. L'assistenza notturna può essere garantita anche da Medici della Continuità Assistenziale. • 7-9 Infermieri (di cui un coordinatore infermieristico), 4-6 Operatori Sociosanitari, 1-2 unità di altro personale sanitario con funzioni riabilitative e un medico per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7. <p>Le attività di coordinamento sono assicurate da un infermiere con funzioni di coordinamento per uno o per i due moduli, se presenti nell'OdC.</p>

Fonte: nostra elaborazione di: Decreto Ministero Salute n. 70/2015; Intesa CSR n.17/2020; Decreto M. S. 77/2022.

Tabella 5.2- Le caratteristiche degli Ospedali di Comunità (parte 2)

Pazienti
<p>Pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minore o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio o in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare).</p> <p>In sintesi, le categorie principali di pazienti eleggibili sono le seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) pazienti fragili e/o cronici, provenienti dal domicilio, per la presenza di riacutizzazione di condizione clinica preesistente, insorgenza di un quadro imprevisto, in cui il ricovero in ospedale risulti inappropriato; b) pazienti, prevalentemente affetti da multimorbidità, provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, clinicamente dimissibili per conclusione del percorso diagnostico terapeutico ospedaliero, ma con condizioni richiedenti assistenza infermieristica continuativa; c) pazienti che necessitano di assistenza nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi, che necessitano di interventi di affiancamento, educazione ed addestramento del paziente e del caregiver prima del ritorno al domicilio; d) pazienti che necessitano di supporto riabilitativo-rieducativo. <p>Gli OdC possono prevedere ambienti protetti, con posti dedicati a pazienti con demenza o con disturbi comportamentali, in quanto affetti da patologie croniche riacutizzate a domicilio o in dimissione ospedaliera.</p> <p>In prossimità di Ospedali Pediatrici è possibile prevedere la realizzazione di OdC dedicati a pazienti pediatrici.</p>
Durata del ricovero
<p>Il ricovero presso l'OdC deve avere una durata non superiore a 30 giorni.</p>

Accesso
<p>L'accesso presso l'OdC avviene su proposta di: medico di medicina generale; medico di continuità assistenziale; medico specialista ambulatoriale interno ed ospedaliero; medico del pronto soccorso; pediatra di libera scelta.</p> <p>Per l'accesso all'OdC. è necessario che siano soddisfatti i seguenti criteri</p> <ul style="list-style-type: none"> • diagnosi già definita; • prognosi già definita; • valutazione del carico assistenziale e della stabilità clinica eventualmente attraverso scale standardizzate; • programma di trattamento già stilato e condiviso con il paziente e/o con la famiglia (ad eccezione del Pronto Soccorso). <p>É inoltre auspicabile una valutazione multidimensionale anche in fase di accesso.</p> <p>Le modalità di accesso devono essere semplici e tempestive e possono prevedere l'uso di scale di valutazione standardizzate sia per accertare il livello di criticità/instabilità clinica sia per il livello di complessità assistenziale/autonomia del paziente, soprattutto in caso di dimissione da reparto ospedaliero.</p>
Sede fisica
<p>L'OdC è una struttura organizzativa autonoma che può avere una sede propria, essere collocato in strutture sanitarie polifunzionali, presso presidi ospedalieri riconvertiti, presso strutture residenziali oppure essere situato in una struttura ospedaliera ma è sempre riconducibile all'assistenza territoriale.</p>

Fonte: nostra elaborazione di: Decreto Ministero Salute n. 70/2015; Intesa CSR n.17/2020; Decreto M. S. 77/2022.

5.3. I REQUISITI MINIMI

Continuano a valere i requisiti generali, strutturali e tecnologici stabiliti nell'intesa in Conferenza Stato Regioni del 20/2/2020 (Rep. Atti

n. 17/CSR) “*sui requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunità*” che vengono sostanzialmente confermati dal Decreto Ministro Salute n. 77/2022 concernente il “Regolamento recante la definizione di *modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale*”.

Requisiti generali

L'OdC è una struttura pubblica o privata in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi che garantiscono la qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti, nonché la misurazione dei processi e degli esiti.

L'OdC deve essere realizzato nel rispetto dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di protezione antisismica, protezione antincendio, protezione acustica, sicurezza e continuità elettrica, sicurezza antiinfortunistica, igiene dei luoghi di lavoro, protezione dalle radiazioni ionizzanti, barriere architettoniche, smaltimento dei rifiuti, condizioni microclimatiche, impianti di distribuzione dei gas, materiali esplosivi (requisiti minimi strutturali e tecnologici generali di cui al DPR 14.01.1997 e s.m.i.).

Le regioni e le province autonome definiscono i requisiti ulteriori per l'accreditamento delle stesse strutture ai sensi dell'art. 8-quater del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i..

Requisiti strutturali e tecnologici specifici

I requisiti strutturali e tecnologici specifici degli Ospedali di Comunità sono definiti da ciascuna regione in relazione alla tipologia dell'attività svolta.

L'identificazione della struttura da utilizzare come Ospedale di Comunità deve seguire il criterio dell'economicità e razionalità e la progettazione degli spazi è orientata principalmente a garantire il benessere fisico e psicologico del paziente.

Accessibilità: il percorso di accesso all'OdC deve essere privo di barriere architettoniche e consentire un passaggio agevole di letto/barella/ausili per mobilità e deambulazione. Deve essere dotato di mezzo meccanico (ascensore/elevatore) dedicato e dimensionato per permettere il trasporto almeno del letto/barella e di un accompagnatore.

L'OdC deve essere dotato di servizi generali, nonché di opportuni spazi organizzati e articolati in modo tale da garantire lo svolgimento delle seguenti funzioni:

- locali ad uso amministrativo;
- cucina e locali accessori;
- lavanderia e stireria;
- servizio mortuario (standard organizzativi con valore prescrittivo).

Tali servizi possono essere in comune e/o condivisi con altre strutture e/o unità di offerta (standard organizzativo con valore prescrittivo).

Sono ammesse esternalizzazioni per le funzioni di preparazione dei pasti, lavanderia e pulizia.

Aspetti strutturali da contemplare nei requisiti regionali:

- Spazio attesa visitatori;
- Strutture di degenza con camere singole e camere da 2 a 4 posti letto⁸ aventi accesso diretto al bagno e poltrona comfort per il familiare e/o per la mobilitazione del paziente;
- Aree soggiorno/consumo pasti;

⁸ In una parte dell'Intesa Stato-Regioni "sui requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunità" si parla di stanze con 1 o 2 posti letto mentre in altra parte più specifica sui requisiti strutturali si propongono stanze anche con 4 posti letto.

- Locale per visite e medicazioni;
- Locali di lavoro per personale;
- Spogliatoio per il personale con servizio igienico;
- Locale/spazio di deposito materiale pulito;
- Locale/spazio di materiale sporco;
- Locale sosta e osservazione salme, in assenza di servizio mortuario;
- deve essere garantito l'accesso a idonei locali attrezzati, destinati alle principali attività motorie e riabilitative al fine di realizzare anche attività di riabilitazione motoria in ogni OdC.

Aspetti tecnologici da contemplare nei requisiti regionali:

- Impianto di climatizzazione tale da garantire che la temperatura estiva e invernale sia compatibile con il benessere tecnico dei ricoverati;
- Impianto di erogazione ossigeno stabile o mobile;
- Impianto di comunicazione e chiamata con segnalazione acustica e luminosa al letto;
- Dotazioni tecnologiche idonee a garantire assistenza ordinaria e in emergenza, compresi dispositivi diagnostici;
- Presidi antidecubito;
- Attrezzature per mobilitazione/mobilità compresi gli ausili tecnici per la mobilità (corrimano, deambulatori) e trasporto dei pazienti.

All'interno degli OdC dovranno, inoltre, essere garantite alcune attività di monitoraggio dei pazienti, in loco o in collegamento funzionale, anche attraverso servizi di telemedicina (standard organizzativo con valore prescrittivo).

5.4. LE DIFFERENZE CON LA LUNGODEGENZA POST ACUZIE E CON LA RSA

Gli Ospedali di Comunità, fra i diversi setting assistenziali, vanno a collocarsi fra la Lungodegenza post-acuzie ospedaliera e le RSA esponendosi, per alcuni aspetti, a rischi di sovrapposizione all'una e all'altra tipologia di struttura.

La tabella 5.3 rende evidente questo tentativo di collocarsi ad un livello "intermedio".

A ben guardare l'essenza delle differenze fra la Lungodegenza post-acuzie e gli Ospedali di Comunità sta in una minore presenza medica in quest'ultima struttura; mentre la differenza principale fra gli Ospedali di Comunità e le RSA sta in un diverso mix del personale assistenziale: le RSA erogano una minore assistenza infermieristica ed una maggiore assistenza degli OSS.

Oggi però gli standard assistenziali degli Ospedali di Comunità e delle RSA sono molto diversificati nelle diverse regioni per cui occorrerà ridefinire i modelli organizzativi in modo più omogeneo in linea con le nuove indicazioni normative, per utilizzare al meglio le risorse messe in campo e per assegnare ad ogni struttura la propria specifica funzione da svolgere con il personale adeguato.

Le modalità di accesso all'OdC sono le più ampie per quel che riguarda il soggetto inviante, ma i criteri per il ricovero per evitare un utilizzo inappropriato dei posti letto sono più rigidi rispetto agli altri due setting assistenziali.

Molti altri valori e standard degli Ospedali di Comunità sono intermedi rispetto alla Lungodegenza post-acuzie e alle RSA, ma non la

durata massima della degenza che è ancora più breve di quella dei reparti ospedalieri post-acuzie.

Tabella 5.3 – Confronto fra Lungodegenza post-acuzie (LDPA), Ospedali di Comunità e RSA

	LDPA	Ospedale di Comunità	RSA
Setting	Ospedale	Struttura residenziale	Struttura residenziale per anziani
Posti letto	Obiettivo: almeno 0,2 pl ogni 1000 abitanti	Obiettivo: 0,4 pl ogni 1000 abitanti	Attivi 1,5 pl ogni 1000 abitanti
Durata degenza massima	60 giorni	Non superiore a 30 giorni.	In molte regioni anche permanente
Tariffe	154 euro. Nessuna quota di partecipazione dell'assistito.	Media 133 euro. Il costo può essere suddiviso in una quota sanitaria ed una alberghiera a carico dell'utente.	Media 107,5 euro. Viene richiesta all'assistito una quota alberghiera.
Soglia dimensionale minima	Minima: 20 pl Ottimale: 30 pl	Di norma 15-20 pl	20 pl
Standard di personale non medico	Per modulo di 32 pl: - 13 infermieri più capo sala; - 4 tecnici della riabilitazione; - 8 ausiliari socio-sanitari (1988).	Per 20 posti letto: 7-9 Infermieri (compreso coordinatore), 4-6 Operatori Sociosanitari, almeno 1-2 unità di altro personale sanitario con funzioni riabilitative e un Medico per almeno 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7.	Orientamento prevalente delle regioni: - ass. infermieristica 20-40 minuti al giorno, - ter. riabilitazione 5-15 minuti al giorno, - OSS 100-135 minuti al giorno.
Assistenza medica	Soluzione regionale prevalente: presenza 24/24 ore.	Per 20 posti letto: nel turno diurno (8-20) deve essere garantita per almeno 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7 mentre nel turno notturno (20-8) e diurno festivo e prefestivo in forma di pronta disponibilità. L'assistenza notturna può essere garantita anche da Medici della Continuità Assistenziale.	Soluzione regionale prevalente: pochi minuti al giorno per ospite. Spesso geriatra.
Modalità di accesso	I pazienti sono inviati dall'ospedale.	L'accesso avviene su proposta di: medico di medicina generale; medico di continuità assistenziale; medico specialista ambulatoriale interno ed ospedaliero; medico del pronto soccorso; pediatra di libera scelta.	I pazienti possono essere inviati sia dall'ospedale che dal territorio. L'ingresso è regolato attraverso l'UVM.

		<p>Per l'accesso è necessario che siano soddisfatti i seguenti criteri:</p> <ul style="list-style-type: none"> • diagnosi già definita; • prognosi già definita; • valutazione del carico assistenziale e della stabilità clinica eventualmente attraverso scale standardizzate; • programma di trattamento già stilato e condiviso con il paziente e/o con la famiglia (ad eccezione del Pronto Soccorso). 	
Lavoro multidisciplinare e multidimensionale	Elaborazione di un programma assistenziale individualizzato o di un progetto riabilitativo individualizzato per ogni paziente.	E' auspicabile una valutazione multidimensionale anche in fase d'accesso.	Usati sistematicamente strumenti di valutazione multidimensionale e PAI definito per tutti i pazienti.

Fonte: nostra elaborazione su dati Pesaresi (2013, 2014, 2019a, 2019b), Chiatti et al (2013), tab.2.

5.5. QUALCHE VALUTAZIONE

Le attuali difficoltà di dimissione ospedaliera dei pazienti che hanno terminato la fase acuta e la fase di riabilitazione intensiva, ma che necessitano ancora di un supporto sanitario ed assistenziale rendono necessaria l'introduzione di una struttura sanitaria che completi il percorso di cura.

Le strutture residenziali attuali non rispondono, se non in parte, a questo tipo di esigenze perché sono organizzate soprattutto per gestire la fase lungodegenziale, e molto meno per gestire la fase di transizione fra l'ospedale e il domicilio sia per la quantità che per la qualità (intensità dell'assistenza) delle strutture. Per questo, la scelta di definire meglio e di potenziare gli Ospedali di Comunità è condivisibile.

Purtroppo il percorso normativo che ha portato ai più recenti esiti oltre ad essere stato non proprio lineare è stato eccezionalmente lungo essendo partito addirittura nel 2006. Occorre cercare di comprendere perché una volta identificato il nuovo modello assistenziale c'è stato così poco interesse a svilupparlo se non in tempi lunghissimi.

Adesso comunque gli Ospedali di Comunità hanno una loro configurazione, non sono più parte delle Case della Salute, ma sono strutture autonome che occorre realizzare e gestire in linea con le disposizioni nazionali.

Sovrapposizioni?

Naturalmente il potenziamento del nuovo setting assistenziale non è privo di criticità perché va ad inserirsi in una rete di strutture e servizi (lungodegenza post acuzie, riabilitazione ospedaliera, RSA, strutture residenziali riabilitative, ecc.) già abbastanza affollato per cui la sua implementazione richiede una attenta regolamentazione.

La creazione di un nuovo *setting* assistenziale crea, in generale, rischi significativi di sovrapposizione per cui è bene valutare subito questo aspetto e prendere le dovute contromisure.

Gli Ospedali di Comunità, per la loro collocazione, presentano rischi significativi di utilizzo inappropriato sia in “eccesso” (ricovero di pazienti gestibili a livelli di minore complessità) che in “difetto” (ricovero di pazienti che avrebbero bisogno di un ricovero ospedaliero). Eppure poche regioni hanno posto, sinora, la dovuta attenzione sul sistema di valutazione dei pazienti e su un adeguato sistema informativo per verificare il corretto funzionamento delle strutture.

Per questo occorre definire bene funzione ed organizzazione degli Ospedali di Comunità, ma anche delle RSA e delle unità ospedaliere di Lungodegenza, per evitare sovrapposizioni e confusioni che mettano in discussione l'efficacia del sistema. L'appropriatezza si persegue solo se sono chiari i ruoli, la tipologia dei pazienti, gli obiettivi delle diverse unità operative e le differenze che caratterizzano l'una o

l'altra struttura. Il rischio è che i pazienti possano indifferentemente essere accolti nell'una o nell'altra tipologia di struttura indipendentemente dalle loro condizioni e necessità, o che si registrino diatribe opportunistiche tra i professionisti su quale debba essere la struttura di ricovero per i pazienti più impegnativi, rendendo del tutto inutile l'introduzione degli Ospedali di Comunità.

I posti letto

L'obiettivo complessivo è di realizzare 0,4 posti letto per 1.000 abitanti da attuarsi in modo progressivo secondo la programmazione regionale. Raggiungere questo obiettivo significherebbe realizzare 23.593 posti letto negli Ospedali di Comunità.

Attualmente siamo molto lontani da questo obiettivo anche se il quadro quantitativo degli OdC (considerando le diverse denominazioni regionali) non è molto chiaro. Nella documentazione allegata al PNRR vengono indicati solo 1.205 posti letto esistenti, ma dati di diversa provenienza (Camera dei Deputati, 2021, Fattore et al., 2021) hanno quantificato in circa 3.200 i posti letto esistenti negli Ospedali di Comunità.

Il PNRR ha finanziato con un miliardo di euro la realizzazione di 400 nuovi Ospedali di Comunità per un totale dichiarato (nei documenti allegati al PNRR) di 7.620 posti letto. Ma in realtà non andrà esattamente così perché le regioni hanno scelto di destinare le risorse sia alla realizzazione di nuovi Ospedali di Comunità sia, in parte minore, alla ristrutturazione di quelli già esistenti. In questo ultimo caso non si avranno posti letto aggiuntivi ma solo la loro conferma. Per cui è probabile che i posti letto realizzati con il PNRR saranno un poco inferiori a quelli preventivati.

Con i finanziamenti del PNRR si realizzerà una accelerazione molto importante che porterà a triplicare nel 2026 i posti letto degli Ospe-

dali di Comunità, ma il percorso sarà ancora molto lungo perché saremo comunque sensibilmente sotto la metà dell'obiettivo di 0,4 posti letto per mille abitanti. Il percorso di sviluppo degli OdC dovrà pertanto continuare di buona lena anche negli anni successivi al 2026.

Il personale

Per far funzionare i nuovi Ospedali di Comunità serviranno 3.200 infermieri a cui si aggiungeranno quelli necessari per le Case della Comunità, delle Centrali operative territoriali e per gli infermieri di comunità. A questo elenco si possono aggiungere le altre figure professionali – medici, OSS, ecc. – necessari per implementare il nuovo assetto finanziato dal PNRR e non solo. Ma questi nuovi servizi o potenziamenti di quelli esistenti saranno possibili solo se si renderanno disponibili le figure professionali, come gli infermieri, che oggi invece sono gravemente carenti. L'attuale carenza degli infermieri e di altre figure - come i medici - ha raggiunto dimensioni gravissime che mettono in discussione la tenuta dei servizi e che non permettono, allo stato attuale, alcuno sviluppo dei servizi sanitari. Già l'anello più fragile, il settore socio-sanitario, opera in diverse situazioni con sotto-dotazioni di personale infermieristico per l'impossibilità di reperire tali figure. Aumentare la disponibilità di tali figure professionali non è facile e soprattutto non è un percorso breve perché occorre aumentare in modo importante l'ammissione ai corsi di formazione universitaria degli studenti in infermieristica per i prossimi anni ed aspettare che si laureino. Per cui o si pensa adesso a come risolvere questo problema o sarà impossibile attivare i nuovi Ospedali di Comunità, nel 2027 quando saranno completati.

Anche i costi del personale rappresentano un problema non ancora del tutto risolto.

Nell'Ospedale di Comunità lavoreranno 7-9 Infermieri (di cui un coordinatore infermieristico), 4-6 Operatori Sociosanitari, 1-2 unità

di altro personale sanitario con funzioni riabilitative e un medico per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7 (secondo il PNRR a partire dal 2027).

Utilizzando gli stessi parametri indicati nella documentazione allegata al PNRR ed inviata all'Unione Europea, il costo annuo del personale per ciascuna struttura, dovrebbe essere pari a € 688.000 per cui il costo complessivo del personale dei 400 Ospedali di Comunità è stimato in 275.200.000 euro che non sono finanziati dal PNRR e peseranno dunque sul bilancio pubblico dal 2027. A questi costi vanno poi aggiunti tutti i costi non assistenziali (pulizie, pasti, ecc.).

In realtà, alla luce del D.M.S. n. 277/2022 e di quanto contenuto nella relazione tecnica allegata alla Legge di Bilancio 2022 (MEF, 2021), i soli costi complessivi di personale dei nuovi ospedali di Comunità dovrebbero invece essere stimati attorno ai 318 milioni di euro (Cfr. Tab. 5.4).

Tab. 5.4 – Costi del personale dei 400 Ospedali di Comunità

Descrizione del personale	Unità di personale per struttura	costo unitario medio annuo (€)	Unità di personale totali	Costi complessivi (€)
Coordinatore infermieristico	1	50.000	400	20.000.000
Infermieri	8	49.100	3.200	157.120.000
Operatori socio-sanitari OSS	6	30.000	2.400	72.000.000
Altro personale con funz. riabilitative	2	44.000	800	35.200.000
Ore/MMG/anno	1.404 (ore)	60	561.600 (ore)	33.696.000
TOTALE				317.816.000

*Nota: il costo unitario medio annuo delle singole figure professionali è indicato dal MEF che lo ha desunto dal conto annuale 2018 del personale (MEF, 2021). Il personale indicato è quello massimo previsto dal D.M.S. 77/2022 tenuto conto che gli standard sono molto bassi e che per un turno che garantisca la presenza infermieristica 24 ore su 24 servono 5,6 infermieri.
Fonte: ns. elaborazione di dati DMS 77/2022 e dal MEF 2021).*

A questi costi di personale occorre però aggiungere anche tutti gli altri costi di funzionamento (farmaci, materiali sanitari, pulizie, pasti, lavanderia, assicurazione, amministrazione, ecc.).

Occorre rilevare che se la stima del costo degli Ospedali di Comunità fatta con i parametri del PNRR fosse corretta, la giornata di degenza costerebbe solo 86 euro al giorno, un importo non verosimile tenendo conto che la tariffa media non ponderata delle RSA italiane è di 107,50 euro (Pesaresi, 2019), che la tariffa media degli Ospedali di Comunità attualmente funzionanti è di 133 euro al giorno (Pesaresi, 2017) e che la tariffa regionale più bassa è di 119 euro al giorno.

Per cui è chiaro che il costo complessivo di gestione dei singoli Ospedali di Comunità richiederà almeno il 50% in più di quanto stimato e cioè attorno ai 413 milioni di euro annui. Poco più di un milione di euro per ogni Ospedale di Comunità.

Tale importo non è stato finanziato dal PNRR in quanto lo stesso lo rinvia, come dettagliato nel Piano di sostenibilità allegato al PNRR, ai risparmi che deriverebbero dalla futura riorganizzazione sanitaria relativa alla riduzione delle ospedalizzazioni ad alto rischio di inappropriatazza relative alle malattie croniche, alla riduzione degli accessi inappropriati nei pronto soccorsi relativi ai codici bianchi e verdi ed alla riduzione della spesa farmaceutica relativa a tre classi di alto consumo di farmaci. Un obiettivo improbabile ma che presumibilmente serviva a giustificare all'Europa la sostenibilità finanziaria del progetto.

Consapevole di questo problema non irrilevante, il Governo è recentemente intervenuto con l'art. 1 comma 274 della Legge di Bilancio

2022 prevedendo un finanziamento specifico al fine di assicurare l'implementazione degli standard organizzativi, quantitativi, qualitativi e tecnologici ulteriori rispetto a quelli previsti dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) per il potenziamento dell'assistenza territoriale, con riferimento ai maggiori oneri per la spesa di personale dipendente che non sono state coperti. La citata norma prevede una spesa massima ulteriore di 90,9 milioni di euro per l'anno 2022, di 150,1 milioni di euro per l'anno 2023, di 328,3 milioni di euro per l'anno 2024, di 591,5 milioni di euro per l'anno 2025 e di 1.015,3 milioni di euro a decorrere dall'anno 2026 a valere sul finanziamento del Servizio sanitario nazionale. Queste risorse sono destinate a finanziare il personale delle Case di Comunità, degli Ospedali di comunità, delle Unità di continuità assistenziale e delle Centrali operative territoriali.

Per gli Ospedali di Comunità sono stanziati 51.250.500 euro per il 2024, 111.301.000 euro per il 2025 e 205.002.000 euro per il 2026, come si legge nella relazione tecnica allegata al Bilancio 2022 (MEF, 2021) (Cfr. Tab. 5.5).

Tab. 5.5 – Il finanziamento del personale dei 400 ospedali di Comunità (€)

Fonte del finanziamento	2024	2025	2026
L. 234/2021 art. 1 comma 274	51.250.500	111.301.000	205.002.000

Fonte MEF (2021), L. 234/2021.

La sostanza è che le risorse per partire gradualmente ci sono ma a regime, e cioè nel 2027, mancherà la metà circa dei finanziamenti necessari per far funzionare in sicurezza tutti i nuovi Ospedali di Comunità.

E' vero che abbiamo ipotizzato il personale massimo previsto dal Decreto 77/2022 (ma con meno personale sarebbe ingestibile ed inefficace) ed è altrettanto vero che alcuni degli interventi approvati dalle regioni si riferiscono a Ospedali di Comunità già esistenti per cui si

recupererà sicuramente una quota di personale (e quindi si ridurrà la spesa aggiuntiva) ma le differenze sono così significative fra fabbisogno finanziario e finanziamento disponibile che sicuramente qualche problema significativo di sotto-finanziamento si registrerà, se non si recuperano ulteriori finanziamenti a partire dal 2027. Il rischio potrebbe essere quello di strutture senza una quantità di personale adeguata per farle funzionare efficacemente.

La buona notizia invece è che mentre il PNRR prevede che tutto il personale necessario sarebbe stato attivato quando tutti gli Ospedali di Comunità sarebbero diventati operativi a pieno titolo e quindi nel 2027, il Governo invece comincia a finanziare le spese per il personale in modo graduale e crescente (Cfr. Tab. 5) sin dal 2024 per cui viene promosso un avvio graduale e crescente degli Ospedali di Comunità a partire da quell'anno.

Le Regioni

Il PNRR ha imposto alle regioni di decidere in tempi relativamente brevi la collocazione dei nuovi Ospedali di Comunità. Gli OdC, con i nuovi criteri territoriali che li prevedono ogni 100.000 abitanti sono strutture di base che devono essere presenti in ogni distretto sanitario. La speranza è che le regioni abbiano deciso la collocazione dei nuovi Ospedali di Comunità tenendo conto di quelli già esistenti e funzionanti in modo tale da distribuire le risorse in modo equilibrato e dare a tutti i cittadini le medesime opportunità di cura. I primi dati ci dicono che non dappertutto i posti letto degli OdC sono stati distribuiti in modo equilibrato. Occorre rammentare che nel decennio scorso gli Ospedali di Comunità sono stati attivati a seguito della riconversione dei piccoli ospedali e non in base ad un disegno territoriale strategico ed omogeneo. La collocazione dei nuovi OdC finanziati dal PNRR costituisce l'occasione per riequilibrare in modo ragionato la distribuzione delle risorse. Speriamo che si sia colta questa occasione.

Il passaggio successivo a carico delle regioni sarà quello del recepimento del D.M.S. n. 77/2022. Negli ultimi anni la maggioranza delle

regioni ha approvato una propria regolamentazione degli Ospedali di Comunità, chiamandoli con i nomi più diversi e prevedendo una loro organizzazione assai diversificata fra una regione e l'altra.

C'è quindi la necessità di adeguare le normative attuali e questa può essere l'occasione per le regioni di arrivare ad una regolazione molto più omogenea rispetto al passato. In altre situazioni le regioni hanno impiegato anni a recepire le normative approvate in Conferenza Stato-Regioni. La sfida di oggi è invece quella di provvedere in pochi mesi e senza le clamorose difformità del passato. Sarebbe un bel segnale.

Stanze da 4 letti

Appare ingiustificabile l'idea⁹ di realizzare stanze di degenza anche di 4 posti letto. Lo standard individuato è in contraddizione con le tendenze internazionali in materia e crea le condizioni per una bassa qualità della degenza che, in queste strutture, può durare diverse settimane ed eccezionalmente anche mesi. In tutta Europa non si costruiscono più stanze di degenza con 4 letti e sarebbe un bel passo indietro per l'Italia e per la qualità dell'assistenza adottare queste indicazioni ampiamente superate. Vorrebbe dire non tener in alcuna considerazione le necessità dei malati, spesso anziani, che andranno ad utilizzare gli OdC.

⁹ Contenuta nell'Atto n. 17/CSR del 20 febbraio 2020 della Conferenza Stato-Regioni richiamata dal D.M. S. n. 77/2022 e prevista anche negli allegati del PNRR.

Bibliografia

- Agenas (2011), *Il piano di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria nelle regioni in piano di rientro*, Monitor, n. 27.
- Banchieri G., Dal Maso M., De Luca A., Ronchetti M. (2022), *Come dovrebbero operare gli Ospedali di Comunità*, Quotidiano Sanità, 12 gennaio: www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=101345
- Barbabella F., Poli A., Chiatti C., Pelliccia L., Pesaresi F. (2017), *La bussola di NNA: lo stato dell'arte basato sui dati*, in Network non Autosufficienza (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – 6° Rapporto 2017/2018 - Il tempo delle risposte*, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna (RN), 2017.
- www.luoghicura.it/wp-content/uploads/2017/12/NNA_2017_6%C2%B0_Rapporto.pdf
- Camera dei Deputati (2021), *Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale*, 1 marzo 2021. http://documenti.camera.it/leg18/dossier/pdf/AS0207.pdf?_1621701016559
- Chiatti C., Barbabella F., Masera F. (2013), *Gli standard ed i requisiti di qualità nei servizi di assistenza residenziale*, in N.N.A. (a cura di) *L'assistenza agli anziani non autosuffi-*

cienti in Italia – 4° rapporto, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna (RN).

- Conferenza Stato-Regioni, Atto n. 17/CSR del 20 febbraio 2020: *Intesa, “sui requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell’Ospedale di Comunità”*.
- Conferenza Stato-Regioni, Atto n. 160/CSR del 15 settembre 2016, Intesa concernente: “*Piano nazionale della cronicità*”:
- www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf
- Conferenza Stato-Regioni, Atto n. 135/CSR del 30 ottobre 2014, intesa concernente: “*Piano nazionale demenze*”.
- Conferenza Stato-Regioni, Atto n. 82/CSR del 10 luglio 2014, Intesa concernente: “*Patto per la salute 2014-2016*”.
- Consiglio dei Ministri, *Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)*, 2021: www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR_0.pdf
- Consiglio dei Ministri: documentazione del Governo inviata all’UE a corredo del PNRR.
- Decreto Ministero della Salute del 23/5/2022, n. 77: “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale”:
<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/06/22/22G00085/sg>

- Decreto Ministro Salute 20/1/2022: www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_5807_0_file.pdf
- Decreto Ministeriale Salute 2 aprile 2015 n. 70: “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”.
- Decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 2006: “Approvazione del “Piano sanitario nazionale 2006-2008””: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1205_allegato.pdf
- Fattore G., Meda F., Meregaglia M., *Gli ospedali di comunità in Italia: passato, presente e futuro*, a cura di Cergas Boccioni, Rapporto OASI 2021, Egea editore, Milano, 2021: https://cergas.unibocconi.eu/sites/default/files/media/attach/Capito-lo%202014%20Rapporto%20OASI%202021.pdf?zTxHl_csrKA_KsXPQyrPiid9gLvC8W_Ck=
- Ires Veneto (2021), *Integrazione organizzativa e integrazione dei servizi socio-sanitari nella regione Veneto*. <https://iresveneto.it/integrazione-organizzativa-e-integrazione-dei-servizi-socio-sanitari-nella-regione-veneto/>
- L. 30/12/2021, n. 234: “Bilancio di previsione dello Stato per l’anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024”.
- Ministero della Salute, Decreto 2 aprile 2015, n. 70: *Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera*.
- Pesaresi F. (2022), *Ospedali di Comunità e PNRR nelle Marche*, Blog Franco Pesaresi Welfare, 1 aprile. <https://francopesaresi.blogspot.com/2022/04/ospedali-di-comunita-e-pnrr-nelle.html>
- Pesaresi F. (2021), *Gli ospedali di comunità nel PNRR, Grande sviluppo e qualche problema*, Welforum, 24 giugno. <https://welforum.it/il-punto/verso-un-welfare-piu-forte-ma>

[davvero-coeso-e-comunitario/gli-ospedali-di-comunita-nel-pnrr/](#)

- Pesaresi F. (2019a), *Le tariffe delle Residenze sanitarie assistenziali*, I luoghi della cura, 12 settembre. www.luoghicura.it/dati-e-tendenze/2019/09/le-tariffe-delle-residenze-sanitarie-assistenziali/
- Pesaresi F. (2019b), *Modelli regionali di strutture di cure intermedie a confronto*, in Banchieri G., Colavita F., Massaro G., (a cura di) *Ospedali di comunità, case della salute e cure primarie: esperienze regionali e confronti*, Edizioni Joelle.
- Pesaresi F. (2017), *Le cure intermedie*, in Network non Autosufficienza (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – 6° Rapporto 2017/2018 - Il tempo delle risposte*, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna (RN):www.luoghicura.it/wp-content/uploads/2017/12/NNA_2017_6%C2%B0_Rapporto.pdf
- Pesaresi F. (2019), *Le tariffe delle Residenze sanitarie assistenziali*, I luoghi della cura, 12 settembre. www.luoghicura.it/dati-e-tendenze/2019/09/le-tariffe-delle-residenze-sanitarie-assistenziali/
- Pesaresi F., (2016), *Quanto costa l’RSA*, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna (RN).
- Pesaresi F., (2014), *Specificità, contenuti operativi e risultati attesi dei reparti di post-acuzie e di cure intermedie*, in Brizioli E., Trabucchi M. (a cura di) *Il cittadino non autosufficiente e l’ospedale*, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna (RN).
- Pesaresi F., Simoncelli M. (2002), *La riabilitazione ospedaliera e la lungodegenza post-acuzie in Italia*, Franco Angeli Editore, Milano.
- Regione Puglia, DGR n. 333 del 10/3/2020: “*Approvazione documento ‘La riorganizzazione della rete di assistenza territoriale della Regione Puglia’*”.

- Regione Toscana, DGR n. 818 del 29/6/2020: “Setting di cure intermedie residenziali: indicazioni alle aziende sanitarie”.

6. IL DIMENSIONAMENTO DEGLI OSPEDALI DI COMUNITA'

Per accompagnare il percorso realizzativo del PNRR, l'Agenas (Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali) ha deciso di elaborare una serie di "Quaderni" che forniscono una serie di indicazioni progettuali che aiutino ed omogeneizzino le diverse strutture da realizzare in tutto il territorio nazionale.

Uno di questi recentissimi (2022) "Quaderni" dell'Agenas è dedicato agli Ospedali di comunità (OdC) e presenta un "Documento di indirizzo per il metaprogetto" delle strutture stesse. A questo proposito l'Agenas ha coinvolto il "Dipartimento di architettura, ingegneria delle costruzioni e ambiente costruito" del Politecnico di Milano che ha provveduto alla stesura del documento in stretta collaborazione con l'Agenas.

Il documento è ricco ma io qui mi soffermo solo sul dimensionamento complessivo degli ospedali di comunità.

Il dimensionamento degli OdC secondo l'Agenas

Il dimensionamento dell'OdC deriva dalla tipologia organizzativa, ad esempio se collocato all'interno di edificio esistente o di una Casa della Comunità, e dal numero di posti letto. Pertanto, esso sarà variabile a seconda delle risultanze delle indagini preliminari alla progettazione a scala territoriale e locale, anche secondo le indicazioni che le diverse regioni predisporranno.

Inoltre i dimensionamenti, che corrispondono ai valori minimi individuati, possono variare in relazione ad una serie di fattori dovuti alla tipologia edilizia (monoblocco, a corte, torre, ecc.) e distributiva (corpo doppio, triplo o quintuplo). Per esempio se si tratta di interventi su edifici esistenti, si deve supporre che tali riferimenti dimensionali debbano essere necessariamente adattati alla tipologia edilizia con un probabile incremento delle superfici utili necessarie; se si tratta di progetti che si inseriscono all'interno di poli e/o edifici sanitari, alcuni servizi generali e aree logistiche possono essere in condivisio-

ne con gli altri servizi sanitari e quindi la superficie lorda di pavimento potrebbe ridursi (Vedi tabella successiva).

Tabella con l'elenco delle Macro-Aree e Aree funzionali considerate obbligatorie e facoltative per l'OdC

Unità Funzionali dell'OdC		Indicazioni OdC	
MACROAREA	AREE FUNZIONALI		METAPROGETTO
DEGENZA	AREA DEGENZA		
	Servizio di degenza low-care	AREA DEGENZA	Obbligatorio
SERVIZI GENERALI E LOGISTICI	AREA SERVIZI GENERALI		
	Servizi di accoglienza per gli utenti e il personale sanitario	ACCOGLIENZA UTENTI	Obbligatorio ma può essere in condivisione
		ACCOGLIENZA PERSONALE	Obbligatorio ma può essere in condivisione
	AREA SERVIZI LOGISTICI		
	Servizi logistici per il funzionamento della struttura sanitaria	MAGAZZINI - DEPOSITI	Obbligatorio ma può essere in condivisione
		ISOLA ECOLOGICA	Obbligatorio ma può essere in condivisione
		AREA PULIZIA	Obbligatorio ma può essere in condivisione
		CUCINA	Facoltativo
		LAVANDERIA	Facoltativo
	AREE LOCALI TECNICI		
CT, Centrali gas, collegamenti impiantistici, sotto-centrali, ecc.	LOCALI TECNICI e CENTRALE TECNOLOGICA, UTA, ecc.	Obbligatorio ma può essere in condivisione	

Fonte: Agenas, 2022.

Comunque, in sintesi, secondo l'Agenas, in base alle indicazioni fornite dal DMS 77/2022, il dimensionamento medio di un OdC di 20

posti letto dovrebbe indicativamente attestarsi intorno 1.000 mq., come indicato nella tab. 6.2.

Tab. 6.2 – Dimensionamento medio degli Ospedali di Comunità con 20 posti letto

DIMENSIONAMENTO	OSPEDALI DI COMUNITA' (20 p.l.)
Superficie lorda di pavimento (SLP)	1.000 mq. circa

Fonte: Quaderni monitor Agenas (2022)

In generale, per SLP si intende la Superficie Lorda di Pavimento di tutti gli spazi dell'OdC e quindi relativi:

- alle degenze;
- agli spazi pubblici: un'area comune di attesa per utenti (pazienti diurni e caregiver) e i servizi igienici per il pubblico suddivisi per genere;
- ai servizi annessi e di supporto per lo svolgimento dell'attività sanitaria e non;
- alla distribuzione dei percorsi.

Per il dimensionamento minimo dei locali si rimanda ai riferimenti di accreditamento regionale e al DPR 14/01/1997.

Nell'OdC, si possono individuare gli spazi dedicati all'area sanitaria e ai servizi generali e logistici, organizzati in termini dimensionali percentuali come indicato nella tabella 6.3, rispetto alle diverse tipologie di edificio in cui si insediano.

Con riferimento all'Intesa Stato-Regioni sui Requisiti Minimi generali, strutturali e tecnologici specifici, organizzativi e standard minimi clinico-assistenziale si evince che l'OdC deve essere dotato di Camere Singole e da 2 a 4 posti letto. Tuttavia, vista la specifica categoria di utenti fragili e le criticità delle camere quaduple messe in luce dalla pandemia da COVID-19, si suggerisce di realizzare camere esclusivamente singole e doppie (e non triple e quaduple). (Agenas, 2022).

Tab. 6.3 – Dimensionamenti dell’OdC a seconda della tipologia di intervento

OdC	Metri de- genza	Metri servizi generali e logi- stici	Totale
OdC in presidio auto- nomo*	65%	35%	100%
OdC localizzato all’interno di un edificio sanitario**	100%	0%	100%

Note: Le superfici relative ai connettivi (percorsi orizzontali e verticali) sono compresi nelle singole percentuali suggerite, che potrebbero stimarsi indicativamente tra il 10 e 15% dell’intero edificio. * Per OdC in presidio autonomo si intende un OdC all’interno di un edificio esistente o di nuova realizzazione. ** Per OdC localizzato all’interno di un edificio sanitario si intende una OdC all’interno di un edificio esistente oppure di una struttura di nuova costruzione con funzione sanitaria, sociosanitaria o CdC, che può condividere i servizi logistici e tecnologici, spazi di accoglienza per il pubblico e per il personale, ecc. con il presidio esistente. Fonte: Agenas (2022).

Questi standard indicativi sono arrivati tardi rispetto alle decisioni prese dalle Regioni per cui è probabile che in qualche realtà gli ospedali di comunità progettati abbiano dimensioni molto lontane da quelle suggerite dall’Agenas. La verifica effettuata (qui di seguito) con gli Ospedali di Comunità previsti dalla Regione Marche lo ha confermato.

Il dimensionamento degli OdC delle Marche

Ricapitoliamo. L’Agenas, in collaborazione con il Politecnico di Milano, afferma che la dimensione media di Ospedale di Comunità di 20 posti letto è di circa 1.000 mq..

Nelle Marche, rispetto a questi standard indicativi nazionali gli Ospedali di comunità di Cagli ed Ascoli Piceno non hanno problemi. Le strutture di Mombaroccio (tenendo conto dei 40 posti letto), Treia e Corridonia (tenendo conto dei 40 p.l.), invece, appaiono come troppo piccole rispetto agli standard indicativi nazionali. Ad un livel-

lo intermedio si collocano invece gli OdC di Jesi (con 40 p.l.) e di San Benedetto del Tronto che appaiono un poco al di sotto degli standard nazionali ma probabilmente in grado di garantire una sufficiente funzionalità (Cfr. Tab. 6.4).

In sostanza sono stati progettati tre Ospedali di comunità con un dimensionamento che potrebbe essere inadeguato ad ospitare tutti gli spazi necessari.

Tab. 6.4 – Regione Marche. Gli interventi per gli Ospedali di comunità finanziati dal PNRR

Luogo	PNRR finanziamento mln	Tipologia intervento	mq	p.l.
Mombaroccio	3,6	Terreno comunale in via Villagrande snc	1.300	40
Cagli	6,289	Nuova struttura in area di proprietà privata da espropriare via Meucci (Anche CdC)	2.400	40
Jesi	5,689	Nuova struttura Via Aldo Moro snc	1.659	40 (stimati)
Chiaravalle	0,2	Ristrutturazione esistente via F.lli Rosselli 176	200	20
Loreto	0,2	Ristrutturazione esistente OdC Via S. Francesco 1	200	?
Treia	0,8	Ristrutturazione esistente Via Leopardi 2	540	20
Corridonia	1,7	Nuova struttura. Ristrutturazione edificio di proprietà Asur viale Italia 14	1.030	40
S.Benedetto Del Tronto	2,0	Nuova struttura. In area comunale	840	20

		Via Sgattoni (anche sede di CdC)		
Ascoli Piceno	2,7	Nuova struttura. Ampliamento ex sanatorio Luciani (anche sede RSA), Via Zeppelle 84	1.650	20
TOTALE	23.178.981	6 nuovi OdC e 3 ristrutturazioni di OdC		

Fonte: DGR 114/2022; DGR 271/2022; DGR 656/2022; D.D. Asur 123/2022

Le dimensioni molto più ridotte rispetto agli standard nazionali comportano l'elevatissimo rischio di ridimensionamento delle strutture o di non poter ospitare tutti gli spazi e i servizi previsti dalla normativa sottraendo così ai ricoverati e agli operatori la necessaria qualità della degenza e dell'assistenza. In questi casi, sarebbe opportuno, anche in corso d'opera, apportare i correttivi necessari.

Bibliografia

- ASUR Marche, Determina del Direttore Generale n. 123 del 24/2/2022: “DGR Marche n.114/2022. Attuazione del PNRR – Missione M6C1 – Identificazione dei siti idonei. Approvazione schede Agenas”.
- Agenas e Dipartimento di architettura, ingegneria delle costruzioni e ambiente costruito del Politecnico di Milano, Documento di indirizzo per il metaprogetto dell’ospedale di comunità, Quaderni di Monitor – Agenas, 2022: https://www.agenas.gov.it/images/agenas/monitor/quaderno/pdf/Quaderni_Monitor_Ospedale_Comunit%C3%A0_stampa.pdf
- Pesaresi F., Il PNRR “Missione salute” nelle Marche , Blog “Franco Pesaresi Welfare”, 13/12/2022: <https://francopesaresi.blogspot.com/2022/12/ebook-il-pnrr-missione-salute-nelle.html>
- Regione Marche, DGR n. 656 del 30/5/2022 “Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione M6componenti 1 e 2: Aggiornamento dell’elenco degli interventi di cui alla delibera 271 del 14/3/2022 e approvazione del Piano operativo regionale”. Regione Marche, DGR n. 656 del 30/5/2022 “*Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione M6componenti 1 e 2: Aggiornamento dell’elenco degli interventi di cui alla delibera 271 del 14/3/2022 e approvazione del Piano operativo regionale*”.
- Regione Marche, DGR n. 114 del 14/2/2022 “*Attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione M6C1: Reti di prossimità. Strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale – definizione del quadro programmatico dei sub-interventi 1.1 “Case della Comunità e presa incarico della persona”, 1.2.2 “COT, interconnessione aziendale, device” e 1.3 “Rafforzamento dell’assistenza sanitaria in-*

termedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)". Identificazione dei siti idonei". (21/12/2022).

7. LE CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI (COT): COME SARANNO

7.1. IL PERCORSO NORMATIVO DELLE CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI

Le Centrali operative territoriali si sono sviluppate da quasi dieci anni¹⁰ in alcune regioni italiane (Veneto, Toscana, Lazio, Sicilia, Lombardia, Umbria, ecc.) in assenza di un quadro normativo nazionale e quindi con caratteristiche, diffusione e funzioni molto diverse. Attualmente l'attivazione di modelli organizzativi riconducibili a quello delle Centrali Operative Territoriali risulta pertanto frammentata e incompleta su tutto il territorio nazionale e anche all'interno delle stesse regioni, in cui le Aziende hanno proceduto con modalità e tempi diversi (Cfr. Tab.7.1).

Tab. 7.1 – Le esperienze regionali relative alle centrali operative territoriali

REGIONE	Denominazione	Collocazione	Funzioni
Basilicata	Centrale operativa per le dimissioni protette. 2017	AOR San Carlo di Potenza e Azienda sanitaria Potenza	Gestire tramite un cruscotto preliminarmente istituito e condiviso le dimissioni protette
Calabria	Centrale operativa territoriale	Aziende sanitarie provinciali	Assistenza ai casi Covid-19 raccogliendo i vari soggetti.
Lazio	Centrale operativa aziendale Centrale di continuità ospedale-territorio	ASL Roma 1 ASL Latina	Gestisce il flusso dei pazienti covid-19 (ASL Roma 1) Favorisce il coordinamento tra il setting ospedaliero e il

¹⁰ Anche se le primissime esperienze sono di quindici anni fa.

			territorio
Piemonte	Centrale operativa di continuità assistenziale	ASL Alessandria	coordina la presa in carico dei pazienti da un setting ospedaliero a quello territoriale
Puglia	Centrale operativa regionale per la telemedicina delle cronicità e delle reti cliniche. DGR 1088/2020	Asl Foggia e ASL Bari	Sorveglianza dei pazienti Covid-19 domiciliati
Sardegna	Centrale operativa regionale sanitaria	Regionale	Coordinamento attività sanitarie e sociosanitarie legate al Covid-19
Sicilia	Centrale teleCovid-19	regionale	Supporto alla presa in carico dei pazienti Covid-19 domiciliati
Toscana	Agenzia di continuità ospedale territorio (ACOT). DGR 1010/2008 e DGR 679/2016	ASL	Strumento operativo di governo dei percorsi ospedale-territorio
Trento P.A.	Centrale territoriale	Provincia Trento	Gestione pazienti Covid-19
Umbria	Centrale operativa territoriale. 2017	USL Umbria 1	Gestione transizione utenti da un luogo di cura all'altro.
Veneto	Centrale operativa territoriale. (Piano socio sanitario 2012-2016)	In ogni ULSS	Integrazione ospedale-territorio. Coordinamento della transizione dei pazienti dall'ospedale agli altri setting territoriali.

Fonte: ns. elaborazione dati tratti da Enrichens, 2022, Ferrara et al., 2021.

Le primissime centrali operative sono nate una decina di anni fa circa nelle regioni Toscana e Veneto a cui sono poi seguite centrali operative nelle regioni Basilicata, Piemonte e Umbria dopo il 2017. Queste Centrali operative hanno l'obiettivo di gestire la continuità assistenziale dei pazienti che passano dall'ospedale ad altri setting territoriali, spesso con specifico riferimento alle dimissioni protette.

Ad introdurre formalmente le centrali operative territoriali (COT) nell'organizzazione del Servizio sanitario nazionale è stato l'art. 1 comma 8 del D.L. 19/05/2020, n. 34¹¹ che testualmente recita: "Per garantire il coordinamento delle attività sanitarie e socio-sanitarie territoriali, così come implementate nei piani regionali, le regioni e le province autonome provvedono all'attivazione di **centrali operative regionali**, che svolgano le funzioni in raccordo con tutti i servizi e con il sistema di emergenza-urgenza, anche mediante strumenti informativi e di telemedicina". All'epoca si era nella fase più intensa della pandemia da Covid-19 e le Centrali operative, finanziate dallo stesso art. 1, dovevano servire a rafforzare l'offerta sanitaria e socio-sanitaria territoriale, necessaria a fronteggiare l'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del COVID-19 con l'obiettivo di implementare e rafforzare un solido sistema di accertamento diagnostico, monitoraggio e sorveglianza della circolazione del COVID-19, oltre ad assicurare una presa in carico precoce dei pazienti contagiati, dei pazienti in isolamento domiciliare obbligatorio, dimessi o paucisintomatici non ricoverati e dei pazienti in isolamento fiduciario.

In seguito all'approvazione del D.L. 34/2020, alcune regioni (Calabria, Lazio, Puglia, Sardegna, Sicilia, Trento), durante l'emergenza epidemiologica, hanno attivato un modello organizzativo di COT per lo più dedicato alla gestione dell'assistenza dei casi Covid 19 (Enrichens, 2022) che comunque si è diffuso solo in alcune aziende sanitarie.

Successivamente, nel 2021, il Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), nell'ambito degli investimenti previsti per il potenziamento delle cure domiciliare prevede l'attivazione di 600 Centrali COT, una in ogni distretto, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari

¹¹ Recante "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19".

con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza. Per la creazione delle COT viene prevista una spesa di 280 milioni di euro soprattutto per l'interconnessione tecnologica. Le Centrali Operative Territoriali (COT) saranno dotate dei mezzi tecnologici per garantire il controllo remoto dei dispositivi di telemedicina forniti ai pazienti, sosterrà lo scambio di informazioni tra gli operatori sanitari coinvolti nella cura, costituirà un punto di riferimento per i caregiver, sia per la formazione alla cura che per la sua attuazione, e fungerà da punto di riferimento in caso di ulteriori necessità assistenziali del paziente.

Il vero punto di riferimento però è costituito dal recente Decreto Ministero Salute n. 77/2022 relativo ai "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale" che definisce il nuovo servizio e ne stabilisce i requisiti.

Il quadro normativo si esaurisce in questi riferimenti anche se può risultare utile segnalare la pubblicazione di un Quaderno (supplemento della rivista "Monitor") dell'Agenas (2022) dedicato a tutte le Centrali Operative che fornisce utili elementi di contesto ed una serie di indicazioni utili per la creazione e il funzionamento di tutte le diverse Centrali operative sanitarie, comprese le Centrali operative territoriali (COT).

7.2. LE CARATTERISTICHE DELLA CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE

La Centrale Operativa Territoriale (COT) è un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.

Il Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77 fornisce una serie di indicazioni strutturali, tecnologiche ed organizzative sulle COT alcune delle quali hanno valore descrittivo mentre altre hanno valore prescrittivo. Le indicazioni di tipo prescrittivo (contenute nell'allegato 2 del Decreto) costituiscono dei requisiti minimi obbli-

gatori per il funzionamento delle COT e sono evidenziate (con una apposita dicitura fra parentesi) nel presente testo.

Standard:

- 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore (standard prescrittivo);

L'obiettivo della COT è quello di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria.

La COT assolve al suo ruolo di raccordo tra i vari servizi attraverso funzioni distinte e specifiche, seppur tra loro interdipendenti:

- coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali (transizione tra i diversi setting: ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere, ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o dimissione domiciliare);
- coordinamento/ottimizzazione degli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale;
- tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro;
- supporto informativo e logistico, ai professionisti della rete assistenziale (MMG, PLS, MCA, IFeC ecc.), riguardo le attività e servizi distrettuali;
- raccolta, gestione e monitoraggio, anche attraverso strumenti di telemedicina, dei percorsi integrati di cronicità (PIC), anche attraverso strumenti di telemedicina, dei pazienti in assistenza domiciliare e gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona, (telemedicina, teleassistenza, strumenti di e-health, ecc.), utilizzata operativamente dalle Case della Comunità (CdC) e dagli altri servizi afferenti al Distretto, al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno.

Tutti gli attori del sistema, personale distrettuale e ospedaliero, possono richiedere l'intervento della

COT, ovvero: MMG, PLS e medici di continuità assistenziale, medici specialisti ambulatoriali interni, e altri professionisti sanitari presenti nei servizi aziendali e distrettuali nonché personale delle strutture di ricovero intermedie, residenziali e semiresidenziali.

La COT deve essere operativa 7 giorni su 7 (standard prescrittivo) e deve essere dotata di infrastrutture tecnologiche ed informatiche quali ad esempio piattaforma comune integrata con i principali applicativi di gestione aziendale, software con accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e ai principali database aziendali, software di registrazione delle chiamate. Al fine di garantire un accesso alla totalità dei servizi disponibili sul territorio, nonché affrontare situazioni complesse o di emergenza, è fondamentale che la COT, a livello regionale, usufruisca di un sistema informativo condiviso e interconnesso con la Centrale Operativa Regionale 116117.

La COT è un servizio a valenza distrettuale.

Il personale delle COT

Lo Standard di personale di una COT per 100.000 abitanti: 1 coordinatore infermieristico, 3-5 Infermieri, 1-2 unità di Personale di Supporto (standard prescrittivo).

La responsabilità del funzionamento della COT, della gestione e del coordinamento del personale è affidata ad un coordinatore aziendale infermieristico (Decreto M.S. 77/2022) di cui alla L. n. 251/2000, adeguatamente formato e preferibilmente che abbia conseguito la laurea magistrale (Martini L, 2022).

Per svolgere le attività sopra citate, ivi incluse quella di integrazione ospedale-territorio che necessitano di una valutazione multidimensionale, le COT prevedono **l'interazione di figure** professionali diverse: Infermiere case manager, Medico, Assistente sociale per la valutazione dei pazienti con bisogni sociali più o meno complessi, la cui valutazione è determinante ai fini della scelta del setting di destinazione, così come di personale amministrativo.

La composizione e la numerosità del team all'interno delle COT dovrebbe tener conto delle funzioni previste e del bacino di utenza.

Come previsto dal “Decreto rilancio” convertito con la Legge n. 77/20, sono gli Infermieri di Famiglia e di Comunità (IFeC) le figure basilari per potenziare le cure domiciliari e per continuare a fare fronte all'emergenza pandemia. Tale figura fortemente orientata alla gestione proattiva della salute, in prospettiva opererà rispondendo ai bisogni di salute della popolazione di uno specifico ambito territoriale e comunitario di riferimento, favorendo l'integrazione sanitaria e sociale dei servizi. L'intervento dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità si esprime al livello comunitario, oltreché individuale e familiare, attraverso azioni rivolte alle comunità, all'interno di una rete di relazioni e connessioni formali e informali, in cui il problema trova soluzione perché vengono modificate le relazioni che lo hanno generato. L'IFeC interagisce con tutte le risorse presenti nella comunità sotto forma di volontariato, associazioni, parrocchie, vicinato, famiglie disponibili a dare aiuto a coloro che si trovano temporaneamente in una situazione di fragilità e contribuisce a supportare la rete del welfare di comunità. L'IFeC svolge attività trasversali di implementazione dell'integrazione con l'obiettivo di favorire l'attivazione e l'integrazione tra i vari operatori sanitari e sociali e le possibili risorse formali e informali presenti sul territorio utili a risolvere problematiche inerenti ai bisogni di salute, così si spiega la sua presenza all'interno delle COT. Per cui il personale infermieristico che presta la propria opera all'interno delle COT è costituito da IFeC (Enrichens, 2022).

La Formazione degli operatori di una Centrale Operativa

Le indicazioni dell'Agenas sulla formazione degli operatori delle COT sono di tipo generale e valide per tutte le diverse tipologie di Centrali operative (118, CO NEA 116117, COT) per cui i contenuti specifici dovranno essere stabiliti e calati nelle singole realtà organizzative.

I programmi di formazione degli operatori per le diverse Centrali Operative sono definiti in base a specifiche variabili che dipendono dal modello organizzativo, dalle attività previste e in modo particolare dal fatto che si tratti di operatori laici o professionisti sanitari.

Tali programmi dovranno essere riferiti, in particolare, alle seguenti aree di conoscenze e competenze:

- organizzazione socio-sanitaria;
- gestione di protocolli decisionali elaborati dalla Centrale Operativa per la gestione delle chiamate;
- coordinamento con gli altri servizi pubblici (es. 118, Distretti, Casa della Comunità);
- gestione degli strumenti informatici, di fonia, applicativi ed orografici;
- tecniche di comunicazione efficace con l'utenza.

Inoltre, particolare rilevanza assumerà la formazione legata agli aspetti del time management, alla gestione dei team e dei flussi comunicativi.

La gestione degli aspetti comunicativi-relazionali assume infatti gioco-forza un ruolo fondamentale, in quanto il servizio offerto dalle centrali è per sua natura legato alla ricezione di una serie di informazioni veicolate da diversi mezzi, provenienti da diverse fonti e destinate a diversi target, che devono essere correttamente acquisite, catalogate, interpretate, rielaborate, reindirizzate e spesso restituite in termini di comunicazione esterna.

L'organizzazione di percorsi formativi dovrà altresì prevedere momenti interdisciplinari, in particolare tra operatori della CO NEA 116117, delle COT, MMG, PLS, medici della CA e dei distretti, 118 oltre che con il sistema del NUE 112.

Si può pertanto ipotizzare di pianificare una formazione con carattere modulare e scalabile trasversale di base comune a tutti i profili e tipologie di centrali, che preveda poi moduli aggiuntivi legati sia alle singole professionalità sia alle specificità dei modelli organizzativi che, in una logica di life long learning, potrà essere mantenuta periodicamente mediante edizioni di refresh di quanto acquisito nel corso delle precedenti edizioni (Martini L., 2022).

7.3. I RAPPORTI CON GLI ALTRI SERVIZI

Le COT per l'esercizio delle loro funzioni hanno la necessità di rapportarsi con una moltitudine di soggetti e servizi che vanno

dall'ospedale ai servizi territoriali. In questo paragrafo si approfondiscono le relazioni della COT con alcuni di questi servizi.

I rapporti della COT con la Centrale Operativa NEA 116117

Le Centrali operative territoriali si rapportano con la Centrale Operativa NEA 116117.

Il numero 116117 (NEA), unico a livello nazionale ed europeo, ha la funzione di facilitare l'accesso della popolazione alle cure mediche non urgenti (per esempio continuità assistenziale) e ad altri servizi sanitari territoriali a bassa intensità/priorità di cura, raccordandosi anche con il servizio di continuità assistenziale e di emergenza urgenza, con le **Centrali Operative Territoriali** e con altri servizi previsti da ciascuna Regione o Provincia Autonoma.

La Centrale Operativa NEA 116117 (CO 116117) offre un servizio diretto, per un bacino di utenza non inferiore a 1-2 milioni di abitanti, anche se la dimensione regionale deve essere considerata come quella minima, fatti salvi accordi di prossimità e la istituzione di centrali interregionali. Il servizio è aperto, gratuito e attivo h24 7/7 giorni, e permette alla popolazione di entrare in contatto con un operatore, sanitario o tecnico-amministrativo opportunamente formato, che possa fornire assistenza, direttamente o attraverso il trasferimento di chiamata al servizio competente, a valenza sociosanitaria (Decreto M.S. 77/2022).

Il rapporto della COT con la CdC

La Casa della Comunità (CdC), 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 dei professionisti che svolgono la loro attività anche nelle forme associative che hanno sede fisica all'interno della CdC e quelle che vi sono funzionalmente collegate;
- Rete inter-CdC: costituita dalla messa in rete tra CdC hub e CdC spoke al fine di contemperare le esigenze di capillarità erogativa e di prossimità con la necessità di raggiungere una massa critica per alcuni servizi a maggiore intensità specialistica e tecnologica, sia per poter rispondere in modo flessibile ai diversi contesti geo-

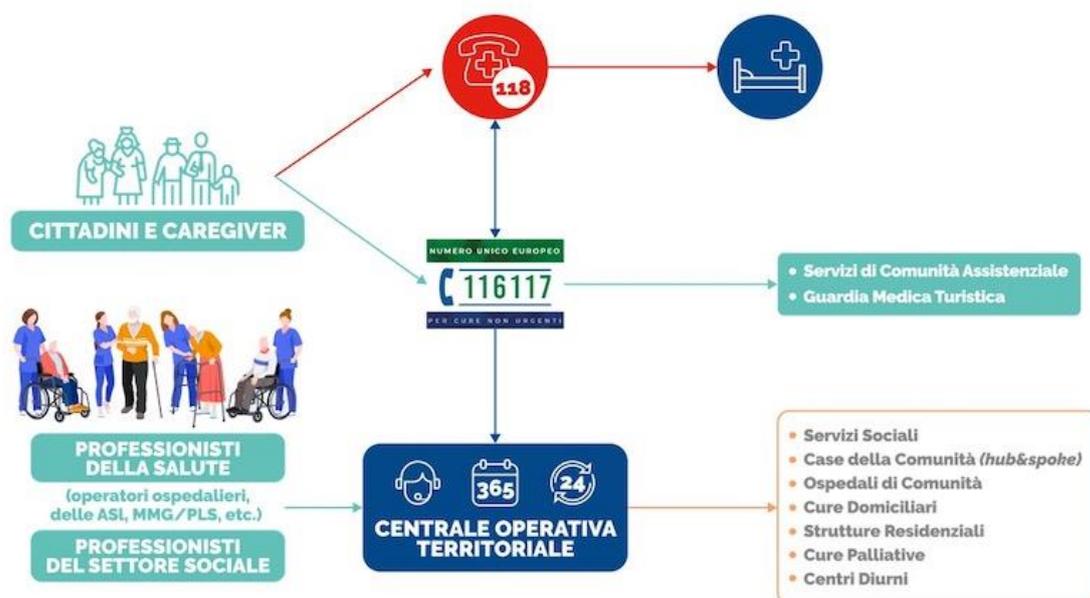
grafici caratterizzati da differente densità abitativa e livelli di presenza attiva dei MMG nelle strutture ambulatoriali delle CdC;

- Rete territoriale: la CdC è messa in rete con gli altri settori assistenziali territoriali, quali assistenza domiciliare, ospedali di comunità, hospice e rete delle cure palliative, RSA e altre forme di strutture intermedie e servizi;
- Rete territoriale integrata: la CdC è in rete con l'attività ospedaliera, anche grazie all'ausilio di piattaforme informatiche, in particolare quella specialistica ambulatoriale o di day service svolta in questo contesto. Questo può avvenire nella doppia direzione di invio di pazienti selezionati dalla CdC, per fasi di processi assistenziali e stadi di patologia che richiedono prestazioni ospedaliere e/o ambulatoriali specialistiche. Tale forma di integrazione e coordinamento ha una maggiore valenza soprattutto in merito alla gestione comune dei malati cronici più complessi e ad alto grado di instabilità, che sono soggetti a frequenti ricoveri.

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 (Decreto M.S. 77/2022).

Fig. 7.1 – Le relazioni funzionali delle Centrali operative territoriali

1.2.2



5

Fonte: Agenas

I rapporti con il servizio dell'ADI

Il servizio di Assistenza Domiciliare costituisce una delle articolazioni distrettuali con cui la **Centrale Operativa Territoriale** si interfaccia e raccorda attraverso piattaforme digitali che facilitino l'inserimento dei dati relativi alle persone prese in carico nel Fascicolo Sanitario Elettronico.

L'integrazione tra professionisti e servizi assicura la necessaria continuità dell'assistenza e deve avvenire per il tramite del Distretto che, attraverso i suoi servizi e professionisti, governa le transizioni degli assistiti tra i diversi setting assistenziali (Decreto M.S. 77/2022).

I rapporti della COT con le cure palliative

La Rete Locale di Cure Palliative (RLCP) è un'aggregazione funzionale integrata delle attività di cure palliative (CP) che 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. (Decreto M.S. 77/2022).

7.4. REQUISITI MINIMI STRUTTURALI, IMPIANTISTICI E TECNOLOGICI DELLE CENTRALI OPERATIVE

Il Decreto Ministro Salute n. 77/2022 fornisce indicazioni sui requisiti minimi prescrittivi (obbligatori) per le COT solamente per i requisiti tecnologici ed organizzativi.

E' stata poi l'Agenas, attraverso la sua rivista "Monitor", a fornire una serie di ulteriori indicazioni che ovviamente non hanno carattere normativo ma che possono costituire un utile punto di riferimento per le regioni che dovranno poi regolare la materia con propria normativa sui requisiti e l'organizzazione delle COT.

7.4. 1. REQUISITI MINIMI STRUTTURALI DI UNA CENTRALE OPERATIVA (118, CO NEA 116117, COT)

Una Centrale Operativa deve rispettare i requisiti di adeguamento al corpus normativo in materia di igiene, sicurezza sismica, prevenzione incendi, sicurezza elettrica, contenimento energetico e abbattimento delle barriere architettoniche.

Deve essere ubicata in un'area a basso rischio idrogeologico e non alluvionale, esterna alle zone/raggi di sicurezza derivanti dai Piani di

Emergenza Esterni delle Industrie a Rischio d'Incidente Rilevante (rif. Direttiva Seveso III).

La viabilità deve essere di facile accesso e deve essere prevista un'area di parcheggio riservata al personale operante in centrale sia in condizioni ordinarie sia di emergenza, con la possibilità di accesso riservato in caso di condivisione della sede con altre aziende sanitarie/enti.

Le Centrali Operative devono prevedere aree di supporto quali:

- la Sala Operativa, area nella quale sono ubicate le postazioni di lavoro;
- uffici direzionali, di segreteria, di amministrazione, di archivio e di deposito dotati di arredi e attrezzature idonei allo svolgimento dell'attività e le cui dimensioni devono essere definiti in funzione dei volumi di attività;
- locali di ristoro e relax del personale, le cui dimensioni dovranno essere correlate alla numerosità del personale;
- locali spogliatoio per il personale, servizi igienici suddivisi per sesso in numero proporzionale al personale che vi afferrisce. Tali servizi devono ricomprendere anche quelli per portatori di disabilità, come da normativa vigente;
- locali tecnici per le installazioni telefoniche, radio e informatiche;
- locale di supporto/stoccaggio per i servizi di manutenzione e pulizie;
- locali riunioni, aree da destinare alla formazione/addestramento del personale idonee anche alla formazione a distanza;
- aree di parcheggio commisurate al personale operante nella Centrale Operativa (Santurri M., 2022).

Esemplificazione degli standard minimi strutturali di una sala operativa tipo e delle relative postazioni di lavoro

La Sala Operativa è l'area che accoglie le postazioni di lavoro, che devono essere pari almeno al numero massimo di operatori presenti per turno. È necessario prevedere delle postazioni di ridondanza pari indicativamente al 30% di quelle ordinarie, per consentire di fronteggiare eventuali necessità temporanee d'incremento di attività o co-

munque per garantire le normali funzioni lavorative in caso di manutenzioni e adeguamenti.

Le postazioni devono essere preferibilmente collocate secondo uno schema ad “isola singola” o “isola multipla”, ossia ubicate singolarmente o in gruppo, mantenendo una distanza l’una dall’altra sufficiente ad impedire che vi possa essere vicendevole interferenza durante l’operatività. Per ogni operatore si considera una superficie non inferiore a 7 mq. Tale valore rispetta quanto prescritto dal punto 1.2 dell’allegato IV al D.lgs. 81/08 in termini di limite minimo di superficie da garantire a ogni lavoratore. Il valore proposto è stato ottenuto tenendo anche conto dell’attuale emergenza pandemica, è necessario definire un’area di sicurezza intorno ad ogni individuo, identificabile in un cerchio di 115 cm di raggio, per garantire un distanziamento fisico accettabile tra due o più postazioni ai fini della prevenzione da contagio. Tale area è composta da un cerchio interno di raggio 15 cm, che indica la testa e i suoi possibili movimenti, ed una corona circolare esterna, di raggio pari a 100 cm aggiuntivi rispetto al cerchio interno, che rappresenta l’area di distanziamento minima. Nel caso di posizione seduta, il centro del cerchio viene fatto coincidere con l’intersezione tra bordo anteriore della scrivania/tavolo ed il piano mediano della sedia. L’area di distanziamento di un individuo è sovrapponibile con quella di un individuo vicino, purché non si sovrappongano i cerchi interni (raggio 115 cm). In questo modo la distanza interpersonale minima di 1 metro viene assicurata. Dato che, per consentire i movimenti, alle spalle della scrivania bisogna avere uno spazio non inferiore a 70 cm, il raggio della circonferenza in questione deve essere maggiorato di 35 cm per un totale di 150 cm.

Per ogni operatore si è, quindi, calcolato una superficie minima della postazione di lavoro di 7 mq (area cerchio: $1,50\text{m} \times 1,50\text{m} \times 3,14(\pi)$) da intendersi al netto dei passaggi laterali di comunicazione per potersi spostare ed evacuare la sala. Il piano di lavoro di ogni postazione deve presentare dimensioni sufficienti per permettere una disposizione flessibile e funzionale alle diverse attrezzature. Una corretta postura sul lavoro da video terminalista prevede che le braccia possano appoggiare comodamente sul piano di lavoro in modo che tra braccio e avambraccio si formi un angolo di almeno 90° , lo stesso per la coscia e la parte inferiore della gamba. Per consentire quindi agli operatori di diversa corporatura di mantenere una postura corret-

ta, sono consigliati arredi ergonomici come tavoli regolabili in altezza e sedie con schienali reclinabili.

L'illuminazione generale e specifica deve garantire un illuminamento sufficiente e un contrasto appropriato tra lo schermo e l'ambiente circostante. Bisogna evitare i riflessi sullo schermo ed eccessivi contrasti di luminanza e abbagliamenti all'operatore, disponendo la postazione di lavoro in funzione dell'ubicazione delle fonti di luce naturale e artificiale (in particolare le postazioni dovrebbero essere posizionate in modo da avere la luce naturale di fianco e utilizzare lampade a griglia antiriflesso o almeno schermate). Occorre tenere conto della posizione di finestre, pareti trasparenti o traslucide, pareti e attrezzature di colore chiaro che possono determinare fenomeni di abbagliamento diretto e/o indiretto e/o riflessi sullo schermo. Le superfici dei locali (soprattutto pareti e pavimento) dovranno presentare una limitata capacità riflettente ed essere di colore tenue ed opaco. La direzione principale dello sguardo dell'operatore deve essere parallela rispetto alle finestre, che devono essere munite di dispositivi di oscuramento regolabile (per es. veneziane o tende di tessuto pesante). L'illuminamento sul piano di lavoro (monitor o tavolo) per la Sala Operativa e gli uffici può essere regolabile e, comunque, fissato tra 300 e 500 lux. Per la lettura delle informazioni direttamente dal monitor sono necessari 300 lux; se invece occorre leggere un documento sono necessari 500 lux (Santurri M., 2022)

Nel paragrafo che segue si riportano i requisiti strutturali minimi specifici previsti per la COT, alternativi o ad integrazione di quelli appena richiamati.

7.4.2. SPECIFICHE MINIME STRUTTURALI PER CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI (COT)

Trattandosi di servizi distrettuali, le postazioni per gli operatori delle COT potrebbero anche non essere allocate in ambienti open space ma in stanze adibite a ufficio.

Essendo, inoltre, le postazioni in numero ridotto (per ogni COT, indicativamente, n. 4 postazioni di lavoro e n. 1 ufficio per il coordinatore) rispetto a quelle previste per le altre centrali operative ed essendo molto ridotto il flusso di telefonate, perché a servizio di bacini di

utenza più piccoli, non si pone il problema di dover necessariamente insonorizzare gli ambienti (Santurri m., 2022).

7.4.3. REQUISITI MINIMI IMPIANTISTICI DI UNA CENTRALE OPERATIVA (118, CO NEA 116117, COT)

Le strutture che ospitano Centrali Operative, la cui ubicazione non presenta vincoli territoriali, devono rispettare i seguenti requisiti minimi impiantistici:

- impianto antincendio rispondente alla normativa vigente in materia; in particolare tutti i sistemi di spegnimento automatico (ad esempio in locali quali CED e magazzini) devono essere realizzati con sistemi sicuri per i lavoratori (aerosol o similari) senza sottrazione di ossigeno;
- impianto elettrico dimensionato secondo le necessità di assorbimento in grado di poter sostenere la contemporaneità di più alimentazioni, con presenza di gruppi di continuità e di gruppo elettrogeno, che assicurino il corretto funzionamento della centrale in ogni sua parte essenziale (sistema informatico, sistema di comunicazione e di sicurezza, apparecchiature e strumentazione, ecc.) sia l'illuminazione d'emergenza e di sicurezza. Per la sicurezza elettrica dell'impianto si rimanda alla norma CEI 64-8 per la sicurezza degli impianti elettrici civili. L'impianto dovrà prevedere tre sezioni:
 - utenze normali:
Cucina, prese di servizio, condizionatori dei locali non essenziali, ascensori. Tali utenze potranno essere alimentate dalla normale rete elettrica fornita dal gestore locale, senza l'utilizzo di sistemi di soccorso.
 - utenze privilegiate:
Luci. Per tali utenze si potrà tollerare una breve interruzione (10 – 15 s) e si dovrà prevedere l'alimentazione mediante un gruppo di soccorso in grado di intervenire in breve tempo.
 - utenze in continuità:
PdL, luci di emergenza, apparati centrali di rete, possibilmente PC di ufficio. In questi casi l'alimentazione non dovrà mai mancare e sarà indispensabile un gruppo di continuità (UPS)

che veda a monte la presenza di un gruppo elettrogeno, che intervenga comunque ad assicurare la permanenza dell'alimentazione oltre l'autonomia dell'UPS.

- impianto idrotermosanitario, nonché impianto di condizionamento e climatizzazione tale da garantire le condizioni di comfort termo-igrometrico richiamato nel d.lgs.81/08 e descritto nella UNI EN ISO 7730:2006 da prevedere con particolare riguardo nella sala operativa e negli ambienti che presentano particolari esigenze di climatizzazione;
- impianto di illuminazione regolabile dedicato all'utilizzo dei videoterminali secondo la normativa UNI EN 12464-1;
- Impianto di telefonia fissa;
- Rete dati;
- Impianto TV;
- Impianto di prevenzione incendi e annessi dispositivi antincendio;
- Sistema di controllo degli accessi sia all'edificio che alla sala operativa;
- Sistema di video sorveglianza spazi esterni all'edificio.

7.4.4. SPECIFICHE MINIME TECNOLOGICHE PER CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI

Standard tecnologici e strutturali:

- Sistemi di tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro;
- Sistemi di raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute, anche attraverso strumenti di telemedicina;
- Infrastrutture tecnologiche ed informatiche integrate con i principali applicativi di gestione aziendale;
- Software con accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e ai principali database aziendali, software di registrazione delle chiamate;
- Sistema informativo condiviso e interconnesso con la Centrale Operativa Regionale 116117.

I citati standard minimi hanno valore prescrittivo (Decreto M.S. 77/2022).

Per quanto non esplicitato nel presente paragrafo si rimanda a i seguenti documenti tecnici di riferimento:

- Decreto del Presidente della Repubblica del 14 gennaio 1997 recante Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private. TM
- Accordo Stato-Regioni sancito il 15 settembre 2016 (Rep. Atti n. 160/CSR) recante “Piano Nazionale della Cronicità” (Decreto M.S. 77/2022).

Inoltre, si riportano di seguito le specifiche tecnologiche minime caratterizzanti le Centrali Operative Territoriali, fornite da Agenas:

- una piattaforma comune integrata principalmente con gli applicativi di gestione dell'ADI e cure palliative domiciliari, Guardia Medica, Psichiatria/DSM ed in generale con i software del Territorio;
- un software con accesso, visualizzazione e alimentazione nel Fascicolo Sociosanitario Elettronico degli interventi effettuati;
- un sistema che permetta di visualizzare in tempo reale la disponibilità dei posti letto in strutture di ricovero intermedie e residenziali, nonché l'anagrafica dei pazienti in assistenza domiciliare protetta.

Le postazioni di lavoro saranno costituite da una workstation dotata di:

- computer con tastiera, mouse;
- n. 1 monitor (22” /24”);
- n. 1 telefono digitale (a più linee);
- cuffie con microfono per garantire l'operatività a mani libere (Santurri, 2022).

3.3. REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI DELLE COT

Lo Standard di personale di 1 COT per 100.000 abitanti: 1 coordinatore infermieristico, 3-5 Infermieri, 1-2 unità di Personale di Supporto (standard prescrittivo) (Decreto M.S. 77/2022).

7.5. LA DEFINIZIONE DI INDICATORI DI RIFERIMENTO PER IL SISTEMA DI MONITORAGGIO

A titolo esemplificativo e non esaustivo si elencano alcuni dei dati, a diversi livelli, che potrebbero essere identificati come base di un flusso di monitoraggio clinico, telemedicina dedicato nella COT (Tabella 2), forniti da Agenas.

Tabella 2. Indicatori di riferimento per il sistema di monitoraggio delle COT

ORGANIZZATIVO	struttura	Postazioni di telemedicina previste
	performance	Postazioni di telemedicina attive
	struttura	Ore di attività di telemedicina previste
	performance	Ore di attività di telemedicina effettive
OPERATIVO	Processo	Numero di chiamate uscenti in telemonitoraggio telemedicina totali per ASL, per distretto
		Numero di chiamate uscenti in telemonitoraggio telemedicina per ora
		Numero di chiamate uscenti in telemonitoraggio telemedicina per 100.000 abitanti Numero di chiamate uscenti con risposta

	Performance	Numero di chiamate uscenti senza risposta
		Numero di chiamate uscenti gestite dalla COT con esito “collegamento con struttura specialistica di riferimento”
	processo	Numero di pazienti assegnati per ASL, per distretto e per codice di gravità
		Numero medio giornaliero di pazienti monitorati totale, per ASL, per distretto
		Attinenza ai periodi di monitoraggio
		Numero di chiamate di monitoraggio con esito “attivazione del Servizio Emergenza Territoriale 118” * 100.000
		Numero di chiamate di monitoraggio con esito “attivazione di altro servizio ASL” * 100.000
		Numero di chiamate di monitoraggio con esito “attivazione di servizi sociali” * 100.000

Fonte: Enrichens, 2022.

7.6. IL PNRR e le COT

Il Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) prevede nella “Missione sanità”, all’interno del progetto relativo al potenziamento delle

cure domiciliari, l'attivazione di 600 Centrali Operative Territoriali (COT), una in ogni distretto, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza. Il PNRR destina 280 milioni di euro all'attivazione delle COT (Cfr. Tab. 7.3).

Tab. 7.3 - Le Centrali operative territoriali previste dal PNRR

Regioni	n. COT previste
Piemonte	43
Valle d'Aosta	1
Lombardia	101
PA Bolzano	5
PA Trento	5
Veneto	49
Friuli Venezia Giulia	12
Liguria	15
Emilia Romagna	45
Toscana	37
Umbria	9
Marche	15
Lazio	59
Abruzzo	13
Molise	3
Campania	58
Puglia	40
Basilicata	6
Calabria	19
Sicilia	49
Sardegna	16
Italia	600

Fonte: D. M. Salute del 20/1/2022.

Secondo il PNRR, le Centrali Operative Territoriali (COT) saranno dotate dei mezzi tecnologici per garantire il controllo remoto dei di-

spositivi di telemedicina forniti ai pazienti, sosterrà lo scambio di informazioni tra gli operatori sanitari coinvolti nella cura, costituirà un punto di riferimento per i caregiver, sia per la formazione alla cura che per la sua attuazione, e fungerà da punto di riferimento in caso di ulteriori necessità assistenziali del paziente.

Al fine di eseguire la loro missione informativa ed educativa per operatori sanitari, pazienti e caregiver, le Centrali Operative Territoriali (COT) saranno supportate dalla versione avanzata del “Portale della Trasparenza”, piattaforma informativa sviluppata da Agenas dopo le fasi di consolidamento e valutazione. Gli obiettivi principali di questa piattaforma sono quelle di consentire ai cittadini un facile accesso ai servizi sociali e sanitari, fornendo informazioni aggiornate su cure e strutture sanitarie, e di conseguenza guidarle ad una consapevole scelta sui trattamenti sanitari e sui servizi. Inoltre verrà predisposto un sistema di intelligence sanitaria, anche con l'utilizzo di intelligenza artificiale, in grado di fornire indicazioni al personale sanitario e ai cittadini, compreso il management delle emergenze mediche.

Nelle Centrali Operative Territoriali, sempre secondo il PNRR, l'ausilio dell'intelligenza artificiale e degli strumenti di *machine learning* e il loro collegamento con la piattaforma che supporterà l'implementazione della telemedicina e del teleconsulto diminuirà il numero di accessi di assistenza domiciliare degli operatori sanitari necessari per paziente senza ridurre la qualità di cura.

E' previsto che le COT siano pienamente operative e distribuite in tutto il territorio entro il secondo trimestre del 2024.

7.7. COSTI E FINANZIAMENTO

Nel complesso, il PNRR stima una spesa complessiva di 280.000.000 € per le strutture e le apparecchiature tecnologiche e di interconnessione delle 600 Centrali operative territoriali, il cui dettaglio è indicato nella Tab. 7.4.

Tab. 7.4 – I costi dei realizzazione delle Centrali operative territoriali previste dal PNRR

Voci di spesa	Costi (€)
Ristrutturazione degli edifici esistenti	90.300.000
Realizzazione strumento di interconnessione nelle ASL. <ul style="list-style-type: none"> • Di cui Costo unitario di sviluppo software per 125 ASL (257.238,5 € x 125): 31.897.574 • Di cui Costo unitario di installazione e varo per 125 ASL (19.400 € x 125 ASL): 2.405.600 • Di cui Costo unitario migrazione dati per 125 ASL: (25.705 € x 125): 3.187.420 • Di cui costo unitario della formazione: (38.800 € per 125 ASL): 4.811.200. <p>È stato stimato un costo di 341.143 euro per ciascuna delle 125 ASL per l'acquisto di software, hardware, migrazione e interconnessione dati, nonché per la formazione del personale.</p>	42.642.875
Costo Tecnologia	13.545.000
Introdurre l'intelligenza artificiale e gli strumenti di apprendimento automatico nel contesto delle cure primarie tra un campione di cittadini nazionali (1 milione di cittadini italiani) (10.000.000 € per anno).	50.000.000
Consolidamento ed evoluzione del “Portale della Trasparenza”, la piattaforma informativa sviluppata da Agenas.	25.482.412
Acquisto dispositivi per telemonitoraggio dei pazienti domiciliari al costo medio di 2.215 € ognuno (44 per ogni centro).	58.029.713
TOTALE	280.000.000

Fonte: nostra elaborazione della documentazione del Governo inviata all'UE a corredo del PNRR.

In realtà, il Decreto del Ministro della Salute 20/1/2022 di riparto dei fondi della missione 6 Salute del Piano Nazionale di Ripresa e Resi-

lienza prevede il riparto per le COT di soli 204.517.588 euro e non 280 milioni come previsto nel PNRR. Non è ancora noto se le risorse mancanti saranno assegnate successivamente o, come più probabile, se saranno assegnate ad altro investimento.

Il PNRR provvede ai costi per gli investimenti ma non ai costi relativi al personale. Il personale delle COT sarà invece a carico del bilancio statale. Per il funzionamento delle 600 Centrali operative territoriali è previsto un costo annuo del personale infermieristico di 150.000.000 euro che saranno finanziati dalle risorse previste con il D.L. 34/2020 art. 1 c.5 (Cfr. Tab. 7.55) a decorrere dal secondo semestre del 2024 (PNRR).

Tab. 7.5 – Costi del personale delle centrali operative territoriali (COT)

Descrizione personale	Unità di personale per COT	Incremento costi unitari	Totale unità di personale	Costi addizionali (€)	Fonte del finanziamento (€)
Infermieri di famiglia	5	40.000	3.000	120.000.000	D.L. 34/2020 art. 1 c.5
Coordinatore	1	50.000	600	30.000.000	
Totale				150.000.000	

Fonte: documenti del Governo italiano inviati all'UE a corredo del PNRR.

Per la verità, il D.l. 34/2020 ha dunque previsto la copertura del costo degli infermieri ma non del personale di supporto che viene previsto in 1-2 unità per ogni COT.

Consapevole di questo, il governo è intervenuto di nuovo con l'art. 1 comma 274 della Legge di Bilancio 2022 prevedendo un finanziamento ulteriore al fine di assicurare l'implementazione degli standard organizzativi, quantitativi, qualitativi e tecnologici ulteriori rispetto a

quelli previsti dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) per il potenziamento dell'assistenza territoriale, con riferimento ai maggiori oneri per la **spesa di personale dipendente** che non sono state coperte dal D.L. 34/2020.

La citata norma prevede una spesa massima ulteriore di 90,9 milioni di euro per l'anno 2022, di 150,1 milioni di euro per l'anno 2023, di 328,3 milioni di euro per l'anno 2024, di 591,5 milioni di euro per l'anno 2025 e di 1.015,3 milioni di euro a decorrere dall'anno 2026 a valere sul finanziamento del Servizio sanitario nazionale. La predetta autorizzazione di spesa decorre dalla data di entrata in vigore del regolamento per la definizione di standard organizzativi, quantitativi, qualitativi, tecnologici e omogenei per l'assistenza territoriale¹², e dunque dal mese di giugno 2022.

Queste risorse aggiuntive sono destinate a finanziare il personale delle Case di Comunità, degli ospedali di comunità, delle unità di continuità assistenziale ma anche delle Centrali operative territoriali.

Per le COT sono stanziati 23.460.000 per ognuno degli anni che vanno dal 2022 al 2026, come si legge nella relazione tecnica allegata al Bilancio 2022.

¹² L'art. 1 comma 274 della L. 30/12/2021, n. 234 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024" ha testualmente previsto:

"274. Al fine di assicurare l'implementazione degli standard organizzativi, quantitativi, qualitativi e tecnologici ulteriori rispetto a quelli previsti dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) per il potenziamento dell'assistenza territoriale, con riferimento ai maggiori oneri per la spesa di personale dipendente, da reclutare anche in deroga ai vincoli in materia di spesa di personale previsti dalla legislazione vigente limitatamente alla spesa eccedente i predetti vincoli, e per quello convenzionato, è autorizzata la spesa massima di 90,9 milioni di euro per l'anno 2022, 150,1 milioni di euro per l'anno 2023, 328,3 milioni di euro per l'anno 2024, 591,5 milioni di euro per l'anno 2025 e 1.015,3 milioni di euro a decorrere dall'anno 2026 a valere sul finanziamento del Servizio sanitario nazionale. La predetta autorizzazione decorre dalla data di entrata in vigore del regolamento per la definizione di standard organizzativi, quantitativi, qualitativi, tecnologici e omogenei per l'assistenza territoriale, da adottare con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, entro il 30 aprile 2022. Con successivo decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, le somme di cui al primo periodo sono ripartite fra le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, in base ai criteri definiti con il medesimo decreto anche tenendo conto degli obiettivi previsti dal PNRR".

Queste risorse servono per finanziare una unità di personale di supporto previsto come appartenente al ruolo tecnico il cui costo annuo viene stimato dalla relazione tecnica allegata al Bilancio 2022 in 39.100 euro annui (MEF, 2022).

Non viene finanziata l'altra unità del personale di supporto nel caso che le Centrali operative territoriali – come previsto dal D.M.S. 77/2022 – decidano di assumerne due.

7.8. QUALCHE VALUTAZIONE

L'innovazione delle COT introdotta anni fa da alcune regioni ha portato il Governo ad introdurle in tutto il territorio nazionale per affrontare uno degli aspetti più critici dei percorsi assistenziali che è costituito dalla gestione efficace delle transizioni dei pazienti dall'ospedale agli altri setting territoriali o comunque tra un setting assistenziale e l'altro. Diversamente dalle variegate esperienze regionali che si sono finora realizzate, in questo caso il modello organizzativo che si propone è unico per dare al territorio nazionale una medesima organizzazione distribuita in modo omogeneo in tutte le regioni.

Per contenere le tendenze “creative” delle regioni ci sarà però bisogno di fornire costante manutenzione nazionale al modello organizzativo per adeguarlo alle evidenze che emergeranno man mano che il modello organizzativo si diffonderà e verrà adeguatamente sperimentato in tutto il territorio nazionale.

C'è uno straordinario bisogno di integrazione tra setting diversi e la COT può dare una risposta positiva a questo bisogno e alla necessità di garantire la continuità assistenziale ai pazienti, soprattutto in un quadro come questo che si va arricchendo di nuovi setting (Case della Comunità, forte potenziamento degli ospedali di comunità e delle cure domiciliari e della telemedicina). L'utilizzo delle COT dovrà essere il nodo strategico che permetterà di passare da un approccio prestazionale ad una logica di presa in carico del paziente da parte del Servizio sanitario.

E' presumibile e forse anche opportuno che le COT intervengano nell'accompagnamento dei pazienti tra un setting e l'altro quando il "transito" non possa essere gestito attraverso soluzioni standardizzate. Le esperienze regionali già avviate evidenziano le soluzioni personalizzate nella gestione dei singoli casi sia quando il paziente è cronico sia quando esso è complesso. L'eterogeneità dei fabbisogni, le diverse condizioni di accesso alle strutture di offerta sono solo alcuni esempi di variabilità della domanda che può essere gestita solo con soluzioni ad alta personalizzazione (Ferrara et al., 2021).

Uno degli elementi più critici è dato dai tempi che il PNRR si è autoimposto per il completamento delle 600 COT che è previsto entro giugno 2024. Si tratta di tempi molto ristretti se teniamo conto che non si tratta solo di acquisire le necessarie tecnologie ma in moltissimi casi si tratta di adeguare degli immobili pubblici. Servono progetti esecutivi, gare d'appalto, realizzazione dei lavori e acquisizione delle attrezzature tecniche ed il rischio è che se non si considerino queste attività estremamente prioritarie si possa arrivare oltre i tempi previsti.

Rispetto ad altre previsioni del PNRR, in questo caso, il finanziamento per il personale viene deliberato anche se ci sono alcune sbavature. Siccome l'apertura delle COT è prevista per il secondo semestre 2024, giustamente, il costo del personale infermieristico viene previsto a decorrere da quella data mentre una figura tecnica (presumibilmente per la gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la telemedicina ed altre tecnologie digitali) viene finanziata sin dal 2022. Purtroppo viene finanziata una sola figura tecnica mentre il Decreto Ministero Salute n. 77/2022 prevede la possibilità di assumere anche due per ogni centrale operativa. Non ci sono risorse per il personale amministrativo che in genere è comunque indispensabile al funzionamento dei servizi.

Si rileva infine uno scostamento fra le previsioni contenute nel PNRR e quanto poi effettivamente previsto nel Decreto Ministro Salute n.77/2022. Nel PNRR si dà grande rilievo al collegamento delle COT con il "Portale della Trasparenza", piattaforma informativa sviluppata da Agenas, e all'utilizzo dell'intelligenza artificiale e degli strumenti di *machine learning* nella telemedicina che invece il Decreto 77/2022 non citano neanche. Si tratta di progetti le cui situazio-

ni ed applicazioni sono probabilmente ancora in divenire e che pertanto potranno essere riallineate ai servizi più avanti nel tempo.

Bibliografia

- Decreto Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale”, <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1655970392.pdf>
- Consiglio dei Ministri, Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), 2021. https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR_0.pdf
- Consiglio dei ministri: documentazione del Governo inviata all’UE a corredo del PNRR.
- Decreto Ministro Salute 20/1/2022: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_5807_0_file.pdf
- Enrichens F., Borghini A., Martini L., Furfaro S., Paris A., Mariotti F., Mileti L., La Centrale Operativa Territoriale (COT), I Quaderni supplemento alla rivista semestrale 2022, “Le centrali operative”, 2022: https://www.agenas.gov.it/images/agenas/monitor/quaderno/pdf/18_centrali_operative_web.pdf
- Ferrara L., Tozzi V.D., Zazzera A., il management della transizione: COT e non solo COT, S cura di Cergas Bocconi, Rapporto OASI 2021, Egea editore, Milano, 2021: <https://cergas.unibocconi.eu/sites/default/files/media/attach/Capitolo%2012%20Rapporto%20OASI%202021.pdf?cbPKXEx4iDww5yMw5VGwvexEx3f2Y4Jd=>
- L. 30/12/2021, n. 234: “Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024”.
- Martini L., Sciamanna A., La Formazione degli operatori di una Centrale Operativa, I Quaderni supplemento alla rivista semestrale 2022, “Le centrali operative”, 2022: https://www.agenas.gov.it/images/agenas/monitor/quaderno/pdf/18_centrali_operative_web.pdf
- Ministero dell’Economia e delle Finanze, Relazione tecnica al “Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024”:

<https://www.senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/01319189.pdf>

- Santurri M., Riano F., Petrigli C., Requisiti minimi strutturali, impiantistici e tecnologici di Centrali Operative, I Quaderni supplemento alla rivista semestrale 2022, “Le centrali operative”, 2022:

https://www.agenas.gov.it/images/agenas/monitor/quaderno/pdf/18_centrali_operative_web.pdf

8. IL BUDGET DI SALUTE NEGLI INDIRIZZI NAZIONALI

8.1. Le norme nazionali

Si dice Budget di salute o Budget di cura?

Ha risolto il dubbio la L. 77/2020 che lo ha chiamato “budget di salute individuale e di comunità”.

Per la verità, la citata legge nel mentre risolveva un quesito ne poneva immediatamente un altro: esistono due budget di salute, uno individuale ed uno di comunità? Meglio non approfondire e concentrarci sul budget di salute individuale.

L'unica norma di legge in cui si parla esplicitamente di budget di salute è dunque il comma 4 bis dell'art. 1 del D.L. 34/2020 convertito in L. 77/2020. Il comma 4 bis fa riferimento alla sperimentazione delle “Strutture di prossimità per la promozione della salute e per la prevenzione” che, è bene dirlo subito, non sono le Case della Comunità. Sono strutture ulteriori che le regioni dovrebbero sperimentare per un tempo relativamente breve per la presa in carico e la riabilitazione delle categorie di persone più fragili. Recentemente sono state approvate anche delle linee guida per la realizzazione delle “strutture di prossimità” da sperimentare. Questa premessa per dire che i progetti regionali relativi alla sperimentazione delle “strutture di prossimità” devono prevedere modalità di intervento che riducano le scelte di istituzionalizzazione dei soggetti fragili, favoriscano la domiciliarità e consentano la valutazione dei risultati ottenuti, anche attraverso il ricorso a strumenti innovativi quale **il budget di salute individuale e di comunità**.

Ci sono poi altre norme, la principale delle quali è la legge n. 227/2021, la legge Delega al Governo in materia di disabilità, in cui si prevede, per esempio, che nel progetto di vita personalizzato venga indicato l'insieme delle risorse umane, professionali, tecnologiche, strumentali ed economiche, pubbliche e private, attivabili anche in seno alla comunità territoriale e al sistema dei supporti informali, ma in cui non si parla esplicitamente di Budget di salute anche se gli

assomiglia molto. Così come ci sono una serie di altre norme (Fondo per le non autosufficienze, Progetti per la Vita indipendente, e Legge 112/2016 sul “Dopo di noi”) che fanno presumibilmente riferimento allo stesso concetto ma che viene chiamato con termini diversi (budget di cura, budget personalizzato, ecc.).

Poi a luglio 2022, la svolta con l’approvazione da parte della Conferenza Unificata delle “*Linee programmatiche: progettare il Budget di salute con la persona-proposta degli elementi qualificanti*” (Atto n. 104/CU del 6/7/2022) elaborate dall’Istituto Superiore di Sanità.

Con l’approvazione della “*Linee programmatiche*” possiamo dire che il Budget di salute è entrato a far parte degli strumenti a disposizione degli operatori sanitari che si adoperano per la promozione dell’assistenza domiciliare (e il contrasto dell’istituzionalizzazione) dei soggetti fragili.

8.2. Le Linee programmatiche approvate dalla Conferenza unificata

Nel presente paragrafo vengono sintetizzati i contenuti delle “*Linee programmatiche: progettare il Budget di salute con la persona-proposta degli elementi qualificanti*” approvato il 26/7/2022 dalla Conferenza Unificata (Stato-Regioni-Comuni).

Che cosa è il Budget di salute? La definizione

Il Budget di salute (BdS), costituito dall’insieme delle risorse economiche, professionali, umane e relazionali, necessarie a promuovere contesti relazionali, familiari e sociali idonei a favorire una migliore inclusione sociale della persona, è uno strumento generativo che contribuisce alla realizzazione di percorsi di cura nell’ambito di Progetti di Vita personalizzati in grado di garantire l’esigibilità del diritto alla salute attraverso interventi sociosanitari fortemente integrati e flessibili.

Vantaggi e svantaggi del budget di salute

La revisione sistematica della letteratura internazionale, tenendo conto dei diversi contesti non sempre comparabili, ha evidenziato che i risultati positivi per le persone con disturbi di salute mentale che utilizzano il Budget di Salute sono stati confermati in termini di scelta e

controllo del paziente sul suo percorso di recupero. L'uso del Budget di Salute per tali persone ha mostrato diversi benefici nella responsabilizzazione del paziente, nell'impegno delle parti interessate, nel coinvolgimento delle cure e del personale nella definizione del Budget di Salute e nell'accesso tempestivo e adeguato al trattamento. Inoltre, diversi studi hanno mostrato che gli utenti si sono dimostrati soddisfatti per la realizzazione dei Budget di Salute. Inoltre, il Budget di Salute ha migliorato gli esiti clinici degli utenti, la qualità della vita, l'impegno nel lavoro retribuito nelle esperienze lavorative e di vita indipendente, e hanno avuto un riflesso positivo sull'intera famiglia e sul contesto di supporto. Le evidenze hanno rilevato che il Budget di Salute ha favorito cambiamenti significativi nel modo in cui le risorse sono state utilizzate e negli approcci di intervento personalizzati e ha determinato risparmi sui costi per le famiglie e per i Sistemi Sanitari Nazionali.

Per contro, preoccupazioni per l'applicazione del Budget di Salute sono state espresse in diversi studi. I familiari hanno percepito come difficile e stressante la gestione e le procedure del Budget di Salute, le sue modalità di applicazione con i professionisti e si sono quindi sentiti meno coinvolti nella cura dei loro cari. In alcuni studi, i professionisti hanno trovato la gestione del Budget di Salute come un onere aggiuntivo nel loro lavoro.

Obiettivi

Il Budget di Salute sostiene progetti individualizzati, finalizzati a favorire la permanenza della persona nel domicilio prescelto coinvolgendo i diversi soggetti della comunità.

A chi si applica

Le linee programmatiche dell'ISS partono dall'esperienza della salute mentale ma possono essere intese come applicabili, con le specifiche declinazioni e gli opportuni adeguamenti, a tutte le progettualità rivolte a persone che presentano bisogni sociosanitari complessi, per le quali sia appropriato l'intervento capacitante ed evolutivo. Il Budget di Salute si rivolge a persone prese in carico dalla rete dei servizi sanitari territoriali con bisogni complessi sia sociali che sanitari.

Chi lo realizza: l'équipe sociosanitaria

Il Budget di Salute è a governo e coordinamento pubblico per garantire una reale integrazione sociosanitaria. La richiesta di attivazione del Budget di Salute, anche su proposta della persona e/o di un suo legale rappresentante, deve avvenire ad opera di un operatore sanitario o sociale dei servizi che hanno in carico il caso. La componente sociale è a garanzia dei diritti/doveri di cittadinanza; quella sanitaria per il diritto alla salute e all'abilitazione. Ciascun servizio fa riferimento alla propria normativa per erogare gli interventi.

L'Equipe sociosanitaria preposta alla realizzazione del budget di salute deve essere composta da almeno un operatore sanitario e sociale. La componente sanitaria è rappresentata dagli operatori sanitari che hanno in carico la persona anche considerando eventuali comorbidità. La componente Sociale è rappresentata dall'assistente sociale dell'Ente Locale eventualmente coadiuvata da altri operatori educativi o sociali. Qualora i componenti non abbiano potere decisionale in merito alle fonti di finanziamento, si rende necessaria la convalida secondo il modello dell'Unità di Valutazione Multiprofessionale. L'équipe sociosanitaria con potere decisionale o l'Unità di Valutazione Multiprofessionale, avvalendosi degli elenchi di soggetti qualificati, è il soggetto responsabile della ricerca e accompagnamento della persona nell'individuazione del servizio/percorso/intervento in grado di assicurare all'utente la risposta più idonea.

La valutazione multiprofessionale e multidimensionale

Per la definizione del Budget di Salute occorre effettuare la valutazione multiprofessionale e multidimensionale dei bisogni e delle risorse con un approccio capacitante. La valutazione deve essere condotta nella relazione e nel dialogo con la persona.

L'Equipe sociosanitaria deve prevedere il contributo della persona stessa, dell'eventuale Amministratore di Sostegno in base al mandato ricevuto e, su richiesta della persona stessa, dei soggetti significativi affinché la persona partecipi attivamente alla valutazione di bisogni e risorse ed esprima il diritto all'autodeterminazione nella cura condivisa e nella definizione del proprio progetto di vita, dove possa consapevolmente investire le proprie risorse anche economiche.

La valutazione prevede l'utilizzo di strumenti validati e standardizzati atti a indagare le diverse aree: area clinica, del funzionamento psico-

sociale, della qualità di vita, della motivazione al cambiamento e del gradimento.

Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (PTRI)

Il budget di salute mette insieme il percorso di cura e il progetto di vita della persona. Sulla base delle valutazioni condotte sempre in tutti gli assi di intervento (casa/habitat, formazione/lavoro, socialità e apprendimento/espressività/comunicazione), viene costruito, su misura e in modo partecipato con la persona tenendo conto delle sue preferenze, il "Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (PTRI) che deve esplicitare azioni e obiettivi da raggiungere in ciascun asse. Il PTRI, come percorso di cura orientato al recovery della persona, si sviluppa insieme al progetto di vita.

Il PTRI deve contenere:

- Gli obiettivi nelle diverse aree dei determinanti sociali della salute;
- Le abilità necessarie alla persona per il raggiungimento degli obiettivi;
- Le risorse umane, ambientali e materiali (anche economiche) necessarie per il raggiungimento degli obiettivi, dettagliando quelle in essere e quelle da attivare attraverso fonti di finanziamento individuate, secondo le specifiche normative di riferimento, sia per quanto attiene al programma di cura che al progetto di vita;
- Il piano dettagliato dell'intervento, indicando eventuali priorità;
- Gli operatori coinvolti, altre figure coinvolte, dettagliando compiti e responsabilità;
- La programmazione dei tempi di verifica;
- L'ipotesi durata del progetto;
- Il responsabile del progetto: case manager.

Il passaggio alla fase attuativa del PTRI prevede la sottoscrizione di **un accordo** che espliciti le risorse e gli impegni assunti da ogni parte coinvolta. L'accordo deve essere sottoscritto da:

- persona;
- eventualmente da un suo familiare/caregiver se coinvolto, e con il consenso della persona assistita;
- tutore/amministratore di sostegno se presente;
- équipe sanitaria curante;
- équipe dell'ufficio del servizio sociale dell'Ente Locale;
- referente di un Ente del Terzo Settore o privato imprenditoriale coinvolto nel progetto, identificato tra quanti presenti nell'Elenco di soggetti qualificati.

Il Budget di Salute per diventare operativo richiede il consenso, che viene espresso nella sottoscrizione anche da parte della persona di un accordo, nel quale vanno declinati gli obiettivi e gli impegni di tutti i soggetti coinvolti. **L'accordo è parte integrante del budget di salute.**

Il case manager

Ogni progetto relativo al Budget di Salute deve essere coordinato da un Case Manager identificato che può essere di ambito sanitario o sociale.

Percorsi attuativi: co-programmazione e co-progettazione

La scelta di individuare nel Codice del Terzo settore la fonte normativa per la regolazione dei progetti delle modalità e degli interventi compresi nel Budget di Salute risulta coerente con gli obiettivi dei PTRI. Questi ultimi, infatti, contengono interventi, percorsi ed attività che, da un lato, devono provenire da un'ampia gamma di soggetti e, dall'altro, devono opportunamente essere condivisi tra enti pubblici, organizzazioni non profit e utenti/beneficiari e le loro famiglie.

Al fine di sostenere i percorsi individuati con Budget di Salute, le Aziende Sanitarie e gli Enti Locali condividono una co-programmazione, ai sensi dell'art. 55 d.lgs 117/2017, coinvolgendo gli Enti del Terzo settore, finalizzata all'identificazione dei bisogni da soddisfare, degli interventi a tal fine necessari, delle modalità di realizzazione degli stessi e delle risorse disponibili. Si raccomanda di formalizzare tale co-programmazione attraverso l'accordo di programma, in analogia e raccordo con quanto previsto per la programmazione dei piani di zona (L 328/2000), per definire e condividere le risorse economico-finanziarie necessarie alla realizzazione dei programmi e interventi sociosanitari con Budget di Salute.

Nella fase di co-progettazione, oltre agli enti del terzo settore, possono essere coinvolti tutti i soggetti potenzialmente interessati alla costruzione del Budget di Salute (es. associazioni, cooperative, famiglie e privati). Coerentemente con il progetto individualizzato e in ossequio al principio di sussidiarietà di cui all'art. 118, u.c. Cost., in coerenza dell'art. 55, d. lgs. 117/2017 (Codice del Terzo settore) le aziende sanitarie e gli enti locali possono istituire appositi Elenchi di soggetti qualificati (con avviso pubblico) che saranno coinvolti in modo attivo nella definizione delle attività, dei percorsi e degli interventi socio sanitari (ad es. socio assistenziali, socio educativi, socio occupazionali e socio riabilitativi), in favore di persone in carico ai servizi sanitari e sociali con progetti finalizzati al recupero di autonomie ed al reinserimento sociale, secondo il modello del Budget di salute.

Gli Elenchi dei soggetti costituiti con le procedure indicate divengono il riferimento per la scelta dei soggetti partecipanti al singolo progetto con le seguenti fasi applicative:

- la persona è già in cura ai servizi sanitari e sociali e viene sviluppata una prima ipotesi progettuale di massima con una fase di progettazione condivisa tra tutti i soggetti coinvolti nel progetto inclusa la persona;
- al termine della progettazione viene sottoscritto il Budget di Salute e identificato il Case Manager;
- il Budget di Salute diviene esecutivo con la sottoscrizione dell'accordo/contratto;

- il Case Manager coordina le azioni di verifica e monitoraggio ad opera dell'équipe sociosanitaria.

Coinvolgimento di utenti e familiari esperti per esperienza

Si raccomanda il coinvolgimento delle associazioni di utenti e familiari nella fase di co-programmazione. Nella realizzazione del Budget di Salute possono essere coinvolti i familiari e va incentivata la partecipazione attiva delle figure di utenti esperti per esperienza (ESP), o facilitatori, sulla base delle evidenze consolidate in diverse regioni nell'ambito di percorsi di formazione dedicati.

Il monitoraggio

Il Budget di Salute nella fase attuativa deve essere costantemente monitorato e verificato dall'équipe sociosanitaria, almeno annualmente, con la partecipazione attiva della persona. L'azione di monitoraggio e verifica è coordinata dal Case manager identificato già in fase progettuale. La verifica prenderà in considerazione anche indicatori di esito (ISS).

8.3. Qualche valutazione

Il quadro normativo nazionale relativo al Budget di Salute non è ancora in grado di promuovere uno sviluppo omogeneo e crescente del nuovo modello assistenziale in tutto il Paese.

Innanzitutto va ribadito che le “*Linee programmatiche: progettare il Budget di salute con la persona-proposta degli elementi qualificanti*” approvate dalla Conferenza Unificata nasce e si sviluppa nel mondo della salute mentale per cui, pur rimanendo concettualmente valido per tutta l'area sociosanitaria, ha bisogno di essere calato anche negli altri settori con un linguaggio un po' più universale.

Condivisibile è il suggerimento di utilizzare (anche) lo strumento della co-programmazione e della co-progettazione per l'attuazione dei Progetti Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (PTRI) perché più adatti ad un utilizzo condiviso di risorse di diversa provenienza.

La criticità principale delle “Linee programmatiche” si riscontra invece attorno al tema centrale della puntuale costruzione del budget

di salute. Non è chiaro il rapporto fra il Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (PTRI) e il Budget di salute.

Si tratta della stessa cosa utilmente aggiornata o siamo in presenza di due atti diversi? Su questo punto strategico le “linee programmatiche” dovrebbero essere più esplicite.

Dalla lettura puntuale dell’atto 104/20022 della Conferenza Unificata sembrerebbe che il Budget di Salute sia un documento successivo al PTRI che contenga, fra l’altro, **l’accordo** sottoscritto da ogni parte coinvolta che espliciti le risorse e gli impegni assunti. Una soluzione che sembrerebbe logica ma che non si può ricercare con difficoltà (scarsi accenni) all’interno del documento. Inoltre, se l’accordo, come si dice, è parte integrante del budget di salute, quali sono gli altri contenuti del BdS? Occorre pertanto che tutta questa parte (contenuti e procedure) venga trattata con maggiore attenzione e spazio, tenuto conto che si tratta del contenuto centrale e specifico delle linee guida. Non ci sono accenni alle modalità di aggregazione e utilizzo delle diverse risorse, comprese quelle dell’assistito, che sarebbe invece di grande aiuto se venissero esplicitate in un documento guida nazionale per la praticabilità delle azioni a livello locale.

Per ultimo, nulla si dice sul “potere” del case manager che ha il compito di coordinare (o addirittura gestire) risorse di provenienza diversa, un ruolo strategico ma anche in parte nuovo nel panorama degli operatori sociosanitari. Il case manager è una figura conosciuta ma che si potenzia notevolmente se incaricato della gestione del Budget di salute per cui le sue funzioni ed i suoi “poteri” vanno ridefiniti nel nuovo contesto.

Bibliografia

- Castegnaro C., Pasquinelli S., Pozzoli F., Il Budget di Salute: dalle promesse a quale realtà?, Welforum.it, 3/5/2021: <https://welforum.it/il-budget-di-salute-dalle-promesse-a-quale-realta/>
- Conferenza Unificata, Atto n. 104/CU del 6/7/2022: Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Autonomie locali sul documento recante “*Linee programmatiche: progettare il Budget di salute con la persona-proposta degli elementi qualificanti*”; <https://www.statoregioni.it/it/conferenza-unificata/sedute-2022/seduta-del-6-luglio-2022/atti/repertorio-atto-n-104cu/>
- D.L. 19/5/2020, n. 34: “Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da Covid-19”, convertito con modificazioni dalla L. 17 luglio 2020, n. 77
- Legge 22 dicembre 2021, n. 227: Delega al Governo in materia di disabilità.
- Santuari A., Il budget di salute e la presa in carico delle persone fragili, Franco Angeli Editore, Milano, 2022.
- Starace F., Manuale pratico per l'integrazione sociosanitaria. Il modello del Budget di salute, Carocci Faber, Roma, 2011. (23/5/2022).

9. L'INFERMIERE DI FAMIGLIA O DI COMUNITÀ'

Il percorso per la previsione dell'infermieri di famiglia

La figura dell'infermiere di famiglia è stata prevista dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms), nel 2000, attraverso il documento "[The family health nurse - Context, conceptual framework and curriculum](#)" che introdusse un nuovo tipo di infermiere, **l'infermiere di famiglia**, individuato come componente di un team multidisciplinare di operatori sanitari per il raggiungimento dei [21 obiettivi per il ventunesimo secolo stabiliti dall'Oms Europa nel 1998](#).

L'infermiere di famiglia, secondo l'OMS, è colui che aiuta gli individui ad adattarsi alla malattia e alla disabilità cronica, trascorrendo buona parte del suo tempo a lavorare a domicilio della persona assistita e della sua famiglia. Proprio sull'aiuto al nucleo familiare è incentrato il suo lavoro e sotto il profilo organizzativo il modello prevede che l'infermiere di famiglia sia responsabile di un gruppo predefinito di "famiglie".

In Italia, la figura dell'infermiere di famiglia o di comunità è stata istituita con il Decreto "Rilancio" (DL 34/2020)¹³. A decorrere dal 1°

¹³ art. 1, comma 5, del decreto-legge 19 maggio 2020, n.34 convertito nella Legge 17 luglio 2020, n. 77:

"5. Al fine di rafforzare i servizi infermieristici, con l'introduzione altresì dell'infermiere di famiglia o di comunità, per potenziare la presa in carico sul territorio dei soggetti infettati da SARS-CoV-2 identificati come affetti da COVID-19, anche coadiuvando le Unità speciali di continuità assistenziale e i servizi offerti dalle cure primarie, nonché di tutti i soggetti di cui al comma 4, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, in deroga all'articolo 7 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, possono, in relazione ai modelli organizzativi regionali, utilizzare forme di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, con decorrenza dal 15 maggio 2020 e fino al 31 dicembre 2020, con infermieri che non si trovino in costanza di rapporto di lavoro subordinato con strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private accreditate, in numero non superiore a otto unità infermieristiche ogni 50.000 abitanti. Per le attività assistenziali svolte è riconosciuto agli infermieri un compenso lordo di 30 euro ad ora, inclusivo degli oneri

gennaio 2021, le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale, possono procedere al reclutamento di infermieri, da adibire alla funzione di infermieri di famiglia o di comunità, in numero non superiore ad 8 unità ogni 50.000 abitanti, attraverso assunzioni a tempo indeterminato, nei limiti delle risorse disponibili.

Successivamente, a tempo di record, la Conferenza delle regioni, in attesa dell'approvazione delle auspiccate linee guida applicative nazionali, ha approvato il 10/9/2020 un documento di orientamento per le regioni relativo alle Linee di indirizzo sull'infermiere di famiglia/comunità. Il documento, che riprende ampiamente gli orientamenti della Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche (FNOPI), non ha valore normativo ma ovviamente, in assenza di linee guida ministeriali, ha costituito un utile punto di riferimento per le regioni italiane ed ha costituito un validissimo punto di riferimento per la norma successiva.

La svolta e la consacrazione è però avvenuta due anni dopo con il Decreto Ministro della Salute n. 77/2022 sugli standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale che ha previsto, all'interno delle Case della Comunità, la figura dell'Infermiere di Famiglia o Comunità. Il Decreto ha ridefinito il numero (uno ogni 3.000 abitanti) e le attività dell'infermiere di famiglia o di comunità.

Definizione

L'Infermiere di Famiglia o Comunità è 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'Infermiere di Famiglia o Comunità interagisce con tutti gli attori e le risorse presenti nella comunità formali e informali. L'Infermiere di Famiglia o Comunità non è solo l'erogatore di cure

riflessi, per un monte ore settimanale massimo di 35 ore. Per le medesime finalità, a decorrere dal 1° gennaio 2021, le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale, possono procedere al reclutamento di infermieri in numero non superiore ad 8 unità ogni 50.000 abitanti, attraverso assunzioni a tempo indeterminato e comunque nei limiti di cui al comma 10.”

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. È un professionista con un forte orientamento alla gestione proattiva della salute. È coinvolto in attività di promozione, prevenzione e gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e di comunità all'interno del sistema dell'assistenza sanitaria territoriale nei diversi setting assistenziali in cui essa si articola.

Standard di personale

E' previsto un Infermiere di Famiglia o Comunità ogni 3.000 abitanti. Però attenzione, tale standard è da intendersi come numero complessivo di Infermieri di Famiglia o Comunità (IFoC) impiegati nei diversi setting assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola (DMS 77/2022).

Quello appena indicato è lo standard generale che viene stabilito per tutte le attività distrettuali; poi il D.M.S. n. 77/2022 indica anche uno standard di personale specifico per le Case della Comunità Hub. Viene stabilito infatti che le CdC hub¹⁴ dovranno essere dotate di 7-11 Infermieri di Famiglia o Comunità organizzati indicativamente secondo il modello di seguito descritto:

- 1 Coordinatore Infermieristico,
- 2-3 IFoC per le attività ambulatoriali,
- 1-2 IFoC per l'attività di triage e di valutazione dei bisogni di salute e
- 4-6 IFoC per l'assistenza domiciliare, le attività di prevenzione e teleassistenza (DMS 77/2022).

In sostanza, per fare un esempio, la norma prevede che in un distretto sanitario di 100.000 abitanti possano operare almeno 33 IFoC; di questi, ipotizzando che in un distretto siano collocate due Case della Comunità (CdC), un numero di 14-22 IFoC opereranno all'interno delle CdC. Gli altri saranno occupati in altre attività del distretto sanitario. Fra queste si segnala che solo il potenziamento delle cure domiciliari previsto dal PNRR richiederà la disponibilità di almeno

¹⁴ Il DMS 77/2022 non ha invece stabilito lo standard di personale IFoC relativo alle CdC spoke.

10 infermieri per ogni distretto (23 secondo le slide Agenas), laddove questo personale venga assunto direttamente (Pesaresi, 2021). A questi bisogna poi aggiungere gli infermieri che attualmente già si occupano delle cure domiciliari. Se poi pensiamo che ci sono altre attività sanitarie (ospedali di comunità ecc.) che richiedono la figura professionale dell'infermiere possiamo ipotizzare che ci sono poche possibilità di attivare le funzioni più innovative dell'Infermiere di famiglia o comunità.

Lo standard fissato dal DMS 77/2022 – un IFoC ogni 3.000 abitanti - sembrerebbe un miglioramento di quanto stabilito dal D.L. 34/2020 (uno ogni 5.000 abitanti) ma in realtà si tratta di un peggioramento, per almeno due motivi. In realtà non c'è più uno standard minimo di personale per gli IFoC perché lo standard previsto riguarda tutti i servizi assistenziali territoriali (cure domiciliari, case della comunità, altra assistenza residenziale, ecc.). Considerando tutti i servizi territoriali il personale infermieristico residuale da dedicare agli Infermieri di Famiglia o Comunità potrebbe (e molto probabilmente dovrebbe) essere più basso di uno ogni 5.000 abitanti. Inoltre, dichiarando che con il termine di Infermieri di Famiglia o Comunità si considerano tutti gli infermieri impiegati nei diversi setting assistenziali territoriali si espropriano gli stessi della specificità del loro lavoro rendendoli disponibili per ogni urgenza e carenza di personale negli altri settori. E noi sappiamo quanto questo tema sia oggi presente ed imminente.

Contesto organizzativo di lavoro

L'IFoC, secondo il D.M.S. 77/2022, è inserito all'interno dei servizi e delle strutture del distretto sanitario e, all'interno di questo, sicuramente nelle Case della Comunità sia Hub che Spoke, operando altresì anche nei luoghi di vita e socialità locale ove sia possibile agire interventi educativi, di prevenzione, cura ed assistenza (Conf. Regioni, 2020)¹⁵.

¹⁵ La [Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche \(FNOPI\) ha definito più puntualmente in un proprio documento i setting assistenziali di intervento dell'IFoC. Secondo il documento della FNOPI](#), l'IFoC ha la possibilità di agire in differenti ambiti, intervenendo:

Funzioni ed attività dell'IFoC

L'IFoC è un professionista responsabile dei processi infermieristici in ambito familiare e comunitario che, attraverso una presenza continuativa e proattiva nell'area/ambito o comunità di riferimento, assicura l'assistenza infermieristica in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità (MMG/PLS, assistente sociale, professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, ecc.) perseguendo l'integrazione interdisciplinare sanitaria dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona.

L'introduzione dell'Infermiere di Famiglia o di Comunità ha l'obiettivo di rafforzare il sistema assistenziale sul territorio, finalizzato a promuovere una maggiore omogeneità ed accessibilità dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria a rilevanza sanitaria.

L'IFoC interagisce con tutte le risorse presenti nella comunità formali e informali e concorre a realizzare la rete del welfare di comunità/generativo. È un professionista che ha un forte orientamento alla gestione proattiva della salute e ricopre le diverse funzioni, erogando prestazioni assistenziali sanitarie, a seconda del setting in cui opera. L'IFoC si attiva per facilitare e monitorare percorsi di presa in carico e di continuità dell'assistenza in forte integrazione con le altre figure professionali del territorio.

In sintesi, l'Infermiere di Famiglia o Comunità:

-
1. a livello ambulatoriale, come punto di incontro in cui gli utenti possono recarsi per ricevere:
 - a) informazioni, per orientare meglio ai servizi e,
 - b) prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza rivolti alla prevenzione della collettività, della sanità pubblica, e dell'assistenza di base (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 12 gennaio 2017) inclusi interventi di educazione alla salute;
 2. a livello domiciliare in cui eroga assistenza a tutti gli utenti che necessitano di assistenza infermieristica a medio-alta complessità;
 3. a livello comunitario con attività trasversali di integrazione con i vari professionisti tra ambito sanitario e sociale e possibili risorse formali e informali;
 4. strutture residenziali e intermedie (FNOPI).

- collabora all'intercettazione del bisogno di salute, agendo sulla promozione, prevenzione e gestione della salute in tutte le fasce d'età;
- contribuisce alla programmazione delle attività anche attraverso gli strumenti propri della gestione degli assistiti finalizzati a mantenere la popolazione in condizioni di buona salute rispondendo ai bisogni del singolo paziente sia in termini di prevenzione sia di cura delle condizioni croniche;
- favorisce l'accessibilità e l'orientamento ai servizi al fine di garantire un'effettiva presa in carico della persona assistita;
- promuove il coinvolgimento attivo e consapevole della comunità, organizzando processi e momenti di educazione sanitaria di gruppo in presenza o in remoto, in collaborazione con tutti i livelli e gli attori sanitari in linea con le indicazioni del Dipartimento di prevenzione e di sanità pubblica; promuove attività di informazione/comunicazione sia ai singoli sia alla comunità, in collaborazione con le idonee competenze relazionali di linguaggi, format e modalità di interazione in base alla popolazione a cui si rivolge;
- svolge attività di counseling infermieristico e contribuisce ad attività di supporto motivazionale per la promozione di corretti comportamenti, al fine di favorire la partecipazione e la responsabilizzazione individuale e collettiva;
- valorizza e promuove il coinvolgimento attivo della persona e del suo caregiver;
- utilizza sistematicamente strumenti digitali e di telemedicina e teleassistenza;
- lavora in forte integrazione con le reti sociosanitarie a valenza sanitaria e con le risorse della comunità (associazioni, volontariato, ecc.), e collabora in team con i MMG, i PLS e gli altri professionisti sanitari (DMS 77/2022). A questo proposito, gli infermieri di famiglia o comunità collaborano con le Aggregazioni Fun-

zionali Territoriali (AFT) dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta e con le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) affinché, attraverso i modelli della Sanità di iniziativa, i pazienti vengano contattati periodicamente, al fine di migliorare gli stili di vita, diagnosticare precocemente le patologie e monitorare la comparsa e l'evoluzione delle malattie croniche e prevenire le complicanze e ridurre o gestire il carico assistenziale, prevenire le disabilità e la perdita dell'indipendenza per il singolo e per il caregiver (DMS 77/2022).

I livelli dell'intervento

L'intervento dell'Infermiere di Famiglia o di Comunità si esprime a:

- **Livello individuale e familiare** attraverso interventi diretti e indiretti che hanno come destinatari la persona, la sua famiglia e le sue persone di riferimento. Favorisce la promozione e il mantenimento della salute della persona attraverso il rafforzamento della sua autonomia decisionale, grazie ad un'offerta assistenziale capace non solo di garantire prestazioni che può comunque erogare specie se complesse, ma anche di anticipare la lettura dei bisogni ancora inespressi, con l'obiettivo finale di accompagnare i cittadini nel loro percorso di gestione del processo di salute e di vita, del quale diventano protagonisti portando alla luce i potenziali di cura dei singoli e delle famiglie.
- **Livello comunitario** attraverso azioni rivolte alle comunità, all'interno di una rete di relazioni e connessioni formali e informali, in cui il problema trova soluzione perché vengono modificate le relazioni che lo hanno generato. L'IFoC interagisce con tutte le risorse presenti nella comunità sotto forma di volontariato, associazioni, parrocchie, vicinato, famiglie disponibili a dare aiuto ai concittadini che si trovano temporaneamente in una situazione di fragilità e contribuisce a supportare la rete del welfare di comunità. L'IFoC svolge attività trasversali di implementazio-

ne dell'integrazione con l'obiettivo di favorire l'attivazione e l'integrazione tra i vari operatori sanitari e sociali e le possibili risorse formali e informali presenti sul territorio utili a risolvere problematiche inerenti ai bisogni di salute (FNOPI).

Target di popolazione

In assenza di indicazioni da parte del DMS 77/2022 sul target della popolazione degli IFoC è invece il documento della Conferenza delle Regioni ad esprimersi.

L'infermiere di comunità, presente nel territorio con continuità, è di riferimento per tutta la popolazione (ad es. per soggetti anziani, per pazienti cronici, per istituti scolastici ed educativi che seguono bambini e adolescenti, per le strutture residenziali non autosufficienti, ecc...); tuttavia dato che la fragilità oggi è considerata la condizione da identificare precocemente nel modello di stratificazione del bisogno, da supportare con interventi diversificati a favore della persona e delle risorse del contesto abituale di vita e che tale condizione vincola a prevedere modalità e livelli diversi di intervento coerenti con l'intensità e le caratteristiche del bisogno, è opportuno concentrare il focus dell'IFoC su tale target identificato attraverso l'analisi dei dati epidemiologici e sociodemografici. Attraverso questo processo di stratificazione della popolazione, individuato nel Piano Nazionale per la Cronicità quale prima fase indispensabile per definire le strategie e gli interventi più appropriati di medicina di iniziativa e assistenza pro-attiva (Population Health Management, Chronic Care Model, Welfare Comunitario), i soggetti principali - Medici di medicina generale, IFoC e professionisti dell'area Sociale – possono rivolgere la loro attenzione alle fasce che presentano maggior fragilità e che possono giovare di un intervento precoce, integrato e multiprofessionale. Viste le caratteristiche epidemiologiche e il profilo demografico nazionale, la fascia di popolazione anziana con patologie croniche, risulta essere un target preferenziale.

Inoltre in particolari condizioni epidemiologiche, quale quella da COVID-19 attuale, il suo intervento può essere orientato alla gestione di un target di popolazione specifica, ad es. per il tracciamento e monitoraggio dei casi di COVID-19 coadiuvando le UCA, in colla-

borazione con Medici di Medicina Generale e Igiene Pubblica e nelle campagne vaccinali (Conf. Regioni, 2020).

Competenze e Formazione

Secondo la Conferenza delle Regioni (2020), le competenze richieste all'IFoC sono di natura clinico assistenziale e di tipo comunicativo-relazionale. L'IFoC deve possedere capacità di lettura dei dati epidemiologici e del sistema-contesto, deve avere un elevato grado di conoscenza del sistema della Rete dei Servizi sanitari e sociali per creare connessioni ed attivare azioni di integrazione orizzontale e verticale tra servizi e professionisti a favore di una risposta sinergica ed efficace al bisogno dei cittadini della comunità. I requisiti formativi previsti sono da definire con un ordine temporale differenziato. Si ritiene necessario individuare infermieri per i quali sia possibile valorizzare l'esperienza acquisita, la motivazione e l'interesse all'ambito territoriale dell'assistenza.

la Conferenza delle Regioni ritiene inoltre necessario avviare iniziative di formazione aziendale, sulla base di indicazioni regionali, che permettano di formare, in tempi brevi, anche con modalità blended¹⁶ e formazione sul campo, infermieri per questa nuova forma di attività assistenziale territoriale. Tale formazione potrà essere riconosciuta e considerata anche ai fini dell'eventuale accesso successivo a percorsi accademici (Conf. Regioni, 2020).

Vista l'attuale configurazione dell'IFoC che, in base al D.M.S. 77/2022 è essenzialmente l'infermiere di tutte le attività distrettuali, è difficile pensare, come richiesto da alcuni, ad una formazione massiva con Master di tutti gli IFoC; ipotesi che appare ingiustificata e non selettiva di una funzione infermieristica estremamente diffusa oltre ad essere un elemento di ulteriore complicazione dell'attuale fase di carenza infermieristica. Specifici percorsi accademici si possono invece prevedere per peculiari funzioni dell'IFoC.

¹⁶ La formazione **blended** descrive un approccio di eLearning che combina i metodi tradizionali in aula e la formazione autonoma, per creare una metodologia ibrida. Unisce l'apprendimento offline (formazione tradizionale, faccia a faccia) con la formazione online, in modo che questi due approcci si completino a vicenda.

Qualche valutazione

La previsione dell'infermiere di famiglia o di comunità costituisce una innovazione importante ma la contingenza economica e la grave carenza di infermieri l'ha fortemente depotenziata.

Secondo l'Organizzazione mondiale della Sanità, che ha promosso nel mondo l'istituzione di tale figura, l'infermiere di famiglia dovrebbe trascorrere buona parte del suo tempo a lavorare a domicilio della persona assistita e della sua famiglia aiutando gli individui ad adattarsi alla malattia e in particolare alle malattie croniche e alla disabilità che spesso le accompagna. Nel modello dell'OMS, il lavoro dell'infermiere di famiglia è incentrato proprio sull'aiuto al nucleo familiare e prevede che l'infermiere di famiglia sia responsabile di un gruppo predefinito di "famiglie".

Probabilmente alla base della previsione contenuta nel D. L. 34/2020 c'era qualcosa di simile, non a caso per l'IFoC si parlava solo di assistenza domiciliare. Il modello che emerge dal D.M.S. 77/2022 è qualcosa di diverso. Non necessariamente migliore o peggiore, ma diverso da quanto previsto dall'OMS.

Il modello del D.M.S. 77/2022 delinea un IFoC che viene impegnato in tutti i setting assistenziali contenuti all'interno del distretto sanitario e quindi che opera nei servizi domiciliari, ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali. Si tratta in un qualche modo di un infermiere distrettuale che ha però una forte caratterizzazione delle competenze sul fronte dell'intercettazione dei bisogni di salute, dell'educazione sanitaria individuale, familiare e di comunità, del coinvolgimento attivo della comunità e con una forte propensione verso le attività di prevenzione.

Competenze ed attività di straordinario interesse che però non in tutti setting assistenziali del distretto potranno essere sviluppati appieno.

Il modello organizzativo messo in campo per l'IFoC probabilmente risente delle risorse messe in campo e soprattutto della gravissima carenza di infermieri che ha portato il modello proposto ad allontanarsi dalla previsione dell'OMS. Lo sviluppo di un nuovo paradigma assistenziale richiede, infatti, la disponibilità di molti infermieri. Pochi avranno la possibilità di fare davvero l'infermiere di famiglia così come concepito dall'OMS, oggi e nel medio periodo. Però, nei prossimi anni, man mano che aumenteranno gli infermieri gli stessi potranno cominciare ad uscire dai setting assistenziali distrettuali e co-

minciare a fare assistenza domiciliare proattiva, preventiva ed educativa alle famiglie.

La nuova figura è stata prevista ed ha grandi potenzialità. Non dovremo mai smettere di crederci e di implementarne gradualmente la presenza nel territorio con particolare riferimento a quelle competenze e funzioni innovative che ruotano essenzialmente attorno alle cure primarie e alla prevenzione.

Bibliografia

- Aimaretti Gianluca, Bidone Sara, Campagna Sara, Costa Giuseppe, Dal Molin Alberto, Dimonte Valerio, Faggiano Fabrizio, Giuliano Pasquale, Menarello Ginetto, Obbia Paola, Position paper 23 infermiere di famiglia e di comunità 2019, Torino, Associazione Infermieri di Famiglia e Comunità; 2019 [visitato il 7 settembre 2020]. Link: [Position-Paper-AIFEC-UNITO-UPO-2019.pdf](#)
- Conferenza delle regioni, Documento recante: “Linee di indirizzo infermiere di famiglia/comunità” ex L. 17 luglio 2020 n. 77”. 10/9/2020. Link: <http://www.regioni.it/newsletter/n-3909/del-17-09-2020/infermiere-di-famiglia-e-di-comunita-linee-di-indirizzo-21653/>
- Decreto Legge 19 maggio 2020, n. 34, Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19.
<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/05/19/20G00052/sg> (7/10/2020).
- Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19.
- Decreto Ministero della Salute del 23/5/2022, n. 77: “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale”: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/06/22/22G00085/sg>
- FNOPI Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche, “Position statement: l’infermiere di famiglia e di comunità”, luglio 2020: <https://www.infermiereonline.org/wp-content/uploads/2020/10/Position-Statement-FNOPI-LInfermiere-di-famiglia-e-di-comunit%C3%A0.pdf>
- Pesaresi F., PNRR: ci saranno gli infermieri?, Blog Franco Pesaresi Welfare, 21/7/2021:

<https://francopesaresi.blogspot.com/2021/06/pnrr-ci-sarannogli-infermieri.html>

- Who Europe, The family health nurse context, conceptual framework and curriculum, Copenhagen, 2000: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/53860/E92341.pdf
- Who Europe, HEALTH21: an introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region, Copenhagen, 1998: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/109759/EHFA5-E.pdf

10. PNRR: CI SARANNO GLI INFERMIERI?

Il Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) nella missione 6 Salute prevede una serie di investimenti sia nella sanità territoriale sia in quella ospedaliera che, una volta realizzati, richiederanno la disponibilità di un numero aggiuntivo e significativo di infermieri. Le nuove case della comunità, gli ospedali di comunità, il potenziamento dell'assistenza domiciliare, le centrali operative territoriali e il completamento della nuova rete delle terapie intensive ospedaliere richiederanno la disponibilità di 36.153 infermieri in più rispetto alla dotazione attuale (Cfr. Tab.10.1).

Tab. 10.1 – Numero di infermieri necessari per l'attuazione del Recovery Plan

Investimenti	Numero di infermieri necessari
n. 1350 Case della Comunità	16.200
n. 600 Centrali operative territoriali (COT)	3.000
n. 400 Ospedali di comunità	3.600
Potenziamento cure domiciliari: 10% degli anziani	5.316
2.679 posti letto nelle terapie intensive ancora da attivare*	8.037
Totale	36.153

Note: *Posti letto già previsti nel 2020 e non ancora realizzati. Fonte: nostra elaborazione da dati della documentazione del Governo inviata all'UE a corredo del PNRR (2021), del D. M. S. n. 77/2022, della Corte dei Conti (2021).

Come è stata fatta la stima?

Per alcune delle nuove strutture e servizi attivati dal PNRR le necessità aggiuntive di infermieri è indicata direttamente dalla documentazione inviata all'UE a corredo del PNRR e soprattutto dal D. M. n. 77/2022.

La nostra stima del personale infermieristico necessario per il potenziamento dell'assistenza domiciliare è stata realizzata tenendo conto

che il PNRR punta ad assistere a domicilio 807.970 anziani in più rispetto ad ora. Attualmente, per ogni anziano assistito in ADI vengono erogate mediamente 13 ore all'anno di assistenza infermieristica che, pur bassissimo, è il parametro che è stato utilizzato per calcolare le necessità future – pari 5.316 infermieri aggiuntivi – per attuare questa parte del PNRR. Una previsione molto prudente (non tiene conto per esempio delle ferie) che diverge molto dalle previsioni dell'Agenzia Sanitaria Nazionale che ha previsto la necessità di 12.500 infermieri in più.

Il PNRR riprende ed ingloba inoltre quanto previsto dal D.L. 34/2020 per il potenziamento delle terapie intensive con perché realizzato solo in parte. Come si ricorderà nel Decreto si prevede di aumentare la dotazione strutturale sul territorio nazionale di almeno 3.500 posti letto di terapia intensiva e di riqualificare 4.225 posti letto di area semintensiva. In relazione all'andamento della curva pandemica, per almeno il 50% dei letti di semintensiva, si prevede la possibilità di immediata conversione in posti letto di terapia intensiva, mediante integrazione delle singole postazioni con la necessaria strumentazione di ventilazione e monitoraggio. Per calcolare le necessità di infermieri aggiuntivi non ho tenuto conto dei letti di terapia semintensiva. Secondo la legge si tratta di riqualificazione di posti letto già esistenti di semintensiva che, al bisogno, dovranno essere trasformati in letti di terapia intensiva (Vedi D.L. 34/2020, art. 2 comma 2)¹⁷. I 3.500 posti letto di terapia intensiva (poi diventati 3.591 nei programmi delle regioni), invece, sono tutti nuovi, in gran

¹⁷ 2. Le regioni e le province autonome programmano una riqualificazione di 4.225 posti letto di area semi-intensiva, con relativa dotazione impiantistica idonea a supportare le apparecchiature di ausilio alla ventilazione, mediante adeguamento e ristrutturazione di unità di area medica, prevedendo che tali postazioni siano fruibili sia in regime ordinario, sia in regime di trattamento infettivologico ad alta intensità di cure. In relazione all'andamento della curva pandemica, per almeno il 50 per cento dei posti letto di cui al presente comma, si prevede la possibilità di immediata conversione in posti letto di terapia intensiva, mediante integrazione delle singole postazioni con la necessaria strumentazione di ventilazione e monitoraggio. Al funzionamento dei predetti posti letto, a decorrere dal 2021, si provvede con le risorse umane programmate a legislazione vigente (Art. 2 comma 2 DL 34/2020).

parte sono ancora da realizzare ed avranno bisogno di personale per funzionare. Secondo la Corte dei Conti (2021), al 29 aprile 2021 erano stati attivati solo 922 (il 25,7%) dei posti letto previsti per cui ne rimarrebbero ancora da attivare 2.679. E solo su questi è stato calcolato il bisogno di personale infermieristico aggiuntivo (Cfr. Tab.10.1).

Ci saranno gli infermieri per tutte queste nuove attività?

La piena attuazione del PNRR si avrà a partire dal gennaio 2027 anche se le necessità cresceranno gradualmente anno dopo anno, per cui per semplicità faremo le stime assumendo come punto di riferimento le necessità per personale infermieristico previste per il 2027. Gli infermieri che, all'1/1/2020, lavorano all'interno del Servizio Sanitario Nazionale e delle strutture sanitarie private sono 332.292. Le necessità di personale infermieristico aggiuntivo, come abbiamo visto, ammontano a 36.153.

A questi infermieri bisogna aggiungere il personale che sostituirà gli infermieri che andranno in pensione nei prossimi anni. La documentazione a corredo del PNRR ed inviata all'UE fornisce una stima dei pensionamenti degli infermieri che è stata calcolata sulla base degli infermieri che attualmente hanno un'età superiore ai 60 anni ed ipotizzando che questi vadano tutti in pensione a 67 anni. In questo modo il PNRR stima che il 7,83% del totale degli infermieri vada in pensione nel periodo 2021-2026 per un totale di 26.018 infermieri. Nella realtà, le cose non vanno affatto in questo modo. Gli infermieri, mediamente, vanno in pensione a 63 anni circa. Per cui è molto più probabile che il numero di infermieri che andrà in pensione nel periodo 2021-2027 sarà circa il doppio di quello stimato dai documenti del PNRR. Si tenga conto che, per esempio, nel periodo 2014-2018 hanno lasciato il SSN per pensionamento 37.744 infermieri (e nello stesso periodo ne sono stati assunti 37.731 (Bozzi, 2021).

Quanti nuovi infermieri completeranno il triennio universitario e saranno disponibili da qui al 2027? Sommando gli studenti ammessi al corso di formazione base per infermiere a partire dal corso 2018/2019 ed ipotizzando che il governo confermi anche nei prossimi anni lo stesso fabbisogno stabilito per l'anno 2020/2021, i nuovi

laureati potenziali saranno 90.168. Ma noi sappiamo che questo numero è sovrastimato perché bisogna tener conto degli abbandoni e delle altre modificazioni dei percorsi di vita degli studenti per cui è possibile ipotizzare che da oggi al 2027 avremo a disposizione circa 85.000 nuovi infermieri (Cfr. Tab. 10.2). Ma se guardiamo al numero degli infermieri neolaureati del 2021 dovremmo stimarne un numero inferiore.

Tab.10.2 – Stima delle necessità dei nuovi infermieri al 2027

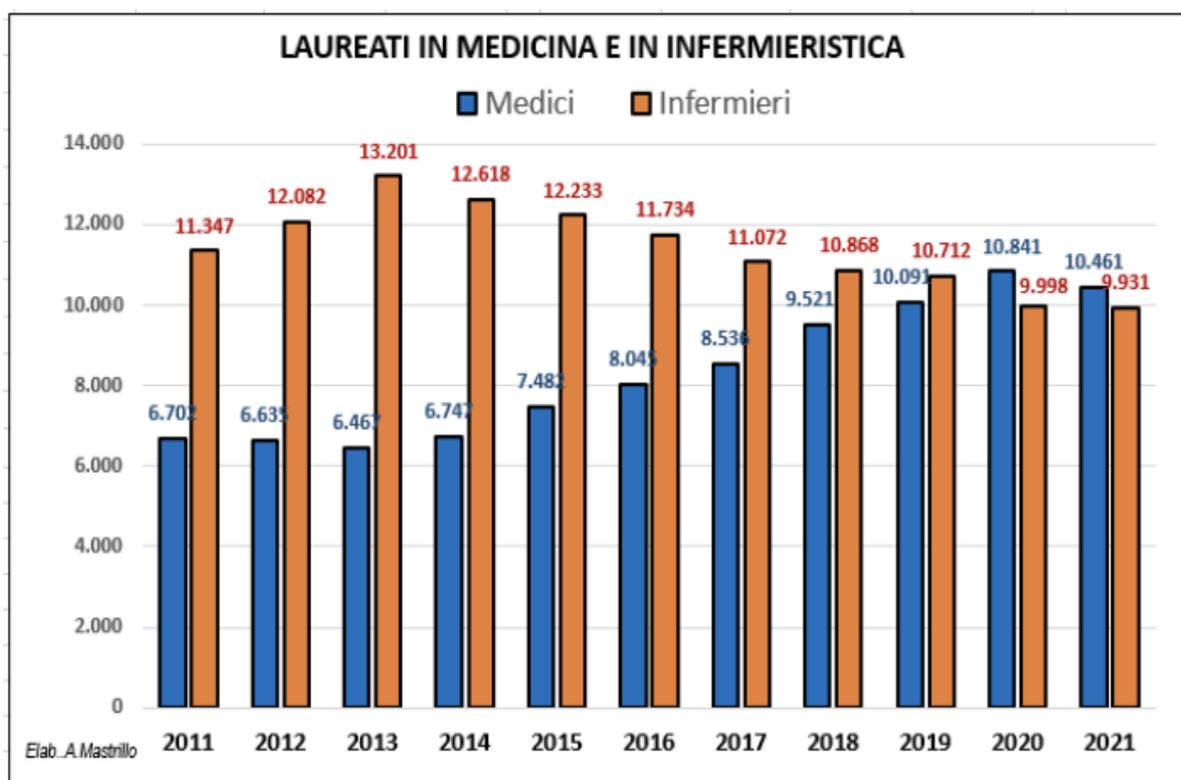
Infermieri necessari per l'attuazione del PNRR	36.153
Stima dei pensionamenti degli infermieri dal 2020 al 2026	52.035
TOTALE necessità	88.188
Nuovi infermieri laureati dal 2021 al 2026	85.000

Gli infermieri neolaureati del 2021 sono meno dei medici

Nel contempo, proprio nel 2021, per la prima volta il numero degli infermieri neolaureati è sceso sotto quota 10.000, per la precisione 9.931. Negli anni precedenti erano sempre stati di più. Oltre 13.000 nel 2013, per esempio (Cfr. Fig. 10.1).

Ma i paradossi non finiscono qui. Per il secondo anno consecutivo i medici neolaureati (10.461 nel 2021) superano gli infermieri neolaureati mentre, in una situazione normale, gli infermieri neolaureati dovrebbero essere almeno il doppio dei medici.

Figura 10.1 – Laureati in medicina e infermieristica: anni 2011-2021.



File: Mastrillo su differenza Laureati Infermieri e Medici anni 2011-2021

C'è qualcosa di sbagliato nella programmazione del fabbisogno di personale sanitario da parte del Governo e delle Regioni e nell'impegno delle Università nella formazione di questi giovani.

C'è sicuramente un problema di insufficienza dei posti messi a bando per l'ammissione al corso. C'è un problema dell'Università che per ora è in grado di accogliere solo 15.000 posti all'anno (tirocini, ecc.)

rispetto ad una domanda dei giovani che è almeno di 18.000 candidature. E poi c'è ancora un problema che in parte è dell'Università perché una quota significativa dei ragazzi che frequentano il corso di laurea per infermieri non riesce a completare gli studi. Una media del 25% che è arrivata al 33% nel 2021.

In questa situazione, il numero dei neolaureati non copre neanche il personale infermieristico che va in pensione.

Può contare anche il tema dell'attrattività della professione ma quando arrivano oltre 18.000 domande all'anno senza fare alcuna pubblicità non credo che sia questo il problema principale. Credo che il problema principale dipenda dal governo, dalle regioni e dalle università che negli anni passati hanno sbagliato la programmazione del fabbisogno e adesso devono fare ogni sforzo straordinario per accogliere quanti più giovani al corso universitario accompagnandoli e sostenendoli in tutto il loro percorso per evitare un numero così elevato di abbandoni.

Le prospettive future

Una prima risposta è dunque che il fabbisogno di formazione infermieristica programmato dal Governo probabilmente sarà insufficiente a coprire le necessità di nuovi infermieri richiesti dall'attuazione del PNRR e a garantire la sostituzione del personale in pensione.

Se i nuovi infermieri che si formeranno nei prossimi 4 anni non basteranno a coprire le nuove necessità che derivano dal PNRR e dai pensionamenti vuol dire che manterremo per lunghi anni questa situazione di grave difficoltà che si registra attualmente nel reperire personale infermieristico negli ospedali, nelle strutture residenziali per anziani e in tutte le altre attività sanitarie. Vivremo una situazione di grave carenza di personale infermieristico ancor più intensa di quella attuale.

Le attuali carenze infermieristiche sono importanti. Barbara Mangiacavalli, presidente della Federazione nazionale degli ordini delle pro-

fessioni infermieristiche, supportata da un rapporto del Censis del 2020, afferma che la carenza degli infermieri supera le 60.000 unità (QS, 2021).

Anche rispetto agli altri paesi e agli standard di riferimento la situazione di svantaggio dell'Italia è evidente. Occorre infatti rammentare che secondo l'OCSE il valore medio benchmark da raggiungere è pari a 8,8 infermieri ogni 1.000 abitanti, per cui il fabbisogno nazionale sarebbe di 524.845 infermieri. All'1/1/2020 avevamo invece solo 332.292 infermieri pari a 5,6 per mille abitanti. La situazione nel 2027 sarà poco diversa con circa 365.300 infermieri pari a 6,2 infermieri per mille abitanti. Cifre ancora molto lontane dagli standard di riferimento fissati dall'OCSE (Cfr. Tab. 10.3).

Tab. 10.3 – Personale infermieristico previsto per il futuro

Numero di infermieri all'1/1/2020	332.292 (5,6 per 1.000 ab.)
Infermieri formati dal 2018 al 2023 e disponibili nel 2027	85.000
Stima dei pensionamenti degli infermieri dal 2020 al 2026	52.035
Necessità di infermieri in base allo standard ottimale OCSE (8,8 per 1.000 abitanti)	524.845
Numero di infermieri al 2027	365.300 (6,2 per 1.000 ab.)

Con questo quadro della programmazione del fabbisogno formativo di infermieri non cambierà la situazione di grave sofferenza del sistema sanitario per mancanza di personale infermieristico. Occorre pertanto rivedere soprattutto la programmazione del numero di studenti da ammettere ai corsi universitari per infermieri ampliando il loro numero sulla base delle reali necessità del paese e degli obiettivi sanitari che il paese si vuol dare. Senza questo passaggio, senza la disponibilità reale di nuovi laureati servono a poco tutti gli altri atti conseguenti e necessari di potenziamento degli organici e di sblocco di assunzioni.

Bibliografia

Bartoloni M., Emergenza nuovi infermieri, meno laureati che tra i medici, *Il Sole 24 Ore*, 28/6/2022.

Bozzi M., Il PNRR va sostenuto, ma servono dati certi e rigore metodologico, *Quotidiano Sanità*, 20/5/2021:

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-diretto-re/articolo.php?articolo_id=95678#:~:text=Il%20Pnrr%20va%20sostenu-to%2C%20ma,e%20rigore%20metodologico%20%2D%20Quotidian-o%20Sanit%C3%A0

Censis, Dagli infermieri le buone soluzioni per la sanità del prossimo futuro, 2020: <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2020/06/Ricerca-Censis-Fnopi-finale.pdf>

Corte dei Conti, Rapporto 2021 sul coordinamento della finanza pubblica: <https://www.corteconti.it/Download?id=867011ba-87e4-4e6b-8338-dd4874ff0b39>

Decreto-legge del 19/05/2020 n. 34: Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19.

Ministero della Salute, Anuario Statistico del Servizio Sanitario 2018, 2020:

https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2980_allegato.pdf

Quotidiano Sanità, Infermieri di famiglia al palo. Fnopi: “Corte dei conti ne certifica il mancato utilizzo”, 31/5/2021:

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=95990

11. TRISTE RI-EPILOGO SUGLI INFERMIERI

Le attuali carenze infermieristiche sono importanti

Il Servizio sanitario nazionale, come è noto, soffre di una gravissima carenza di infermieri. Barbara Mangiacavalli, presidente della Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche (FNOPI), supportata da un rapporto del Censis, nel 2021 affermava che la carenza degli infermieri superava le 60.000 unità (QS, 2021). Ma al di là delle cifre, la situazione di grave difficoltà è ampiamente conosciuta per la difficoltà di sostituire il personale che va in pensione o quando occorre attivare un nuovo servizio. Questo per dare l'idea del quadro di partenza.

Gli infermieri che serviranno per il DMS 77

Il Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), approvato nel corso del 2021, ha aumentato il fabbisogno di infermieri. La Missione 6 Salute del PNRR prevede, infatti, una serie di investimenti sia nella sanità territoriale sia in quella ospedaliera che, una volta realizzati, richiederanno la disponibilità di un numero aggiuntivo e significativo di infermieri. Le nuove case della comunità, gli ospedali di comunità, il potenziamento dell'assistenza domiciliare, le centrali operative territoriali definiti dal D.M.S. 77/2022 e il completamento della nuova rete delle terapie intensive ospedaliere richiederanno la disponibilità di circa 36.153 infermieri in più rispetto alle dotazioni attuali (Cfr. Tab.12.1). A questi numeri andrebbero poi aggiunti anche gli infermieri di famiglia o di comunità la cui quantificazione risulta difficile essendo possibile utilizzarli in servizi diversi.

E' del tutto chiaro, ma non a tutti purtroppo, che senza nuovi infermieri tutti questi servizi non si potranno attivare.

Lavorare sull'aumento degli infermieri diventa pertanto prioritario per ogni attività dei diversi livelli di governo della sanità e dell'area sociosanitaria.

Tab. 12.1 – Numero di infermieri necessari per l’attuazione del PNRR

Investimenti	Numero di infermieri necessari
n. 1.350 Case della Comunità	16.200
n. 600 Centrali operative territoriali (COT)	3.000
n. 400 Ospedali di comunità	3.600
Potenziamento cure domiciliari: 10% degli anziani	5.316
2.679 posti letto nelle terapie intensive ancora da attivare*	8.037
Totale	36.153

Note: *Posti letto già previsti nel 2020 e non ancora realizzati. Fonte: nostra elaborazione da dati della documentazione del Governo inviata all’UE a corredo del PNRR (2021), della Corte dei Conti (2021), del D.M.S. n. 77/2022.

I dati dell’ultimo anno

Nel contempo, proprio nel 2021, per la prima volta il numero degli infermieri neolaureati è sceso sotto quota 10.000, per la precisione 9.931. Negli anni precedenti erano sempre stati di più. Oltre 13.000 nel 2013, per esempio.

Ma i paradossi non finiscono qui. Per il secondo anno consecutivo i medici neolaureati (10.461 nel 2021) superano gli infermieri neolaureati mentre, in una situazione normale, gli infermieri neolaureati dovrebbero essere almeno il doppio dei medici.

Il primo decreto Ministero dell’Università e della Ricerca (MUR)

In questo quadro, il Ministero dell’Università e della Ricerca, con Decreto del 1/7/2022, ha assegnato solo 17.997 posti (+ 264 infermieri pediatrici) per il corso di infermiere nelle Università italiane.

Il fabbisogno della conferenza Stato-Regioni

Cinque giorni dopo (6/7/2022), la Conferenza Stato-Regioni ha approvato il fabbisogno delle professioni sanitarie fissando, invece, in **24.352 i posti** nei corsi per infermiere nelle università (+ 268 infer-

mieri pediatrici). Vale la pena di rilevare che la FNOPI ha proposto 29.064 posti.

C'è una differenza di oltre 6.000 posti fra il Decreto del Ministero dell'Università e l'accordo in Conferenza Stato-Regioni.

Rimangono molti interrogativi sul perché i due percorsi del Ministero dell'Università e della Conferenza Stato-Regioni relativi alla definizione del fabbisogno formativo degli infermieri siano giunti con soli 6 giorni di differenza a conclusioni così diverse ed inconciliabili.

Qualcuno cerca di tranquillizzare il clima annunciando che ci sarà un nuovo decreto del Ministero dell'Università che adeguerà i posti per l'accesso ai corsi da infermiere seguendo le indicazioni della Conferenza Stato-Regioni. Ma intanto le prove si svolgeranno avendo come punto di riferimento i posti stabiliti dall'Università e non dalla Conferenza Stato – Regioni. E questi numeri non incentivano la partecipazione dei candidati.

Il secondo Decreto del Ministero dell'Università

Il 13 settembre arriva il secondo decreto (n. 1074/2022) del Mur con i posti definitivi per le professioni sanitarie per l'anno accademico 2022-2023. Il Ministero dichiara esplicitamente nel Decreto che è impossibilitato a rispettare l'Accordo Stato-Regioni del 6 luglio, tenuto conto di quanto previsto dall'art. 3 co. 2 della legge n.264/1999¹⁸.

¹⁸ “2. La valutazione dell'offerta potenziale, al fine di determinare i posti disponibili di cui alle lettere a), b) e c) del comma 1, è effettuata sulla base:

a) dei seguenti parametri:

- 1) posti nelle aule;
- 2) attrezzature e laboratori scientifici per la didattica;
- 3) personale docente;
- 4) personale tecnico;
- 5) servizi di assistenza e tutorato;

b) del numero dei tirocini attivabili e dei posti disponibili nei laboratori e nelle aule attrezzate per le attività pratiche, nel caso di corsi di studio per i quali gli ordinamenti didattici prevedono l'obbligo di tirocinio come parte integrante del percorso formativo, di attività tecnico-pratiche e di laboratorio;

c) delle modalità di partecipazione degli studenti alle attività formative obbligatorie, delle possibilità di organizzare, in più turni, le attività didattiche nei

Così l'Università attiva solamente 19.375 posti per i corsi per infermieri (+1.378 posti rispetto al primo decreto) invece dei 24.352 previsti dall'Accordo Stato-Regioni.

L'aspetto che rende il quadro intollerabile è che anche l'anno scorso è andata così. Di quanto tempo ha bisogno l'Università per far crescere l'offerta formativa, in una situazione di vera emergenza?

Tutto questo è accaduto senza che una sola voce si sia levata a segnalare il comportamento del Ministero dell'Università.

La prova di accesso ai corsi

Il 15 settembre si sono tenuti in tutta Italia gli esami per l'ammissione ai corsi universitari per infermiere. Purtroppo si sono tenuti con i posti stabiliti dal primo decreto del Ministero dell'Università (17.997 posti) e non di quelli stabiliti dalla Conferenza Stato-Regioni.

Si sono presentati 25.380 candidati. Meno del 2021 (-9,2%) , che erano stati 27.952. Ma comunque potenzialmente sufficienti a coprire tutti i posti banditi, anche di quelli del secondo decreto.

Qualche valutazione

Di fronte ad una vera e propria emergenza quale è quella della carenza infermieristica i diversi livelli di governo hanno dimostrato la loro inadeguatezza. Le responsabilità vanno distribuite in modo diverso ma questo non cambia l'esito complessivo che è comunque gravemente insufficiente. La carenza degli infermieri è uno di quei problemi che non si risolvono a breve con un intervento straordinario, ma programmando e pianificando gli interventi che daranno i loro primi positivi risultati solo fra tre anni, alla conclusione del ciclo di studi universitari.

In questo caso non c'è stato coordinamento fra i diversi Ministeri della Salute e dell'Università che hanno seguito percorsi diversi in totale separatezza. Il Ministero dell'Università e le diverse Facoltà non sono riuscite a programmare lo sviluppo dell'offerta formativa

laboratori e nelle aule attrezzate, nonché dell'utilizzo di tecnologie e metodologie per la formazione a distanza.

degli infermieri pur in presenza di una problematica ampiamente conosciuta.

Adesso c'è da chiedersi con quale personale verranno attivati i nuovi servizi previsti dal PNRR e con quale personale si farà fronte alle necessità dei servizi sanitari e delle strutture residenziali sociosanitarie. Non si può neanche accettare le frasi rassegnate di chi segnala che non ci sono abbastanza candidati per la professione di infermiere. Frase falsa perché le domande anche questo anno ci sono state seppur in diminuzione rispetto all'anno scorso. Ma anche qui occorre sollecitare l'interesse dei giovani per la professione dell'infermiere ed invece non si è fatto nulla. C'è un'emergenza eppure non ho visto nessuna campagna promozionale per la ricerca di nuovi studenti e si continua a far pagare una tassa di iscrizione per la prova di ammissione che nelle università statali è mediamente di 55 euro di cui potrebbe farsi carico il Ministero.

Mi chiedo se c'è la consapevolezza della drammaticità della situazione e quali siano le strategie per porvi rimedio.

Bibliografia

- Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni, Rep. Atti n. 131/CU del 6 luglio 2022, Accordo, ai sensi dell'articolo 4, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, concernente la "Determinazione del fabbisogno per l'A.A. 2022-2023 dei laureati magistrali a ciclo unico, dei laureati delle professioni sanitarie e dei laureati magistrali farmacista, biologo, chimico, fisico, psicologo, ai sensi dell'articolo 6-ter del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modificazioni".
- Corte dei Conti, Rapporto 2021 sul coordinamento della finanza pubblica: <https://www.corteconti.it/Download?id=867011ba-87e4-4e6b-8338-dd4874ff0b39>
- Mastrillo A., Corsi di laurea professioni sanitarie, aumenta l'offerta di posti (+4%) ma diminuisce la domanda (-7%). Infermieri: -9,2% aspiranti nurse, Sanità24, 3/9/2022: <https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2022-09-13/corsi-laurea-professioni-sanitarie-aumenta-l-offerta-posti-4percento-ma-diminuisce-domanda-7percento-infermieri-92percento-aspiranti-nurse-093238.php?uuid=AEQvXuzB>
- Pesaresi F., [Pnrr: ci saranno gli infermieri?](https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2022-09-13/corsi-laurea-professioni-sanitarie-aumenta-l-offerta-posti-4percento-ma-diminuisce-domanda-7percento-infermieri-92percento-aspiranti-nurse-093238.php?uuid=AEQvXuzB), Franco Pesaresi Welfare Blog, 14/6/2021: <https://francopesaresi.blogspot.com/2021/06/pnrr-ci-saranno-gli-infermieri.html>
- Quotidiano Sanità, Professioni sanitarie. Il Mur pubblica i posti definitivi che superano i 32 mila. Per gli infermieri sono oltre 19 mila, 14/9/2022: https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=107244
- Quotidiano Sanità, Infermieri di famiglia al palo. Fnopi: "Corte dei conti ne certifica il mancato utilizzo", 31/5/2021: https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=95990

LA NORMA

**Decreto Ministero della Salute 23
maggio 2022, n. 77: “Regolamento
recante la definizione di modelli e
standard per lo sviluppo
dell’assistenza territoriale nel Ser-
vizio sanitario nazionale”.**

disciplina di tali scambi, occorre aggiornare le regole procedurali di carattere tecnico-operativo, il Ministero della giustizia provvede con uno o più decreti emanati ai sensi del comma 1-bis all'adeguamento delle regole procedurali ivi indicate.

2. Per le procedure concernenti l'utilizzazione del codice identificativo di cui all'articolo 43, il decreto dirigenziale è adottato sentito altresì il Ministero dell'interno. Per le procedure concernenti l'utilizzazione del codice fiscale, fatte salve la disciplina in materia di anagrafe tributaria e codice fiscale e le relative competenze del Ministero dell'economia e delle finanze e delle agenzie fiscali, il decreto è adottato altresì sulla base delle prescrizioni tecniche stabilite con decreto dirigenziale del Ministero dell'economia e delle finanze.

3. Le tecnologie informatiche sono finalizzate a prevenire e correggere eventuali errori nella immissione, scambio, trasmissione e conservazione dei dati, anche in collegamento con il sistema informatizzato dei registri.»

«Art. 43 (Codice identificativo sulla base delle impronte digitali). — 1. Al fine di consentire la sicura riferibilità di un procedimento ad un cittadino di Stato appartenente all'Unione europea, che non abbia il codice fiscale, ad un cittadino di Stato non appartenente all'Unione europea, ad una persona di cui non è nota la cittadinanza o ad un apolide, con decreto dirigenziale del Ministero della giustizia, di concerto con il Ministero dell'interno, sentiti la Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento per l'innovazione e le tecnologie - e il Garante per la protezione dei dati personali, sono stabilite le regole tecniche che consentono, nei casi previsti dal presente testo unico, l'adozione di un codice identificativo attraverso l'utilizzazione del sistema di riconoscimento delle impronte digitali esistente presso il Ministero dell'interno, come eventualmente modificato o integrato dalla normativa di attuazione prevista dall'art. 34 della legge 30 luglio del 2002, n. 189, e successive modificazioni.

2. Con lo stesso decreto di cui al comma 1, possono essere determinate le modalità di collegamento tra il sistema previsto dall'art. 2 comma 7 del decreto legge 9 settembre 2002, n. 195, convertito, con modificazioni, dalla legge 9 ottobre 2002, n. 222, e il casellario giudiziale.»

Note all'art. 4:

— Si riporta il testo dell'articolo 4 del decreto legislativo 12 maggio 2016, n. 75 (Attuazione della decisione 2009/316/GAI che istituisce il Sistema europeo di informazione sui casellari giudiziari (ECRIS), in applicazione dell'articolo 11 della decisione quadro 2009/315/GAI):

«Art. 4. (Modalità di trasmissione delle informazioni). — 1. Nella trasmissione delle informazioni relative alla qualificazione giuridica del fatto e alle disposizioni normative applicabili si menziona il codice corrispondente a ciascuno dei reati indicati secondo la tavola comune delle categorie e sottocategorie di reato di cui all'allegato A al presente decreto.

2. In assenza di corrispondenza del reato con una sottocategoria, la trasmissione delle informazioni utilizza il codice "categoria aperta" della pertinente categoria o, in mancanza di essa o di categorie analoghe, il codice "altri reati".

3. Nella trasmissione delle informazioni sul contenuto della condanna, specificamente sulle pene e sulle misure di sicurezza nonché sulle decisioni successive che applicano misure alternative si menziona il codice corrispondente a ciascuna delle pene e delle misure, secondo la tavola comune delle categorie e delle sottocategorie delle pene e delle misure di cui all'allegato B al presente decreto.

4. In assenza di corrispondenza delle pene o delle misure di cui al comma 3 con una sottocategoria, la trasmissione delle informazioni utilizza il codice "categoria aperta" della pertinente categoria di pene e misure o, in mancanza di essa o di categorie analoghe, il codice "altre pene e misure".

5. L'Ufficio centrale provvede a definire la corrispondenza dei reati e delle pene, oltre che delle altre misure di cui al comma 3, con le indicazioni delle tavole di cui agli allegati A e B al presente decreto, curando altresì l'aggiornamento delle stesse.

6. L'Ufficio centrale, nel fornire le informazioni richieste, specifica, ove possibile, se il reato è stato commesso in forma consumata o tentata, con modalità concorsuali, se sono stati riconosciuti e applicati difetti di imputabilità, cause di giustificazione o cause di non punibilità, se è stata riconosciuta ed applicata la recidiva. Può dare, altresì, se pertinenti, informazioni circa la natura e le condizioni di esecuzione delle pene e delle altre misure applicate, secondo i parametri di cui all'allegato B al presente decreto.

7. L'Ufficio centrale indica il parametro "decisioni non penali" soltanto nei casi in cui lo Stato membro di cui la persona interessata ha la cittadinanza fornisca, su base volontaria, informazioni su dette decisioni in risposta a una richiesta di informazioni sulle condanne.»

— Per l'articolo 42 del citato decreto del Presidente della Repubblica 14 novembre 2002, n. 313, si vedano le note all'articolo 3.

22G00083

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 23 maggio 2022, n. 77.

Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.

IL MINISTRO DELLA SALUTE

DI CONCERTO CON

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA
E DELLE FINANZE

Visto l'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, il quale dispone che con regolamento adottato ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400 sono fissati gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi di cui ai livelli essenziali di assistenza, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano;

Vista la sentenza della Corte costituzionale n. 134 del 2006, che ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, nella parte in cui prevede che il regolamento del Ministro della salute ivi contemplato, con cui sono fissati gli standard e sono individuate le tipologie di assistenza e i servizi, sia adottato «sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano», anziché «previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano»;

Visto l'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, e successive modificazioni;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 sui requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private;

Visto il decreto del 2 aprile 2015, n. 70, del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze concernente il «Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera»;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 recante «Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui



all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502», pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 65 del 18 marzo 2017;

Vista l'Intesa adottata il 18 dicembre 2019 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano concernente il «Patto per la Salute per gli anni 2019-2021» (Rep. Atti n. 209/CSR);

Visto il decreto del 12 marzo 2019 del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze concernente il «Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria»;

Visto il decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 recante «Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19» convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 180 del 18 luglio 2020;

Visto il decreto del Ministro della salute 26 febbraio 2021 con il quale è stata costituita la Cabina di regia del Patto per la salute 2019-2021 che a sua volta ha istituito i gruppi di lavoro tecnici coordinati dalla Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute e dall'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas);

Visto il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), approvato dal Consiglio dell'Unione Europea il 6 luglio 2021 (10160/21), in particolare la Missione 6 Salute, Component 1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale;

Vista la Riforma sulle Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima nell'ambito del PNRR (M6C1-1 «Riforma 1: Definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale) che prevede la definizione di standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l'assistenza territoriale e il sistema di prevenzione salute ambiente e clima e l'identificazione delle strutture ad essa deputate, che intende perseguire una nuova strategia sanitaria, sostenuta dalla definizione di un adeguato assetto istituzionale ed organizzativo, che consenta al Paese di conseguire standard qualitativi di cura adeguati, in linea con i migliori paesi europei e che consideri, sempre più, il SSN come parte di un più ampio sistema di *welfare* comunitario secondo un approccio *one health* e con una visione olistica («*Planetary Health*»);

Visto il decreto del Ministro dell'economia e delle finanze 15 luglio 2021 con cui sono stati individuati per ciascuno degli investimenti del Piano nazionale per gli investimenti complementari (PNC) di competenza del Ministero della salute, attraverso le schede di progetto, gli obiettivi iniziali, intermedi e finali, nonché le relative modalità di monitoraggio;

Visto il decreto del Ministro dell'economia e delle finanze 6 agosto 2021, recante «Assegnazione delle risorse finanziarie previste per l'attuazione degli interventi del piano Nazionale di Riprese e Resilienza (PNRR) e ripartizione di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione»;

Visto il decreto del Ministro dell'economia e delle finanze 23 novembre 2021, recante modifiche alla Tabella A del decreto del Ministro dell'economia e delle finanze del 6 agosto 2021 di assegnazione delle risorse finanziarie previste per l'attuazione degli interventi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e ripartizione di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione;

Visto l'articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 recante Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024 pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 310 del 31 dicembre 2021 ai sensi del quale si dispone che il regolamento per la definizione di standard organizzativi, quantitativi, qualitativi, tecnologici e omogenei per l'assistenza territoriale, sia da adottare con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze;

Visto, altresì, il comma 163, dell'articolo 1, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 recante Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024 pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 310 del 31 dicembre 2021;

Visto il decreto del Ministro della salute 20 gennaio 2022 recante la ripartizione delle risorse alle Regioni e alle Province Autonome di Trento e di Bolzano per i progetti del Piano nazionale di Ripresa e resilienza e del Piano per gli Investimenti Complementari;

Dato atto che il documento tecnico è stato redatto con il coordinamento di Agenas, nell'ambito dei gruppi di lavoro istituiti dalla Cabina di regia del Patto per la Salute 2019-2021;

Ritenuto necessario, per le finalità sopra individuate, anche al fine di garantire la tutela della salute, di cui all'articolo 32 della Costituzione, procedere alla definizione, in modo uniforme per l'intero territorio nazionale, degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture sanitarie dedicate all'assistenza territoriale e al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico;

Considerate le mancate intese espresse dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano nelle sedute del 30 marzo e del 21 aprile 2022;

Ritenuto necessario adottare il decreto attivando la procedura di cui all'articolo 3, comma 3, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, che prevede il coinvolgimento del Consiglio dei ministri, che può intervenire con deliberazione motivata, quando un'intesa espressamente prevista dalla legge non è raggiunta entro trenta giorni dalla prima seduta della Conferenza Stato-regioni in cui l'oggetto è posto all'ordine del giorno;

Vista la delibera motivata del Consiglio dei ministri con la quale, ai sensi dell'articolo 3, comma 3, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, nella seduta del 21 aprile 2022 è stato approvato lo schema di decreto esaminato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano autorizzando il Ministero della salute ad adottarlo di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze;



Udito il parere del Consiglio di Stato, espresso dalla Sezione consultiva per gli atti normativi nell'adunanza del 10 maggio 2022;

Vista la nota prot. n. 8824 del 20 maggio 2022 con la quale, ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, lo schema di regolamento è stato comunicato alla Presidenza del Consiglio dei Ministri;

ADOTTA
il seguente regolamento:

Art. 1.

Standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza territoriale

1. Il modello per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario nazionale e gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza territoriale e al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico sono individuati, rispettivamente, negli Allegati 1, avente valore descrittivo, e 2, avente valore prescrittivo, che costituiscono parte integrante del presente decreto. L'allegato 3, costituente altresì parte integrante del presente decreto, reca, a fini definitivi, il glossario degli acronimi impiegati.

2. Le regioni e province autonome di Trento e di Bolzano provvedono entro 6 mesi dalla data di entrata in vigore del presente Regolamento ad adottare il provvedimento generale di programmazione dell'Assistenza territoriale ai sensi del presente provvedimento.

3. Le regioni e province autonome di Trento e di Bolzano provvedono ad adeguare l'organizzazione dell'assistenza territoriale e del sistema di prevenzione sulla base degli standard di cui al presente decreto, in coerenza anche con gli investimenti previsti dalla Missione 6 Component 1 del PNRR.

Art. 2.

Monitoraggio

1. Il monitoraggio semestrale degli *standard* previsti dal presente Regolamento è assicurato dal Ministero della salute per il tramite dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas).

2. L'Agenas, procederà ad elaborare una relazione, che invierà al Ministero della salute semestralmente sullo stato di implementazione, in ogni singola regione e provincia autonoma di Trento e di Bolzano, degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza territoriale e al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico.

3. Ai fini del monitoraggio degli standard dell'assistenza territoriale, relativamente ai livelli essenziali di assistenza, si rinvia all'Allegato I del decreto del Ministro della salute e del Ministro dell'economia e delle finanze concernente il «Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria» del 12 marzo 2019, ai sensi dell'articolo 5 del medesimo decreto.

4. La verifica di attuazione del presente Regolamento costituisce adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del servizio sanitario nazionale ai fini

e per gli effetti dell'articolo 2, comma 68, lettera c), della legge 23 dicembre 2009, n. 191, prorogato a decorrere dal 2013 dall'articolo 15, comma 24, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, ed è effettuata nell'ambito del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA di cui all'articolo 9 dell'intesa tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sancita in data 23 marzo 2005.

Art. 3.

Regioni a statuto speciale e province autonome

1. Le regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano applicano il presente decreto compatibilmente con i propri statuti di autonomia e con le relative norme di attuazione e, per le regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano, che provvedono autonomamente al finanziamento del Servizio sanitario regionale esclusivamente con fondi del proprio bilancio, compatibilmente con le peculiarità demografiche e territoriali di riferimento nell'ambito della loro autonomia organizzativa.

2. Con riferimento ai progetti di investimento della Missione 6 le stesse regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono anche con le risorse del Piano nazionale di Ripresa e resilienza loro assegnate.

Art. 4.

Clausola di invarianza finanziaria

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano attuano il presente decreto senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica e nell'ambito della cornice finanziaria programmata per il Servizio sanitario nazionale ivi ricomprendendo le risorse del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

Il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sarà inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.

Roma, 23 maggio 2022

Il Ministro della salute
SPERANZA

*Il Ministro dell'economia
e delle finanze*
FRANCO

Visto, *il Guardasigilli*: CARTABIA

Registrato alla Corte dei conti il 14 giugno 2022

Ufficio di controllo sugli atti del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, del Ministero dell'istruzione, del Ministero dell'università e della ricerca, del Ministero della cultura, del Ministero della salute, registrazione n. 1713





Allegato 1

Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale



SOMMARIO

1. **PREMESSA**.....
2. **SVILUPPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE NEL SSN**
3. **STRATIFICAZIONE DELLA POPOLAZIONE E DELLE CONDIZIONI DEMOGRAFICHE DEI TERRITORI COME STRUMENTO DI ANALISI DEI BISOGNI, FINALIZZATA ALLA PROGRAMMAZIONE E ALLA PRESA IN CARICO**.....
4. **DISTRETTO: FUNZIONI E STANDARD ORGANIZZATIVI**
5. **CASA DELLA COMUNITÀ**.....
6. **INFERMIERE DI FAMIGLIA O COMUNITÀ**
7. **UNITÀ DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE**.....
8. **CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE**.....
9. **CENTRALE OPERATIVA 116117**.....
10. **ASSISTENZA DOMICILIARE**.....
11. **OSPEDALE DI COMUNITÀ**
12. **RETE DELLE CURE PALLIATIVE**
13. **SERVIZI PER LA SALUTE DEI MINORI, DELLE DONNE, DELLE COPPIE E DELLE FAMIGLIE** ..
14. **PREVENZIONE IN AMBITO SANITARIO, AMBIENTALE E CLIMATICO**
15. **TELEMEDICINA**.....
16. **SISTEMI INFORMATIVI E DI QUALITÀ**



1. PREMESSA

Il presente documento costituisce la Riforma di settore del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - M6C1-1 - Riforma 1: Definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale - volta a definire modelli e standard relativi all'assistenza territoriale, alla base degli interventi previsti dalla Component 1 della Missione 6 “*Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale*” del PNRR. Si richiama a tal proposito anche l'Appendix 1 contenuto nel documento analitico del PNRR – Missione 6, Component 1.

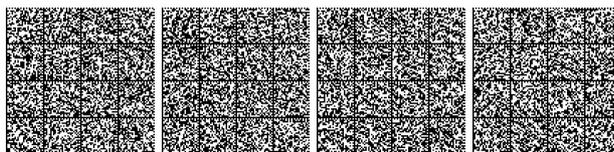
La cornice del PNRR, si è inoltre arricchita dell'entrata in vigore dell'articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 recante “Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024”, di accompagnamento al percorso di implementazione per gli anni 2022-2026 e a regime degli standard di cui al presente documento, con riferimento al personale dipendente e al personale convenzionato, e nel quale è stata autorizzata, a valere sul finanziamento del Servizio sanitario nazionale, la spesa di 90,9 milioni di euro per l'anno 2022, di 150,1 milioni di euro per l'anno 2023, di 328,3 milioni di euro per l'anno 2024, di 591,5 milioni di euro per l'anno 2025 e di 1.015,3 milioni di euro a decorrere dall'anno 2026. La citata norma dispone che la predetta autorizzazione di spesa decorre dalla data di entrata in vigore del presente Regolamento e che con successivo decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, le predette somme siano ripartite fra le regioni e le province autonome in base ai criteri definiti dal medesimo decreto anche tenendo conto degli obiettivi previsti dal PNRR¹.

La medesima legge n. 234/2021² ha previsto un complesso intervento inerente i Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) e gli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) al fine di favorire l'integrazione tra gli ambiti sanitari, sociosanitari e sociali ferme restando le rispettive competenze e ferme restando le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza.

Il complesso degli interventi previsti nel presente documento dovrà avvenire nell'ambito delle risorse umane e finanziarie disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale.

¹ articolo 1 - comma 274: *Al fine di assicurare l'implementazione degli standard organizzativi, quantitativi, qualitativi e tecnologici ulteriori rispetto a quelli previsti dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) per il potenziamento dell'assistenza territoriale, con riferimento ai maggiori oneri per la spesa di personale dipendente, da reclutare anche in deroga ai vincoli in materia di spesa di personale previsti dalla legislazione vigente limitatamente alla spesa eccedente i predetti vincoli, e per quello convenzionato, è autorizzata la spesa massima di 90,9 milioni di euro per l'anno 2022, 150,1 milioni di euro per l'anno 2023, 328,3 milioni di euro per l'anno 2024, 591,5 milioni di euro per l'anno 2025 e 1.015,3 milioni di euro a decorrere dall'anno 2026 a valere sul finanziamento del Servizio sanitario nazionale. La predetta autorizzazione decorre dalla data di entrata in vigore del regolamento per la definizione di standard organizzativi, quantitativi, qualitativi, tecnologici e omogenei per l'assistenza territoriale, da adottare con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, entro il 30 aprile 2022. Con successivo decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, le somme di cui al primo periodo sono ripartite fra le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, in base ai criteri definiti con il medesimo decreto anche tenendo conto degli obiettivi previsti dal PNRR.*

² Articolo 1, commi da 159 a 171, della legge n. 234/2021.



2. SVILUPPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE NEL SSN

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), uno dei primi al Mondo per qualità e sicurezza, istituito con la legge n. 833 del 1978, si basa, su tre principi fondamentali: universalità, uguaglianza ed equità. Il perseguimento di questi principi richiede un rafforzamento della sua capacità di operare come un sistema vicino alla comunità, progettato per le persone e con le persone.

In tale ottica e contesto si inserisce la necessità di potenziare i servizi assistenziali territoriali per perseguire la garanzia dei LEA, riducendo le disuguaglianze, e contestualmente costruendo un modello di erogazione dei servizi condiviso ed omogeneo sul territorio nazionale.

L'Assistenza Primaria rappresenta la prima porta d'accesso ad un servizio sanitario. Essa rappresenta infatti l'approccio più inclusivo, equo, conveniente ed efficiente per migliorare la salute fisica e mentale degli individui, così come il benessere della società. La Direzione Generale della Commissione Salute Europea (DG SANCO), nel 2014, definisce l'Assistenza Primaria come:

“l'erogazione di servizi universalmente accessibili, integrati, centrati sulla persona in risposta alla maggioranza dei problemi di salute del singolo e della comunità nel contesto di vita. I servizi sono erogati da équipe multiprofessionali, in collaborazione con i pazienti e i loro caregiver, nei contesti più prossimi alla comunità e alle singole famiglie, e rivestono un ruolo centrale nel garantire il coordinamento e la continuità dell'assistenza alle persone”.

Il SSN persegue, pertanto, questa visione mediante le attività distrettuali, la pianificazione, il rafforzamento e la valorizzazione dei servizi territoriali, in particolare:

- attraverso lo sviluppo di strutture di prossimità, come le Case della Comunità, quale punto di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria, sociosanitaria a rilevanza sanitaria per la popolazione di riferimento;
- attraverso il potenziamento delle cure domiciliari affinché la casa possa diventare il luogo privilegiato dell'assistenza;
- attraverso l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale e lo sviluppo di équipe multiprofessionali che prendano in carico la persona in modo olistico, con particolare attenzione alla salute mentale e alle condizioni di maggiore fragilità ("Planetary Health");
- con logiche sistematiche di medicina di iniziativa e di presa in carico, attraverso la stratificazione della popolazione per intensità dei bisogni;
- con modelli di servizi digitalizzati, utili per l'individuazione delle persone da assistere e per la gestione dei loro percorsi, sia per l'assistenza a domicilio, sfruttando strumenti di telemedicina e telemonitoraggio, sia per l'integrazione della rete professionale che opera sul territorio e in ospedale;
- attraverso la valorizzazione della co-progettazione con gli utenti;
- attraverso la valorizzazione della partecipazione di tutte le risorse della comunità nelle diverse forme e attraverso il coinvolgimento dei diversi attori locali (Aziende Sanitarie Locali, Comuni e loro Unioni, professionisti, pazienti e loro caregiver, associazioni/organizzazioni del Terzo Settore, ecc.).

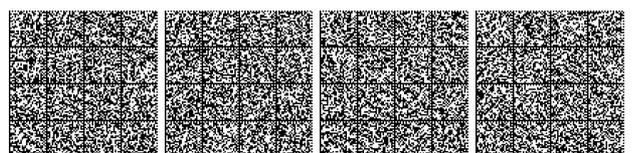
In questo ambito le farmacie convenzionate con il SSN ubicate uniformemente sull'intero territorio nazionale, costituiscono presidi sanitari di prossimità e rappresentano un elemento fondamentale ed



integrante del Servizio sanitario nazionale.

In particolare, la rete capillare delle farmacie convenzionate con il SSN assicura quotidianamente prestazioni di servizi sanitari a presidio della salute della cittadinanza: in tale ambito vanno inquadrare la dispensazione del farmaco, per i pazienti cronici la possibilità di usufruire di un servizio di accesso personalizzato ai farmaci, la farmacovigilanza, le attività riservate alle farmacie dalla normativa sulla c.d. “Farmacia dei Servizi” (D. Lgs. 153/2009) e l’assegnazione delle nuove funzioni tra le quali le vaccinazioni anti-Covid e antinfluenzali, la somministrazione di test diagnostici a tutela della salute pubblica. Quanto appena descritto, circa le attività svolte dalle farmacie, si innesta integralmente con le esigenze contenute nel PNRR riguardanti l’assistenza di prossimità, l’innovazione e la digitalizzazione dell’assistenza sanitaria.

Il presente documento definisce modelli organizzativi, standard e le principali tematiche connesse agli interventi previsti nell’ambito della Missione 6 Component 1 “Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale” del PNRR, che sono considerate in una ottica più ampia ed integrata anche attraverso l’analisi di strumenti e ruoli trasversali propedeutici al potenziamento dell’assistenza territoriale.



3. STRATIFICAZIONE DELLA POPOLAZIONE E DELLE CONDIZIONI DEMOGRAFICHE DEI TERRITORI COME STRUMENTO DI ANALISI DEI BISOGNI, FINALIZZATA ALLA PROGRAMMAZIONE E ALLA PRESA IN CARICO

La **Medicina di Popolazione** si pone come obiettivo la promozione della salute della popolazione di riferimento, attraverso l'utilizzo di modelli di stratificazione ed identificazione dei bisogni di salute basati sull'utilizzo di dati.

La **Sanità di Iniziativa** è un modello assistenziale di gestione delle malattie croniche fondato su un'assistenza proattiva all'individuo dalle fasi di prevenzione ed educazione alla salute fino alle fasi precoci e conclamate della condizione morbosa.

La **Stratificazione della Popolazione** per profili di rischio, attraverso algoritmi predittivi, permette di differenziare le strategie di intervento per la popolazione e per la presa in carico degli assistiti sulla base del livello di rischio, di bisogno di salute e consumo di risorse.

Il **Progetto di Salute** è uno strumento di programmazione, gestione e verifica; associa la stratificazione della popolazione alla classificazione del "bisogno di salute" indentificando gli standard essenziali delle risposte cliniche socioassistenziali, diagnostiche, riabilitative e di prevenzione. Si attiva all'accesso della persona al SSN, tracciando, orientando e supportando la persona e i professionisti nelle fasi di transizione tra i diversi *setting* di cura, rende accessibili i diversi Progetti di assistenza individuale integrata (PAI) e Piani Riabilitativi Individuali (PRI) anche attraverso la Centrale Operativa Territoriale (COT) ed i sistemi di *e-health*. Organizza le informazioni per il Fascicolo sanitario elettronico (FSE) e permette la riprogrammazione delle attività su base periodica in seguito alle valutazioni di processo ed esito in relazione al progetto individuale di salute erogato. I PAI ed eventuali PRI così come tutta la documentazione sanitaria acquisita nell'ambito dell'assistenza territoriale del paziente contribuiscono alla composizione del Progetto di Salute di ciascun individuo.

La stratificazione della popolazione e l'analisi del bisogno di salute

La più recente normativa nazionale (articolo 7 del decreto-legge n. 34/2020), sulla base della crescente disponibilità di dati digitali, pone l'attenzione sulla possibilità di sviluppare modelli predittivi, che consentano la stratificazione della popolazione, il monitoraggio per fattori di rischio, la gestione integrata di patologie croniche e di situazioni complesse.

Per essere realmente efficaci i servizi sanitari devono essere in grado di tutelare la salute dell'intera popolazione e non solo di coloro che richiedono attivamente una prestazione sanitaria. Tale approccio viene definito Medicina di Popolazione ed ha l'obiettivo di mantenere l'utenza di riferimento in condizioni di buona salute, rispondendo ai bisogni del singolo paziente in termini sia di prevenzione sia di cura. In tale ottica, particolare attenzione deve essere posta nei riguardi dei soggetti con patologie croniche, oggi sempre più diffuse in termini di incidenza e prevalenza, e per le quali il Piano Nazionale della Cronicità ha individuato le diverse fasi principali del percorso assistenziale:

- valutazione del profilo epidemiologico della popolazione di riferimento (stratificazione del rischio);
- valutazione delle priorità d'intervento;
- definizione del profilo d'offerta più appropriata di servizi socioassistenziali;



- promozione della salute, prevenzione e diagnosi precoce;
- presa in carico e gestione del paziente attraverso il piano di cura;
- erogazione di interventi personalizzati;
- valutazione della qualità delle cure erogate.

La conoscenza del profilo epidemiologico e degli indicatori correlati con i bisogni e gli esiti di salute della popolazione assistita costituiscono un aspetto fondamentale nell'ambito del sistema di governo distrettuale. Lo sviluppo e l'implementazione di sistemi di misurazione e stratificazione della popolazione sulla base del rischio andranno, pertanto, a costituire ed alimentare una piattaforma che contiene informazioni sulle caratteristiche della popolazione assistita in un determinato territorio, sulla prevalenza di patologie croniche, sulla popolazione fragile. Tale piattaforma comprenderà altresì gli indicatori relativi alla qualità dell'assistenza sanitaria e all'aderenza alle linee guida per alcune patologie specifiche e sarà di supporto nei programmi di sorveglianza proattiva nell'ambito del piano di potenziamento dell'assistenza territoriale.

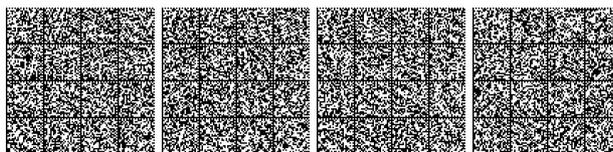
L'adozione di un modello di stratificazione comune su tutto il territorio nazionale permetterà lo sviluppo di un linguaggio uniforme che vuole garantire equità di accesso ed omogeneità di presa in carico. La stratificazione della popolazione deve, inoltre, tendere ad una valutazione olistica dei bisogni dell'individuo, al fine di misurare il "livello di bisogno socioassistenziale" utilizzando informazioni sulla condizione clinica e sociale e su ulteriori bisogni e preferenze individuali.

Tale modello di stratificazione, che utilizza informazioni relative ai bisogni clinici assistenziali e sociali della persona, ha la finalità di individuare interventi appropriati, sostenibili e personalizzati che vengono definiti nel Progetto di Salute. Questo strumento è di supporto nella presa in carico della persona in termini olistici ("Planetary Health") e permette non solo la gestione dei bisogni socioassistenziali ma anche di effettuare le valutazioni di processo e esito relative a ciascun individuo a prescindere dal livello di rischio. Tale approccio consente una valutazione che si articola su due livelli: quello della singola persona, con cui viene definito il Progetto di Salute e i relativi interventi; quello di popolazione, utile ai fini di programmazione e verifica dei risultati raggiunti dai servizi sanitari e sociosanitari nella comunità di riferimento. Un sistema di *governance* territoriale così impostato consente di individuare priorità di intervento, con particolare riferimento alla continuità delle cure a favore di individui in condizioni di cronicità/fragilità e disabilità che comportano il rischio di non autosufficienza, anche attraverso l'integrazione tra il sistema sociale e quello sanitario.

Il Progetto di Salute è il filo conduttore che rappresenta la storia della persona e dei suoi bisogni clinico-socioassistenziali, in raccordo con i servizi sociali, seguendola prima ancora che sviluppi una patologia, dal momento in cui viene identificato come portatore di fattori di rischio o a partire dal primo contatto con il SSN, alimentando in modo coerente e tempestivo il relativo FSE. La definizione del Progetto di Salute si basa sulla valutazione costante del bisogno di salute ed implica sistemi organizzativi e gestionali in grado di valutare costantemente gli interventi clinico assistenziali e dei servizi di supporto garantendo la partecipazione di più professionisti per tutta la durata della presa in carico, senza interruzioni tra *setting* assistenziali e fondato sulla proattività del SSN.

Il Progetto di Salute rappresenta, inoltre, uno strumento di programmazione, verifica e controllo della coerenza clinica e socioassistenziale della presa in carico, grazie alla definizione di azioni appropriate rispetto alle condizioni cliniche, sociali e dei bisogni assistenziali che determinano il livello di complessità del singolo caso, in un'ottica di continuità temporale con rivalutazioni periodiche.

L'individuazione dei bisogni socioassistenziali che portano alla definizione del Progetto di Salute determina l'identificazione di un'équipe multiprofessionale minima (medico di medicina generale/pediatra di libera scelta, medico specialista ed infermiere), maggiore è la complessità



clinico-assistenziale maggiori saranno le figure professionali coinvolte e in continua evoluzione in relazione all'evolversi della malattia ed allo stato di fragilità espressa.

Tabella 1. Cooperazione funzionale delle figure presenti che costituiscono l'*équipe* multiprofessionale

MMG e PLS e	Referente principale, in quanto titolare del rapporto di fiducia con il singolo assistito, relativamente agli aspetti diagnostico-terapeutici in tutte le fasi della vita.
Medico di Medicina di Comunità e Medici dei Servizi	Referente clinico per le attività che garantisce presso la Casa della Comunità, nell'ambito della programmazione distrettuale e degli obiettivi aziendali/regionali.
Infermiere	Referente della risposta ai bisogni assistenziali e di autocura, contempla tra le sue attività la prevenzione e la promozione della salute nella presa in carico del singolo e della sua rete relazionale, si relaziona con gli attori del processo ed è di supporto per l'assistito nelle diverse fasi della presa in carico.
Specialista	Assume un ruolo di rilevanza strategica in relazione alla complessità diagnostica e terapeutica che caratterizza le fasi della malattia. In caso di cronicità multipla il ruolo potrà essere assunto dallo specialista che segue la cronicità prevalente per gravità/instabilità sulle altre e quindi questa figura potrà variare nel corso del processo. La figura dello specialista ha un ruolo di spicco in alcune fasi centrali del processo, dove le sue competenze fanno sì che assuma un ruolo di guida nella decisione clinica.
Farmacista	Referente dell'uso sicuro ed efficace dei farmaci contenuti nel programma terapeutico (interazioni farmacologiche, dosaggio, formulazione, farmacovigilanza; sostenibilità economica).
Psicologo	Referente delle valutazioni e risposte ai bisogni psicologici del paziente e della sua rete di supporto.
Assistente Sociale	Referente della risposta ai bisogni sociali del paziente e della sua rete relazionale.
Altre professioni dell'Équipe	Le altre figure professionali dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) che durante il processo parteciperanno alla presa in carico. I professionisti sanitari coinvolti possono assumere il ruolo di <i>case manager</i> nelle diverse fasi della presa in carico, in considerazione della predominanza di specifici bisogni assistenziali riconducibili alla professione di ostetrica e alle professioni sanitarie tecniche, della prevenzione e della riabilitazione.

L'integrazione con i servizi sociali così come definita, da ultimo, dall'articolo 1, comma 163, della legge 31 dicembre 2021, n.234 rappresenta uno dei cardini del nuovo sistema di funzioni realizzato dalle case di comunità, ulteriore rispetto al Piano di zona già previsto dall'articolo 19 della legge n. 8 novembre 2000, n. 328 da definirsi a cura dei comuni, con le risorse disponibili per gli interventi sociali e sociosanitari, previa intesa con le aziende sanitarie. In tali termini, ai fini della relativa operatività, si richiamano l'intesa da sottoscrivere ai sensi dell'articolo 1, comma 163, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 e l'accordo previsto all'articolo 21, comma 1, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 anche al fine di definire gli ambiti delle competenze del Servizio sanitario nazionale da un lato e dei comuni dall'altro anche con riferimento agli ATS,



mediante l'impiego delle risorse umane e strumentali di rispettiva competenza disponibili a legislazione vigente.

Infine, l'informatizzazione dei processi clinico-assistenziali favorisce un approccio integrato alla cura del paziente e alla prevenzione delle malattie e consente di misurare e valutare l'assistenza prestata, integrando la valutazione con le informazioni strettamente connesse alle misure di prevenzione (es. vaccinazioni e screening). Lo sviluppo della sanità digitale trova nella Telemedicina uno dei principali ambiti di applicazione in grado di abilitare forme di assistenza anche attraverso il ridisegno strutturale ed organizzativo della rete del SSN.

Tabella 2. Livelli di stratificazione del rischio sulla base dei bisogni socioassistenziali

	Classificazione del bisogno di salute	Condizione clinica/sociale	Bisogno/intensità assistenziale	Azioni (presa in carico derivante)
Stratificazione del rischio	I Livello Persona in salute	Assenza di condizioni patologiche	Assenza di necessità assistenziali	Azioni di promozione della salute e di prevenzione primaria
	II livello Persona con complessità clinico assistenziale minima o limitata nel tempo	Assenza di cronicità/fragilità	Utilizzo sporadico servizi (ambulatoriali, ospedalieri limitati ad un singolo episodio clinico reversibile)	Azioni proattive di stratificazione del rischio basate su familiarità e stili di vita
	III livello Persona con complessità clinico assistenziale media	Presenza di cronicità e/o fragilità e/o disabilità iniziale prevalentemente mono patologica perdurante nel tempo. Buona tenuta dei determinanti sociali	Bassa/media frequenza di utilizzo dei servizi	Azioni coordinate semplici di presa in carico, supporto proattivo e di orientamento
	IV livello Persona con complessità clinico assistenziale medio-alta con o senza fragilità sociale	Presenza di cronicità/fragilità/disabilità con patologie multiple complesse con o senza determinanti sociali deficitari	Elevato utilizzo dei servizi sanitari e sociosanitari con prevalenti bisogni extra-ospedalieri o residenziali	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socioassistenziali
	V livello Persona con complessità clinico assistenziale elevata con eventuale fragilità sociale	Presenza di multimorbilità, limitazioni funzionali (parziale o totale non autosufficienza) con determinanti sociali deficitari perduranti nel tempo	Bisogni assistenziali prevalenti e continuativi di tipo domiciliare, ospedaliero, semi residenziale o residenziale	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socioassistenziali
	VI livello Persona in fase terminale	Patologia evolutiva in fase avanzata, per la quale non esistano più possibilità di guarigione	Bisogni sanitari prevalentemente palliativi	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socioassistenziali

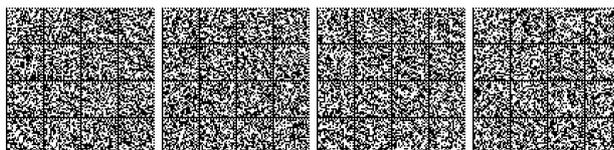


Tabella 3. Il Progetto di Salute semplice e complesso, composizione e descrizione

Progetto di Salute	Composizione	Descrizione
Semplice	Piano di autocura	Descrizione delle attività e valutazione della capacità di autocura e della competenza digitale
	Programma terapeutico	Prescrizione terapeutica/riabilitativa e farmacologica (contenente anche il piano terapeutico e le relative scadenze); Valutazione dell'aderenza terapeutica, scheda di monitoraggio della compliance - Diario nutrizionale
	Portfolio dell'offerta	Descrizione delle possibilità di accesso ai servizi/benefici connessi alla malattia
	Agenda di follow-up	Valutazione degli obiettivi e dei risultati
		Schedulazione degli appuntamenti per i controlli dal medico di medicina generale, delle prestazioni specialistiche e diagnostiche utili alla stadiazione di malattia e controllo delle complicanze
	Piano delle attività di <i>e-health</i>	Attività di automonitoraggio, con dispositivi o con questionari/scale Attività di telemonitoraggio di dispositivi in remoto Attività di telemonitoraggio con dispositivi gestiti a domicilio da operatori sanitari Attività di teleassistenza, teleconsulto e teleriabilitazione
	Progetto di assistenza individuale integrata e Piano Riabilitativo Individuale	Eventuale definizione del Progetto di assistenza individuale integrato (PAI) e qualora necessario del Piano Riabilitativo Individuale (PRI) multidisciplinare
	Piano di autocura	Valutazione della capacità di autocura e della competenza digitale
	Programma terapeutico	Prescrizione terapeutica/riabilitativa e farmacologica (contenente anche il piano terapeutico e le relative scadenze); Valutazione dell'aderenza terapeutica, scheda di monitoraggio della compliance - Diario nutrizionale
	Portfolio dell'offerta socioassistenziale	Descrizione delle possibilità di accesso ai servizi/benefici socioassistenziali connessi alla malattia
Complesso	Agenda di follow-up	Valutazione degli obiettivi e dei risultati
		Schedulazione degli appuntamenti per i controlli dal medico di medicina generale, delle prestazioni specialistiche e diagnostiche utili alla stadiazione di malattia e controllo delle complicanze
	Piano delle attività di <i>e-health</i>	Attività di automonitoraggio, con dispositivi o con questionari/scale Attività di telemonitoraggio di dispositivi in remoto Attività di telemonitoraggio con dispositivi gestiti a domicilio da operatori sanitari Attività di teleassistenza, teleconsulto e teleriabilitazione
	Progetto di assistenza individuale integrato e Piano Riabilitativo Individuale	Definizione del Progetto di assistenza individuale integrato (PAI) e qualora necessario del Piano Riabilitativo Individuale (PRI) multidisciplinare
	Budget di salute	Valutazione delle risorse impegnate: cliniche - collegamenti tra le istituzioni/enti coinvolti



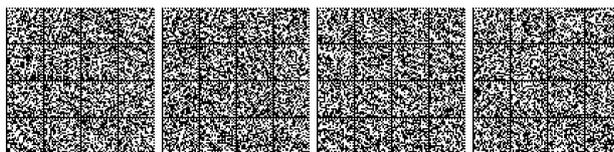
La Sanità di Iniziativa per la personalizzazione dell'assistenza

La necessità di differenziare e contestualizzare le strategie di intervento, e quindi i percorsi assistenziali, sulla base dei differenti bisogni, risulta dirimente alla luce delle evoluzioni sociali ed epidemiologiche del Paese. Una quota rilevante della popolazione italiana (11,7% della popolazione ultra settantacinquenni (dati ISTAT 2020) è costituita da persone, solitamente anziane, spesso affette da più patologie croniche, le cui esigenze assistenziali sono determinate non solo da fattori legati alle condizioni cliniche, ma anche da fattori quali lo status socio-familiare e ambientale o l'accessibilità alle cure. Tali soggetti sono a rischio più elevato di utilizzo inappropriato dei servizi sanitari: accessi al Pronto Soccorso o ricovero in ospedale. Per tale ragione, la condizione di fragilità, che può precedere l'insorgenza di uno stato più grave e irreversibile, dovrebbe essere individuata precocemente, con strumenti di valutazione multidimensionali e fortemente predittivi, che integrino indicatori sanitari, sociali e sociosanitari e variabili di contesto. E' altresì importante svolgere attività di prevenzione e promozione della salute sia nei soggetti sani, sia nei soggetti con condizioni di rischio, partendo dalla fasi più precoci della vita, contestualizzando gli interventi nei diversi setting e secondo un approccio intersettoriale e orientato all'equità.

La Sanità di Iniziativa è un modello assistenziale di prevenzione e di gestione delle malattie croniche orientato alla promozione della salute, che non aspetta l'assistito in ospedale o in altra struttura sanitaria, ma lo prende in carico in modo proattivo già nelle fasi precoci dell'insorgenza o dell'evoluzione della condizione morbosa. Lo scopo della Sanità di Iniziativa è la prevenzione ed il miglioramento della gestione delle malattie croniche in ogni loro stadio, dalla prevenzione primaria, alla diagnosi precoce, alla gestione clinica e assistenziale, alla prevenzione delle complicanze, attraverso il follow-up proattivo anche supportato dagli strumenti di telemonitoraggio e telemedicina, alla presa in carico globale della multimorbilità. Essa prevede un approccio di presa in carico attento alle differenze di genere ovvero lo studio dell'influenza delle differenze biologiche, socio economiche e culturali e che tenga conto di tutti gli altri aspetti psicocomportamentali che incidono sulla salute e delle fasi della vita dell'individuo durante i percorsi di diagnosi, cura, riabilitazione e che caratterizzi tutti i *setting* assistenziali, al pari degli ambiti di ricerca clinica e di formazione di tutti i professionisti sanitari, per facilitare diagnosi e trattamenti equi, differenziati ed efficaci appropriati.

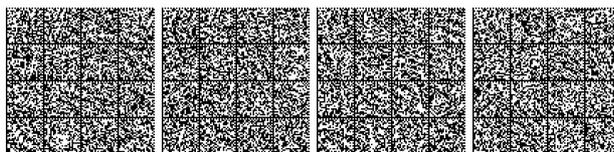
Gli strumenti della Sanità di Iniziativa sono: la presa in carico proattiva precoce per l'individuazione delle persone a rischio di malattia, l'educazione ai corretti stili di vita, la loro presa in carico negli stadi iniziali delle patologie, la programmazione di medio-lungo periodo delle attività di assistenza, le prenotazioni delle prestazioni, il sostegno e il controllo dell'osservanza da parte dei pazienti dei programmi diagnostico-terapeutici, il coinvolgimento delle figure interessate nel processo di assistenza (es. familiari) (cd. *caregiver*), lo snellimento delle attività burocratico-autorizzative.

La Sanità di Iniziativa assicura all'individuo interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio, investendo anche sulla prevenzione e sulla promozione della salute. Attraverso i modelli della Sanità di Iniziativa, messi in atto dalle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta e dalle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), e in collaborazione con Infermieri di famiglia o Comunità, i pazienti sono contattati periodicamente, al fine di migliorare gli stili di vita, diagnosticare precocemente le patologie e monitorare la comparsa e l'evoluzione delle malattie croniche e prevenire le complicanze e ridurre o gestire il carico assistenziale, prevenire le disabilità e perdita dell'indipendenza per il singolo e per il caregiver. La Sanità di Iniziativa per la parte relativa alla prevenzione deve essere in linea con gli indirizzi del Dipartimento di Prevenzione.



Le metodologie di stratificazione della popolazione diventano strumenti fondamentali per definire le strategie e gli interventi di Sanità di Iniziativa più efficaci rispetto a quei sottogruppi di popolazione che potrebbero maggiormente beneficiarne, per ottimizzare il trattamento multidisciplinare e personalizzare l'assistenza, nel rispetto del principio di equità e di centralità del paziente e delle sue scelte, ma anche in ottica di riduzione degli interventi inappropriati e dei costi associati.

Tutti gli strumenti di gestione del Paziente a disposizione (es. Modelli di Stratificazione, Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali, Piano di Assistenza Individuale, Piano Riabilitativo Individuale) dovrebbero essere utilizzati in un'ottica integrata per la presa in carico olistica della Persona e dei suoi bisogni socioassistenziali attraverso la definizione del Progetto di Salute ("Planetary Health").



4. DISTRETTO: FUNZIONI E STANDARD ORGANIZZATIVI

Distretto di circa 100.000 abitanti, con variabilità secondo criteri di densità di popolazione e caratteristiche orografiche del territorio.

La programmazione deve prevedere i seguenti standard:

- 1 Casa della Comunità *hub* ogni 40.000-50.000 abitanti;
- Case della Comunità *spoke* e ambulatori di Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali. Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente;
- 1 Infermiere di Famiglia o Comunità ogni 3.000 abitanti Tale standard è da intendersi come numero complessivo di Infermieri di Famiglia o Comunità impiegati nei diversi setting assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola;
- 1 Unità di Continuità Assistenziale (1 medico e 1 infermiere) ogni 100.000 abitanti;
- 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore;
- 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti.

Il Distretto è un'articolazione organizzativo-funzionale dell'Azienda sanitaria locale (ASL) sul territorio. Come previsto dalla normativa vigente, l'articolazione in distretti della ASL è disciplinata dalla legge regionale, garantendo una popolazione minima di almeno sessantamila abitanti, salvo che la regione/provincia autonoma, in considerazione delle caratteristiche geomorfologiche del territorio o della bassa densità della popolazione residente, disponga diversamente³.

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 inoltre deputato, anche attraverso la Casa di Comunità, 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.

All'interno del distretto possono essere presenti i Consultori familiari e le attività rivolte ai minori, ove esistenti, funzionalmente collegati con la Casa della Comunità hub.

Il Distretto garantisce inoltre una risposta assistenziale integrata sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali per determinare una efficace presa in carico della popolazione di riferimento. Al fine di svolgere tali funzioni la conoscenza dei bisogni di salute della popolazione di riferimento risulta centrale e rientra pertanto tra le attività del Distretto.

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

³ Articolo 3-quater, comma 1, del decreto legislativo n. 502/1992



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 socio-sanitari 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.

In particolare, l'organizzazione del Distretto, così come disciplinato dalla normativa vigente, deve garantire:

- l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva, infermieri di famiglia o comunità e i presidi specialistici ambulatoriali;
- il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative a gestione diretta, organizzate in base al modello dipartimentale, nonché con i servizi specialistici ambulatoriali e le strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate;
- l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria in raccordo con i servizi sociali territoriali se delegate dai comuni.

A seconda dei modelli organizzativi regionali, il Distretto può quindi avere responsabilità gerarchiche dirette sulle unità operative territoriali che lo compongono. In queste tipologie di assetti organizzativi il Distretto opera sia come committente che come gestore.

Al Distretto sono attribuite risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento. Nell'ambito delle risorse assegnate, il Distretto è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio della ASL.

Con l'obiettivo di consentire una programmazione condivisa, unitaria e coerente in relazione ai bisogni socio-sanitari del territorio, il Distretto, inoltre, assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie di cui all'articolo 3-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, nonché il coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendole organicamente nel Programma delle attività territoriali. Quest'ultimo, tra l'altro, determina le risorse per l'integrazione socio-sanitaria di cui all'articolo 3 septies del predetto decreto legislativo e le quote, rispettivamente, a carico delle aziende sanitarie e dei comuni e al fine di valorizzare e integrare le risorse delle comunità di riferimento su cui insiste il Distretto, è proposto, sulla base delle risorse assegnate, dal Comitato dei sindaci dei Comuni appartenenti all'Ambito Territoriale Sociale e dal direttore di distretto ed è approvato dal direttore generale della ASL⁴.

⁴ Articolo 3-quater, comma 3, lettera c), del decreto legislativo n. 502/1992: c) è proposto, sulla base delle risorse assegnate, dal Comitato dei sindaci di distretto e dal direttore di distretto ed è approvato dal direttore generale



Le Regioni e le Province autonome, in coerenza con l'articolo 1, comma 161, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, assicurano, mediante atti di programmazione, omogeneità del modello organizzativo degli ATS.

In un sistema centrato sull'approccio alla persona ed ai suoi bisogni è necessario garantire la massima integrazione delle competenze psicologiche. La Funzione aziendale ove già istituita ai sensi dell'art. 20 bis della legge 18/12/2020, n. 176 serve a coordinare il complesso delle attività trasversali degli Psicologi previste dai LEA e dalla normativa vigente ai diversi livelli, valorizzando la loro funzione sanitaria. In tal caso l'assistenza psicologica all'interno del distretto è assicurata e governata in ciascuna Azienda Sanitaria Locale dall'Area Funzionale di Psicologia nell'ambito della legislazione vigente.

Il Direttore di Distretto

Il Direttore del Distretto è il responsabile dell'attività di programmazione del Distretto, in termini di risposta integrata alle specifiche esigenze di salute della popolazione di riferimento, di disponibilità delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali. È inoltre garante del rispetto del raggiungimento degli obiettivi che gli sono stati assegnati dalla Direzione generale aziendale in materia di efficacia ed efficienza dei servizi erogati; espressione dell'orientamento alla persona, attraverso una continua attenzione agli aspetti dell'informazione, della tutela e garanzia dell'equità e della trasparenza dell'offerta, del rispetto della dignità della persona. Il Direttore del Distretto è responsabile della gestione dei percorsi assistenziali integrati di propria competenza in stretto raccordo con i servizi, professionisti del territorio e dell'ospedale.

Il Distretto e il suo Direttore acquisiscono, quindi, la funzione di garanzia attraverso la valutazione dei bisogni di salute della popolazione, la valutazione delle priorità d'azione e della sostenibilità delle scelte, l'orientamento dei livelli di produzione di attività sanitaria come richiesta alle strutture ospedaliere e territoriali, la verifica dei risultati.



5. CASA DELLA COMUNITÀ

La Casa della Comunità (CdC) è il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento.

Nella Casa della Comunità lavorano in modalità integrata e multidisciplinare tutti i professionisti per la progettazione ed erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale ai sensi dell'articolo 1, comma 163, della legge 31 dicembre 2021, n. 234, subordinatamente alla sottoscrizione della relativa Intesa ivi prevista e alla sottoscrizione dell'accordo previsto all'articolo 21, comma 1, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, anche al fine di definire gli ambiti delle competenze del Servizio sanitario nazionale da un lato e dei comuni dall'altro, mediante l'impiego delle risorse umane e strumentali di rispettiva competenza disponibili a legislazione vigente

Standard:

- 1 Casa della Comunità *hub* ogni 40.000-50.000 abitanti;
- Case della Comunità *spoke* e ambulatori di Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali, nel pieno rispetto del principio di prossimità. Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente; alle Case della Comunità accederanno anche gli specialisti ambulatoriali.

Standard di personale per 1 Casa di Comunità *hub*:

- 7-11 Infermieri, 1 assistente sociale, 5-8 unità di Personale di Supporto (Sociosanitario, Amministrativo).

La CdC, così definita, rappresenta il modello organizzativo che rende concreta l'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento. È, infatti, il luogo fisico, di prossimità e di facile individuazione al quale l'assistito può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria.

La CdC è una struttura facilmente riconoscibile e raggiungibile dalla popolazione di riferimento, per l'accesso, l'accoglienza e l'orientamento dell'assistito. La CdC è una fondamentale struttura pubblica del SSN.

Essa rappresenta il luogo in cui il SSN si coordina e si integra con il sistema dei servizi sociali proponendo un raccordo intrasettoriale dei servizi in termini di percorsi e soluzioni basati sull'integrazione delle diverse dimensioni di intervento e dei diversi ambiti di competenza, con un approccio orizzontale e trasversale ai bisogni tenendo conto anche della dimensione personale dell'assistito. Costituisce un progetto di innovazione in cui la comunità degli assistiti non è solo destinataria di servizi ma è parte attiva nella valorizzazione delle competenze presenti all'interno della comunità stessa: disegnando nuove soluzioni di servizio, contribuendo a costruire e organizzare le opportunità di cui ha bisogno al fine di migliorare qualità della vita e del territorio, rimettendo al centro dei propri valori le relazioni e la condivisione.



La CdC promuove un modello di intervento integrato e multidisciplinare, in qualità di sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari. L'attività, infatti, deve essere organizzata in modo tale da permettere un'azione d'*équipe* tra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali Interni – anche nelle loro forme organizzative – Infermieri di Famiglia o Comunità, altri professionisti della salute disponibili a legislazione vigente nell'ambito delle aziende sanitarie, quali ad esempio Psicologi, Ostetrici, Professionisti dell'area della Prevenzione, della Riabilitazione e Tecnica, e Assistenti Sociali anche al fine di consentire il coordinamento con i servizi sociali degli enti locali. L'attività amministrativa è assicurata, anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, da personale dedicato già disponibile a legislazione vigente nell'ambito delle aziende sanitarie, che si occupa anche delle attività di servizio di relazioni al pubblico e di assistenza all'utenza.

I medici, gli infermieri e gli altri professionisti sanitari operano anche all'interno delle CdC. In tal modo provvedono a garantire l'assistenza primaria attraverso un approccio di sanità di iniziativa e la presa in carico della comunità di riferimento, con i servizi h 12 e integrandosi con il servizio di continuità assistenziale h 24.

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

- l'accesso unitario e integrato all'assistenza sanitaria, sociosanitaria a rilevanza sanitaria e in un luogo di prossimità, ben identificabile e facilmente raggiungibile dalla popolazione di riferimento;
- la risposta e la garanzia di accesso unitario ai servizi sanitari, attraverso le funzioni di assistenza al pubblico e di supporto amministrativo-organizzativo ai pazienti svolte dal Punto Unico di Accesso (PUA);
- la prevenzione e la promozione della salute anche attraverso interventi realizzati dall'*équipe* sanitaria con il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione e Sanità Pubblica aziendale;
- la promozione e tutela della salute dei minori e della donna, in campo sessuale e riproduttivo e dell'età evolutiva, in rapporto a tutti gli eventi naturali fisiologici tipici delle fasi del ciclo vitale;
- la presa in carico della cronicità e fragilità secondo il modello della sanità di 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 i servizi sanitari 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 partecipazione della comunità locale, delle associazioni di cittadini, dei pazienti, dei *caregiver*.

I principi che orientano lo sviluppo delle CdC sono l'equità di accesso e di presa in carico, secondo il modello della sanità d'iniziativa, e il principio della qualità dell'assistenza declinata nelle sue varie dimensioni (es. appropriatezza, sicurezza, coordinamento/continuità, efficienza, tempestività).

Per rispondere alle differenti esigenze territoriali, garantire equità di accesso, capillarità e prossimità del servizio, si prevede la costituzione di una rete di assistenza territoriale formata secondo il modello *hub e spoke*.



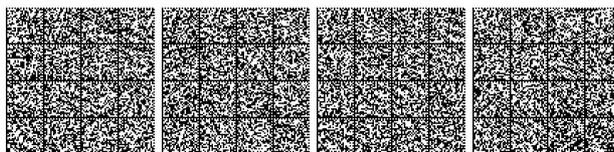
Sia nell'accezione *hub* sia in quella *spoke*, la CdC costituisce l'accesso unitario fisico per la comunità di riferimento ai servizi di assistenza primaria. Entrambe, quindi, propongono un'offerta di servizi costituita da MMG, PLS, specialisti ambulatoriali interni, infermieri di famiglia o comunità, infermieri che operano nell'assistenza domiciliare, presenza di tecnologie diagnostiche di base.

La CdC *hub* garantisce la presenza dei seguenti professionisti, nell'ambito di quelli disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, e l'erogazione dei seguenti servizi, anche mediante modalità di telemedicina e tele assistenza e relative competenze professionali:

- Équipe multiprofessionali (MMG, PLS, Continuità Assistenziale, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie e socio sanitarie);
- Presenza medica h24 - 7 giorni su 7 anche attraverso l'integrazione della Continuità Assistenziale;
- Presenza infermieristica h12 - 7 giorni su 7;
- Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario;
- Punto prelievi;
- Servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicità con strumentazione diagnostica di base (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, oct, spirometro, ecc.) anche attraverso strumenti di telemedicina (es. telerefertazione, ecc.);
- Servizi ambulatoriali specialistici per le patologie ad elevata prevalenza (cardiologia, pneumologia, diabetologia, ecc.);
- Servizi di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC), ambulatori infermieristici per la gestione integrata della cronicità e per la risposta ai bisogni occasionali;
- Interventi di prevenzione e promozione della salute a livello di comunità, anche attraverso i Consultori Familiari e l'attività rivolta ai minori – ove esistenti – che si articolano con il mondo educativo e scolastico per gli specifici interventi sulla popolazione 0-18 anni (facoltativo);
- Attività di Profilassi Vaccinale in particolare per alcune fasce di età o condizioni di rischio e di fragilità. Tutte le attività di profilassi vaccinale e di sorveglianza delle malattie infettive sono in linea con le indicazioni del Dipartimento di Prevenzione.
- Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale;
- Servizio di assistenza domiciliare di base;
- Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini e volontariato;
- Integrazione con i servizi sociali

La CdC *spoke* garantisce, nell'ambito delle professionalità disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, l'erogazione dei seguenti servizi, anche mediante modalità di telemedicina:

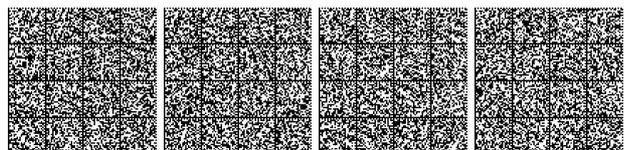
- Équipe multiprofessionali (MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie e sociosanitarie);
- Presenza medica e infermieristica almeno h12 - 6 giorni su 7 (lunedì-sabato);
- Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario;
- Alcuni servizi ambulatoriali per patologie ad elevata prevalenza (cardiologo, pneumologo, diabetologo, ecc.);



- Servizi infermieristici sia in termini di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC), 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.

Tabella 4: Servizi previsti da standard nelle Case della Comunità

Servizi	Modello Organizzativo	
	Casa della Comunità <i>hub</i>	Casa della Comunità <i>spoke</i>
Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multiprofessionali (MMG, PLS, SAI, IFoC, ecc.)	OBBLIGATORIO	
Punto Unico di Accesso	OBBLIGATORIO	
Servizio di assistenza domiciliare	OBBLIGATORIO	
Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza	OBBLIGATORIO	
Servizi infermieristici	OBBLIGATORIO	
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	OBBLIGATORIO	
Integrazione con i Servizi Sociali	OBBLIGATORIO	
Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione	OBBLIGATORIO	
Collegamento con la Casa della Comunità <i>hub</i> di riferimento	-	OBBLIGATORIO
Presenza medica	OBBLIGATORIO H24, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
Presenza infermieristica	OBBLIGATORIO H12, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
	FORTEMENTE RACCOMANDATO H24, 7/7 gg	
Servizi diagnostici di base	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Continuità Assistenziale	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Punto prelievi	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Attività Consultoriali e attività rivolta ai minori	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO



Interventi di Salute pubblica (incluse le vaccinazioni per la fascia 0-18)	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO
Programmi di screening	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	RACCOMANDATO	
Medicina dello sport	RACCOMANDATO	

Tutte le strutture fisiche territoriali già esistenti devono utilmente rientrare nella progettazione della nuova geografia dei servizi e strutture territoriali e quindi delle CdC e dei servizi correlati in rete. Il piano di sviluppo dei servizi territoriali di ogni singolo contesto regionale deve quindi tendere ad una progettazione dei servizi in rete, con una precisa selezione delle infrastrutture fisiche esistenti da valorizzare, riorientare con altre vocazioni e servizi o dismettere.

Le CdC *hub* al fine di assicurare i servizi descritti dovranno essere dotate di 7-11 Infermieri di Famiglia o Comunità organizzati indicativamente secondo il modello di seguito descritto: 1 Coordinatore Infermieristico, 2-3 IFoC per le attività ambulatoriali, 1-2 IFoC per l'attività di triage e di valutazione dei bisogni di salute e 4-6 IFoC per l'assistenza domiciliare, le attività di prevenzione e teleassistenza.

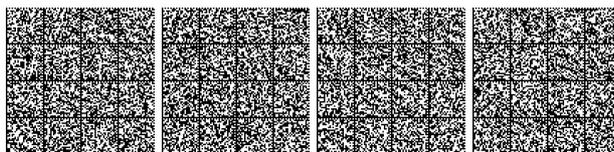
Nelle CdC *hub* e *spoke*, inoltre, è garantita l'assistenza medica H12 - 6 giorni su 7 attraverso la presenza dei MMG afferenti alle AFT del Distretto di riferimento. Tale attività ambulatoriale sarà aggiuntiva rispetto alle attività svolte dal MMG nei confronti dei propri assistiti e dovrà essere svolta presso la CdC *hub* e *spoke*.

Il coordinamento della Casa della Comunità con i servizi territoriali

Le CdC rappresentano un nodo centrale della rete dei servizi territoriali sotto la direzione del Distretto. La loro centralità è data, sul lato del governo della domanda, dalle funzioni di sanità di iniziativa, di presa in carico, di accesso unitario, di filtro di accesso e indirizzo dei pazienti; sul lato dell'offerta dal lavoro multiprofessionale, dall'integrazione tra unità di offerta afferenti a materie e discipline diverse, dal coordinamento tra sociale e sanitario; sul lato della *governance* dal coinvolgimento attivo della comunità e dei pazienti.

La CdC, 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 dei professionisti che svolgono la loro attività anche nelle forme associative che hanno sede fisica all'interno della CdC e quelle che vi sono funzionalmente collegate;
- Rete inter-CdC: costituita dalla messa in rete tra CdC *hub* e CdC *spoke* al fine di contemperare le esigenze di capillarità erogativa e di prossimità con la necessità di raggiungere una massa critica per alcuni servizi a maggiore intensità specialistica e tecnologica, sia per poter rispondere in modo flessibile ai diversi contesti geografici caratterizzati da differente densità abitativa e livelli di presenza attiva degli MMG nelle strutture ambulatoriali delle CdC;
- Rete territoriale: la CdC è messa in rete con gli altri settori assistenziali territoriali, quali assistenza domiciliare, specialistica ambulatoriale territoriale e ospedaliera ospedali di comunità,



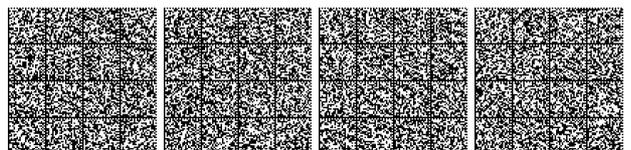
RSA, hospice e rete delle cure palliative, RSA, Consultori familiari e attività rivolte ai minori ove già esistenti, servizi per la salute mentale, dipendenze e disabilità e altre forme di strutture intermedie e servizi;

- Rete territoriale integrata: la CdC è in rete con l'attività ospedaliera, anche grazie all'ausilio di piattaforme informatiche, in particolare quella specialistica ambulatoriale o di day service svolta in questo contesto. Questo può avvenire nella doppia direzione di invio di pazienti selezionati dalla CdC, per fasi di processi assistenziali e stadi di patologia che richiedono prestazioni ospedaliere e/o ambulatoriali specialistiche. Tale forma di integrazione e coordinamento ha una maggiore 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.

In sintesi, la CdC, quale luogo di progettualità con e per la comunità di riferimento, svolge quattro funzioni principali:

- 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 vengono aggregate e ricomposte in funzione dei bisogni della comunità attraverso lo strumento del budget di comunità;
- è il luogo dove la comunità ricomponе il quadro dei bisogni locali sommando le informazioni dei sistemi informativi istituzionali con le informazioni provenienti dalle reti sociali.



6. INFERMIERE DI FAMIGLIA O COMUNITÀ

L'Infermiere di Famiglia o Comunità è 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'Infermiere di Famiglia o Comunità interagisce con tutti gli attori e le risorse presenti nella comunità formali e informali. L'Infermiere di Famiglia o Comunità 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. È un professionista con un forte orientamento alla gestione proattiva della salute. È coinvolto in attività di promozione, prevenzione e gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e di comunità all'interno del sistema dell'assistenza sanitaria territoriale nei diversi *setting* assistenziali in cui essa si articola.

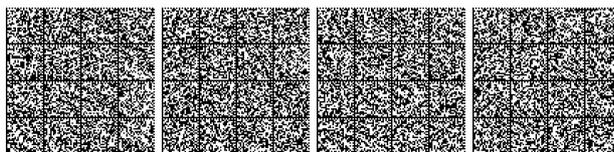
Standard:

- 1 Infermiere di Famiglia o Comunità ogni 3.000 abitanti. Tale standard è da intendersi come numero complessivo di Infermieri di Famiglia o Comunità impiegati nei diversi *setting* assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola.

L'introduzione dell'Infermiere di Famiglia o di Comunità (IFoC)⁵ (D.L. n. 34/2020, art. 1 c. 5) ha l'obiettivo di rafforzare il sistema assistenziale sul territorio, finalizzato a promuovere una maggiore omogeneità ed accessibilità dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria a rilevanza sanitaria, favorendo l'integrazione delle diverse figure professionali, compresa l'assistenza infermieristica di comunità. L'IFoC è un professionista responsabile dei processi infermieristici in ambito familiare e comunitario che, attraverso una presenza continuativa e proattiva nell'area/ambito o comunità di riferimento, assicura l'assistenza infermieristica in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità (MMG/PLS, assistente sociale, professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, ecc.) perseguendo l'integrazione interdisciplinare sanitaria dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona. L'IFoC interagisce con tutte le risorse presenti nella comunità formali e informali e concorre a realizzare la rete del welfare di comunità/generativo. È un professionista che ha un forte orientamento alla gestione proattiva della salute e ricopre le diverse funzioni, erogando prestazioni assistenziali sanitarie, a seconda del *setting* in cui opera. L'IFoC si attiva per facilitare e monitorare percorsi di presa in carico e di continuità dell'assistenza in forte integrazione con le altre figure

⁵ Articolo 1, comma 5 del decreto legge n. 34/2020

Al fine di rafforzare i servizi infermieristici, con l'introduzione altresì dell'infermiere di famiglia o di comunità, per potenziare la presa in carico sul territorio dei soggetti infettati da SARS-CoV-2 identificati come affetti da COVID-19, anche coadiuvando le Unità speciali di continuità assistenziale e i servizi offerti dalle cure primarie, nonché di tutti i soggetti di cui al comma 4, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, in deroga all'articolo 7 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, possono, in relazione ai modelli organizzativi regionali, utilizzare forme di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, con decorrenza dal 15 maggio 2020 e fino al 31 dicembre 2020, con infermieri che non si trovino in costanza di rapporto di lavoro subordinato con strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private accreditate, in numero non superiore a otto unità infermieristiche ogni 50.000 abitanti. Per le attività assistenziali svolte è riconosciuto agli infermieri un compenso lordo di 30 euro ad ora, inclusivo degli oneri riflessi, per un monte ore settimanale massimo di 35 ore. Per le medesime finalità, a decorrere dal 1° gennaio 2021, le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale, possono procedere al reclutamento di infermieri in numero non superiore ad 8 unità ogni 50.000 abitanti, attraverso assunzioni a tempo indeterminato e comunque nei limiti di cui al comma 10.



professionali del territorio. In sintesi, l'Infermiere di Famiglia o Comunità:

- collabora all'intercettazione del bisogno di salute, agendo sulla promozione, prevenzione e gestione della salute in tutte le fasce d'età;
- contribuisce alla programmazione delle attività anche attraverso gli strumenti propri della gestione degli assistiti finalizzati a mantenere la popolazione in condizioni di buona salute rispondendo ai bisogni del singolo paziente sia in termini di prevenzione sia di cura delle condizioni croniche;
- favorisce l'accessibilità e l'orientamento ai servizi al fine di garantire un'effettiva presa in carico della persona assistita;
- promuove il coinvolgimento attivo e consapevole della comunità, organizzando processi e momenti di educazione sanitaria di gruppo in presenza o in remoto, in collaborazione con tutti i livelli e gli attori sanitari in linea con le indicazioni del Dipartimento di prevenzione e di sanità pubblica; promuove attività di informazione/comunicazione sia ai singoli sia alla comunità, in collaborazione con le idonee competenze relazionali di linguaggi, format e modalità di interazione in base alla popolazione a cui si rivolge;
- svolge attività di *counseling* infermieristico e contribuisce ad attività di *supporto* motivazionale per la promozione di corretti comportamenti, al fine di favorire la partecipazione e la responsabilizzazione individuale e collettiva;
- valorizza e promuove il coinvolgimento attivo della persona e del suo *caregiver*;
- lavora in forte integrazione con le reti sociosanitarie a valenza sanitaria e con le risorse della comunità (associazioni, volontariato, ecc.), e collabora in team con i MMG, i PLS e gli altri professionisti sanitari;
- utilizza sistematicamente strumenti digitali e di telemedicina e teleassistenza.



7. UNITÀ DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

L'Unità di Continuità Assistenziale nel limite previsto ai sensi dell'articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021 n. 234 è un'équipe mobile distrettuale per la gestione e il supporto della presa in carico di individui, o di comunità, che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e che comportano una comprovata difficoltà operativa.

Standard:

- 1 Medico e 1 Infermiere ogni 100.000 abitanti.

L'Unità di Continuità Assistenziale (UCA) è un'équipe che afferisce al Distretto ed è composta da 1 medico ed 1 infermiere che operano sul territorio di riferimento anche attraverso l'utilizzo di strumenti di telemedicina (es. televisita e teleassistenza) e in collaborazione con MMG e PLS delle AFT/UCCP. Al fine di svolgere la propria attività l'UCA può usufruire del supporto a distanza (teleconsulto) di specialisti del territorio ed ospedalieri.

L'équipe UCA può essere integrata con altre figure professionali sanitarie, nell'ambito delle professionalità disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale.

L'UCA non sostituisce ma supporta per un tempo definito i professionisti responsabili della presa in carico del paziente e della comunità. Essa può essere attivata in presenza di condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e di comprovata difficoltà operativa di presa in carico:

- Dimissione difficile del paziente non altrimenti ricoverabile in Ospedale di Comunità o dimissibile al domicilio in Assistenza Domiciliare;
- Supporto all'Assistenza Domiciliare in particolari situazioni di instabilità clinica o emergenti necessità diagnostiche/terapeutiche;
- Presa in carico e *follow-up* dei pazienti domiciliari durante focolai epidemici, garantendo una risposta rapida e flessibile effettuando accertamenti diagnostici specifici e relativi interventi terapeutici;
- Programmi di prevenzione territoriale, in modo coordinato con il Dipartimento di prevenzione e sanità pubblica, quali ad esempio, ondate di calore, vaccinazioni domiciliari e presso le RSA/Case di Riposo per pazienti "fragili" (COVID, influenza, pneumococco, meningococco, epatiti virali, herpes zoster ecc.);
- Programmi di prevenzione ed interventi mirati nelle scuole, in modo coordinato con il Dipartimento di prevenzione e sanità pubblica, nelle comunità difficili da raggiungere, ecc.

L'UCA deve essere dotata di un sistema integrato comprendente una moderna infrastruttura di telemedicina collegata alle COT ed accessibile via internet al fine di garantire anche in teleconsulto l'interoperabilità della rete di consulenti collegati; deve essere dotata inoltre di strumentazione avanzata di primo livello e di una gamma completa di dispositivi medici portatili (anche diagnostici) in grado di acquisire informazioni e parametri necessari al monitoraggio delle condizioni cliniche del paziente.

La sede operativa dell'UCA è la Casa della Comunità *hub* alla quale afferisce anche dal punto di vista organizzativo.



8. CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE

La Centrale Operativa Territoriale (COT) è un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi *setting* assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.

Standard:

- 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore.
- Standard di personale di 1 COT per 100.000 abitanti: 1 Coordinatore Infermieristico, 3-5 Infermieri, 1-2 unità di Personale di Supporto (Si rinvia alla relazione tecnica all'articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021, n. 234).

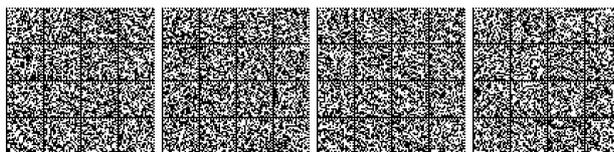
L'obiettivo della COT è quello di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria.

La COT assolve al suo ruolo di raccordo tra i vari servizi attraverso funzioni distinte e specifiche, seppur tra loro interdipendenti:

- coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi *setting* assistenziali (transizione tra i diversi *setting*: ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere, ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o dimissione domiciliare);
- coordinamento/ottimizzazione degli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale;
- tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro;
- supporto informativo e logistico, ai professionisti della rete assistenziale (MMG, PLS, MCA, IFeC ecc.), riguardo le attività e servizi distrettuali;
- raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute, anche attraverso strumenti di telemedicina, dei percorsi integrati di cronicità (PIC), anche attraverso strumenti di telemedicina, dei pazienti in assistenza domiciliare e gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona, (telemedicina, teleassistenza, strumenti di *e-health*, ecc.), utilizzata operativamente dalle CdC e dagli altri servizi afferenti al Distretto, al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno.

Tutti gli attori del sistema, personale distrettuale e ospedaliero, possono richiedere l'intervento della COT, ovvero: MMG, PLS e medici di continuità assistenziale, medici specialisti ambulatoriali interni, e altri professionisti sanitari presenti nei servizi aziendali e distrettuali nonché personale delle strutture di ricovero intermedie, residenziali e semiresidenziali.

La COT deve essere operativa 7 giorni su 7 e deve essere dotata di infrastrutture tecnologiche ed informatiche quali ad esempio piattaforma comune integrata con i principali applicativi di gestione aziendale, software con accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e ai principali database aziendali, software di registrazione delle chiamate. Al fine di garantire un accesso alla totalità dei servizi disponibili sul territorio, nonché affrontare situazioni complesse o di emergenza, è



fondamentale che la COT, a livello regionale, usufruisca di un sistema informativo condiviso e interconnesso con la Centrale Operativa Regionale 116117.

La COT è un servizio a valenza distrettuale.

La dotazione di personale infermieristico per ogni COT dovrebbe essere di 3-5 infermieri per un Distretto standard di 100.000 abitanti. La responsabilità del funzionamento della COT, della gestione e del coordinamento del personale è affidata ad un coordinatore aziendale infermieristico.



9. CENTRALE OPERATIVA 116117

La Centrale Operativa 116117 sede del Numero Europeo Armonizzato (NEA) per le cure mediche non urgenti offre un servizio telefonico gratuito alla popolazione attivo 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 per tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensità assistenziale.

Standard:

- 1 Centrale Operativa NEA 116117 ogni 1-2 milioni di abitanti o comunque a valenza regionale (se con popolazione inferiore allo standard), incrementabile sulla base della numerosità della popolazione. La Centrale Operativa 116117 raccoglie le chiamate di uno o più distretti telefonici in funzione delle dimensioni dei distretti stessi e delle modalità organizzative delle Regioni/PA.

Il Numero Europeo Armonizzato a valenza sociale 116117 è stato individuato dalla Decisione della Commissione Europea numero 116 del 15 febbraio 2007, che ha riservato l'arco di numerazione nazionale con inizio «116» ai numeri destinati a servizi armonizzati a valenza sociale, e dalla Decisione n. 884 del 30 novembre 2009, che ha riservato tale numero per il servizio di Continuità Assistenziale per le cure non urgenti. A livello nazionale con l'Accordo Stato-Regioni del 7/02/2013 e successivamente con l'Accordo Stato-Regioni del 24 novembre 2016 sono state individuate le *“Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del Numero Europeo armonizzato a valenza sociale 116117”*.

Il numero 116117 si raccorderà con eventuali strumenti nazionali e/o territoriali finalizzati alla presa in carico di persone con fragilità.

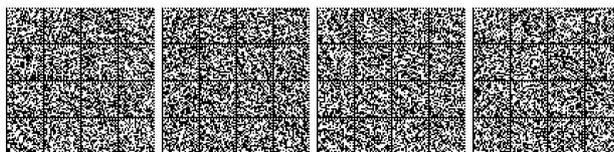
Il numero 116117 (NEA), unico a livello nazionale ed europeo, ha la funzione di facilitare l'accesso della popolazione alle cure mediche non urgenti e ad altri servizi sanitari territoriali a bassa intensità/priorità di cura, raccordandosi anche con il servizio di continuità assistenziale e di emergenza urgenza, con le Centrali Operative Territoriali e con altri servizi previsti da ciascuna Regione o Provincia Autonoma.

La Centrale Operativa NEA 116117 offre un servizio diretto, per un bacino di utenza non inferiore a 1-2 milioni di abitanti, anche se la dimensione regionale deve essere considerata come quella minima, fatti salvi accordi di prossimità e la istituzione di centrali interregionali.

Il servizio è aperto, gratuito e attivo h24 7/7 giorni, e permette alla popolazione di entrare in contatto con un operatore, sanitario o tecnico-amministrativo opportunamente formato, che possa fornire assistenza, direttamente o attraverso il trasferimento di chiamata al servizio competente, a valenza sociosanitaria.

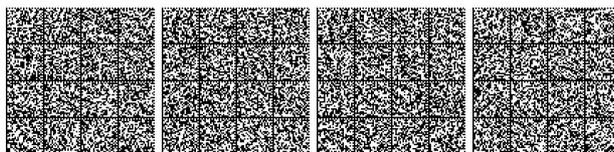
La NEA 116117 eroga servizi:

- che garantiscono una risposta operativa con trasferimento di chiamata (servizio erogabile obbligatorio) per:
 - o prestazioni e/o consigli medici non urgenti nelle ore di apertura del servizio di Continuità Assistenziale,
 - o individuazione e trasferimento delle richieste di soccorso sanitario urgente al 118/112.
- che garantiscono la risposta di tipo informativo (servizio erogabile obbligatorio). Può essere prevista anche la risposta operativa con trasferimento di chiamata (servizio consigliato) per:



- modalità di accesso a MMG/PLS anche in caso di difficoltà di reperimento,
- consigli sanitari non urgenti prima dell'orario di apertura del servizio di Continuità Assistenziale e dopo l'orario di chiusura con eventuale inoltro della chiamata al 118,
- modalità di accesso alla Guardia medica turistica.

Altri servizi possono essere erogati dalle Regioni e Province Autonome, secondo quanto indicato nell'Accordo Stato-Regioni del 24 novembre 2016 (integrazione sociosanitaria, sanità pubblica, trasporto sanitario, ecc.).



10. ASSISTENZA DOMICILIARE

Le Cure domiciliari è un servizio a valenza distrettuale finalizzato all'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza.

Standard:

- 10% della popolazione over 65 da prendere in carico progressivamente.

La casa come primo luogo di cura viene individuata all'interno della programmazione sanitaria nazionale quale *setting* privilegiato dell'assistenza territoriale. Le cure domiciliari, nelle sue forme previste nell'ambito dei Livelli essenziali di assistenza, si configurano come un servizio in grado di gestire al domicilio interventi a diverso livello di intensità e complessità dell'assistenza nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato. Vanno tenute distinte le forme di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) dalle Cure Palliative Domiciliari definite come un livello essenziale specifico e denominate come Unità di Cure Palliative Domiciliari, nell'ambito delle reti locali di cure palliative per l'adulto e per il bambino. Tuttavia, tale distinzione può non essere presente a livello organizzativo aziendale nella composizione dell'équipe purché i professionisti siano specificatamente formati in cure palliative come previsto dalla normativa vigente. Le Cure Domiciliari si articolano in un livello Base e in Cure Domiciliari Integrate (ADI di I livello, ADI di II livello, ADI di III livello) e consistono in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, diagnostici, ecc., prestati da personale sanitario e sociosanitario qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana.

Le risposte assistenziali, differenziate per intensità e complessità, sono programmate a seguito della Valutazione Multidimensionale e della conseguente formulazione di un Progetto di assistenza individuale integrato (PAI) che comprende, quando necessario, anche il Piano di Riabilitazione Individuale (PRI). Tale valutazione multidimensionale è effettuata dall'unità valutativa che garantisce anche la rivalutazione periodica della persona assistita e definisce criteri di dimissione o passaggio ad altri *setting* assistenziali. Periodicamente deve essere effettuata la rivalutazione del PAI e dell'eventuale PRI. Viene inoltre assicurato il coinvolgimento degli specialisti in relazione a quanto stabilito nel PAI con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta sanitaria, del paziente e del *caregiver*. Il responsabile clinico del paziente è il Medico di Medicina Generale o il Pediatra di Libera Scelta.

Le Regioni e le Province Autonome garantiscono l'accesso ai servizi sanitari, la presa in carico della persona, la valutazione multidimensionale dei bisogni e la definizione dei percorsi assistenziali integrati sotto il profilo clinico, funzionale, nonché procedure e strumenti di valutazione multidimensionale, scientificamente validati, garantendo uniformità sul proprio territorio. Al fine di individuare standard assistenziali comuni e monitorare lo sviluppo quali-quantitativo delle Cure Domiciliari, nonché caratterizzare e misurare attraverso specifici indici le condizioni di fragilità dell'assistito, è necessario definire un criterio omogeneo a livello nazionale.

La classificazione nei diversi livelli di intensità assistenziale è codificata e misurata nel flusso informativo nazionale sull'assistenza domiciliare (Sistema Informativo Assistenza Domiciliare - SIAD) attraverso il Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA), un indicatore che misura il rapporto tra giornate effettive di assistenza (GEA) e giornate di cura (GDC) relative al periodo di presa in carico. La complessità assistenziale è misurata attraverso l'insieme delle prestazioni erogate e dei



professionisti coinvolti nel PAI. L'intensità e la complessità assistenziale consentono di misurare e caratterizzare i percorsi assistenziali erogati.

I soggetti che erogano Cure Domiciliari devono possedere i requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi previsti per l'autorizzazione e per l'accreditamento sulla base della normativa vigente. Tali soggetti devono disporre di una sede organizzativa ed operativa per garantire l'accessibilità alle cure, il coordinamento dell'*équipe* assistenziale, l'integrazione tra professionisti e servizi assicurando la necessaria continuità dell'assistenza in particolare in sede di dimissione ospedaliera protetta e al fine di evitare ricoveri inappropriati. Tale integrazione deve avvenire per il tramite del Distretto che, attraverso i suoi servizi e professionisti, governa le transizioni degli assistiti tra i diversi *setting* assistenziali. Il servizio di Assistenza Domiciliare costituisce una delle articolazioni distrettuali con cui la Centrale Operativa Territoriale si interfaccia e raccorda attraverso piattaforme digitali che facilitino l'inserimento dei dati relativi alle persone prese in carico nel Fascicolo Sanitario Elettronico.

La dotazione di personale da definire nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente, sia in termini numerici che di figure professionali coinvolte, deve essere proporzionata alla tipologia di attività erogata, in particolare: medici, infermieri, operatori delle professioni sanitarie, della riabilitazione, operatori sociosanitari, e altri professionisti sanitari necessari a rispondere ai bisogni assistenziali individuati nel PAI/PRI.

Il servizio di cure domiciliari garantisce la continuità assistenziale 7 giorni su 7 e 24 ore su 24 nelle modalità indicate dalla normativa nazionale e regionale vigente ivi compresi i servizi di telemedicina nelle modalità e forme previste.

Tali interventi si integrano con quelli previsti dall'articolo 1 comma 162, lettera a), della legge 20 dicembre 2021, n. 234 di competenza di ATS. In tali termini ai fini dell'operatività di tale previsione, si rimanda a quanto sarà definito dall'intesa da sottoscrivere ai sensi dell'articolo 1, comma 163, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 e a quanto sarà definito dall'accordo previsto all'articolo 21, comma 1, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, nell'ambito delle risorse umane e strumentali di rispettiva competenza del SSN e dei comuni disponibili a legislazione vigente.

Gli Indicatori di Monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare

- % di pazienti over 65 in assistenza domiciliare (considerando tutti gli assistiti di età pari o superiore a 65 anni "presi in carico" per tutte le classi di CIA)



11. OSPEDALE DI COMUNITÀ

L'Ospedale di Comunità (OdC) è una struttura sanitaria di ricovero che afferisce alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio.

Standard:

- 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti;
- 0,2 posti letto per 1000 abitanti da attuarsi in modo progressivo secondo la programmazione regionale.

Standard di personale per 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto:

7-9 infermieri (di cui 1 Coordinatore infermieristico), 4-6 Operatori Sociosanitari, 1-2 unità di altro personale sanitario con funzioni riabilitative e un Medico per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7.

L'OdC come previsto dalla normativa vigente e dagli atti concertativi di riferimento (DM n. 70/2015, Patto per la Salute 2014-2016, Piano nazionale della cronicità, Intesa Stato-Regioni del 20/02/2020), svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri e di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni assistenziali, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia più prossimi al domicilio.

L'OdC è una struttura sanitaria territoriale, rivolta a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minore o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio o in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare). Tali necessità possono concretizzarsi sia in occasione di dimissione da struttura ospedaliera, sia per pazienti che si trovano al loro domicilio, in questo secondo caso possono rientrare anche ricoveri brevi. L'OdC è una struttura sanitaria in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi che garantiscano la qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti, nonché la misurazione dei processi e degli esiti. L'OdC, così come chiarito dall'Intesa Stato-Regioni del 20/02/2020, non è ricompreso nelle strutture residenziali (articoli 29-35 del DPCM 12/01/2017 recante "*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*").

L'OdC può avere una sede propria, essere collocato in una Casa della Comunità, in strutture sanitarie polifunzionali, presso strutture residenziali sociosanitarie oppure essere situato in una struttura ospedaliera, ma è riconducibile ai servizi ricompresi nell'assistenza territoriale distrettuale.

L'Ospedale di Comunità deve essere realizzato nel rispetto delle norme vigenti a livello nazionale e regionale in materia di edilizia sanitaria. L'OdC deve essere dotato di servizi generali, nonché di eventuali opportuni spazi organizzati e articolati in modo tale da garantire lo svolgimento delle seguenti funzioni: locali ad uso amministrativo, cucina e locali accessori, lavanderia e stireria, servizio mortuario. Tali servizi possono essere in comune e/o condivisi con altre strutture e/o unità di offerta.



L'OdC ha un numero di posti letto di norma tra 15 e 20. È possibile prevedere l'estensione fino a due moduli e non oltre, ciascuno di norma con un numero di 15-20 posti letto, per garantire la coerenza rispetto alle finalità, ai destinatari e alle modalità di gestione.

Possono accedere all'OdC pazienti con patologia acuta minore che non necessitano di ricovero in ospedale o con patologie croniche riacutizzate che devono completare il processo di stabilizzazione clinica, con una valutazione prognostica di risoluzione a breve termine (entro 30 giorni), provenienti dal domicilio o da altre strutture residenziali, dal Pronto soccorso o dimessi da presidi ospedalieri per acuti. Tra gli obiettivi primari del ricovero deve essere posto anche il coinvolgimento attivo e l'aumento di consapevolezza, nonché la capacità di auto-cura dei pazienti e del familiare/*caregiver*, attraverso la formazione e l'addestramento alla migliore gestione possibile delle nuove condizioni cliniche e terapeutiche e al riconoscimento precoce di eventuali sintomi di instabilità.

In sintesi, le categorie principali di pazienti eleggibili sono le seguenti:

- a) pazienti fragili e/o cronici, provenienti dal domicilio, per la presenza di riacutizzazione di condizione clinica preesistente, insorgenza di un quadro impreveduto, in cui il ricovero in ospedale risulti inappropriato;
- b) pazienti, prevalentemente affetti da multimorbidità, provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, clinicamente dimissibili per conclusione del percorso diagnostico terapeutico ospedaliero, ma con condizioni richiedenti assistenza infermieristica continuativa;
- c) pazienti che necessitano di assistenza nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi, che necessitano di interventi di affiancamento, educazione ed addestramento del paziente e del *caregiver* prima del ritorno al domicilio;
- d) pazienti che necessitano di supporto riabilitativo-rieducativo, il quale può sostanziarsi in: valutazioni finalizzate a proporre strategie utili al mantenimento delle funzioni e delle capacità residue (es. proposte di fornitura di ausili); supporto ed educazione terapeutica al paziente con disabilità motoria, cognitiva e funzionale; interventi fisioterapici nell'ambito di Percorsi/PDTA/Protocolli già attivati nel reparto di provenienza e finalizzati al rientro a domicilio.

I pazienti ospitati necessitano di assistenza infermieristica continuativa e assistenza medica programmata o su specifica necessità.

Gli OdC possono prevedere ambienti protetti, con posti dedicati a pazienti con demenza o con disturbi comportamentali, in quanto affetti da patologie croniche riacutizzate a domicilio o in dimissione ospedaliera. Queste strutture potrebbero ridurre l'istituzionalizzazione e l'ospedalizzazione in ambienti ospedalieri non idonei (*cf. Piano nazionale demenze approvato con accordo del 30 ottobre 2014 dalla Conferenza Unificata - Rep. Atti n.135/CSR*).

In prossimità di Ospedali Pediatrici è possibile prevedere la realizzazione di OdC dedicati a pazienti pediatrici, con la responsabilità clinica del pediatra e la presenza di personale di assistenza specificamente formato e competente per tale target di pazienti.

L'accesso presso l'OdC avviene su proposta di:

- medico di medicina generale;
- medico di continuità assistenziale;
- medico specialista ambulatoriale interno ed ospedaliero;
- medico del pronto soccorso;
- pediatra di libera scelta.



Il ricovero presso l'OdC deve avere una durata non superiore a 30 giorni. Solo in casi eccezionali e comunque motivati dalla presenza di situazioni cliniche non risolte la degenza potrà prolungarsi ulteriormente.

Per quanto non esplicitato nel presente paragrafo si rinvia all'Intesa Stato-Regioni del 20 febbraio 2020.

Responsabilità e personale

La gestione e l'attività nell'OdC sono basate su un approccio multidisciplinare, multiprofessionale ed interprofessionale, in cui sono assicurate collaborazione ed integrazione delle diverse competenze. La responsabilità igienico sanitaria e clinica dell'OdC è in capo al medico e può essere attribuita ad un medico dipendente o convenzionato con il SSN, pertanto può essere attribuita anche a MMG/PLS, SAI. La responsabilità organizzativa è affidata ad un responsabile infermieristico (cfr. DM n. 70/2015), secondo quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 20 febbraio 2020.

L'assistenza infermieristica è garantita nelle 24 ore 7 giorni su 7 con il supporto degli Operatori Sociosanitari, in coerenza con gli obiettivi del Progetto di assistenza individuale integrato (PAI) e in stretta sinergia con il responsabile clinico e gli altri professionisti sanitari e sociali coinvolti.

All'interno dell'equipe di cura è presente l'Infermiere che si occupa, in particolare, delle transizioni di cura dei pazienti assicurandone la presa in carico e la continuità assistenziale: tale infermiere si interfaccia con le Centrali Operative Territoriali e in modo da facilitare l'organizzazione dell'assistenza, e gli ausili eventualmente necessari, una volta che il paziente tornerà al domicilio.

L'assistenza medica è assicurata dai medici incaricati, nel turno diurno (8-20) deve essere garantita per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7 mentre nel turno notturno (20-8) e diurno festivo e prefestivo in forma di pronta disponibilità, anche organizzata per più strutture dello stesso territorio, con tempi di intervento conformi a quanto previsto dalle norme vigenti in materia. L'assistenza notturna è garantita anche da Medici della Continuità Assistenziale, in rapporto a specifici accordi locali, oppure da medici operanti nella struttura.

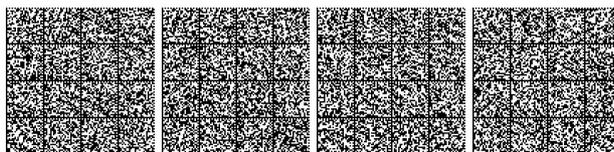
L'organizzazione dell'OdC deve garantire l'interfaccia con le diverse componenti che partecipano e realizzano la continuità dell'assistenza nell'ambito del PDTA e del PAI per ogni singolo paziente, compresi i professionisti che prescrivono e forniscono i necessari ausili ed eventualmente con i servizi sociali dei comuni.

I responsabili delle attività cliniche ed infermieristiche provvedono alla raccolta delle informazioni sanitarie per i rispettivi ambiti di competenza, utilizzando una cartella clinico - assistenziale integrata, inserita in un processo di informatizzazione integrato con il FSE.

In caso di emergenza, dovranno essere attivate le procedure previste, a livello regionale, tramite il Sistema di Emergenza Urgenza territoriale. Nel caso in cui la sede dell'OdC sia all'interno di un presidio ospedaliero potranno essere attivate le procedure d'urgenza del presidio ospedaliero.

All'interno degli OdC dovranno, inoltre, essere garantite alcune attività di monitoraggio dei pazienti, in loco o in collegamento funzionale, anche attraverso servizi di telemedicina.

Al fine di realizzare anche attività di riabilitazione motoria in ogni OdC deve essere garantito l'accesso a idonei locali attrezzati, destinati alle principali attività motorie e riabilitative.



L'ospedale di comunità come nodo della rete territoriale

L'OdC, pur avendo un'autonomia funzionale, opera in forte integrazione con gli altri servizi sanitari quali: la rete delle cure intermedie, i servizi di assistenza specialistica ambulatoriale, le cure domiciliari e i servizi di emergenza urgenza territoriali. A tal fine devono essere predisposte specifiche procedure operative volte a garantire la continuità assistenziale e la tempestività degli interventi necessari, valorizzando la funzione di coordinamento e raccordo garantito dalle COT.

Devono essere definiti appositi collegamenti funzionali con i servizi di supporto diagnostico specialistico.

Flussi informativi

Nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) del Ministero della Salute sarà implementato, con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente il flusso informativo che consentirà di rilevare le prestazioni erogate dagli OdC.

L'OdC dovrà dotarsi del sistema informativo per la raccolta, il periodico aggiornamento e la gestione dei contenuti informativi integrati necessari al monitoraggio dell'attività clinica ed assistenziale erogata, assicurando la tempestiva trasmissione dei dati a livello regionale per l'alimentazione del debito informativo nazionale.

Gli Indicatori di Monitoraggio degli Ospedali di Comunità

- Tasso di ricovero della popolazione >75 anni
- Tasso di ricovero in Ospedale per acuti durante la degenza in OdC
- Tasso di riospedalizzazione a 30 giorni
- Degenza media in OdC
- Degenza oltre le 6 settimane (o N° di outlier)
- N. pazienti provenienti dal domicilio
- N. pazienti provenienti da ospedali



12. RETE DELLE CURE PALLIATIVE

La rete delle cure palliative è costituita da servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, con l'attività di consulenza nelle U.O., ambulatoriale, domiciliare e in hospice. Le cure palliative sono rivolte a malati di qualunque età e non sono prerogativa della fase terminale della malattia. Possono infatti affiancarsi alle cure attive fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, controllare i sintomi durante le diverse traiettorie della malattia, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale.

Standard:

- 1 Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCP – DOM) ogni 100.000 abitanti;
- Hospice: 8/10 posti letto ogni 100.000 abitanti

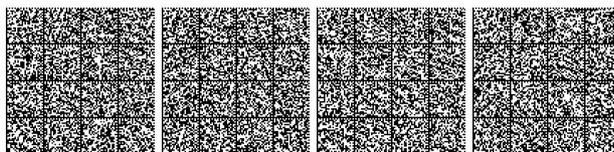
La legge n. 38/2010 e i successivi provvedimenti attuativi hanno definito il modello di sviluppo delle reti di cure palliative in termini di accreditamento delle strutture e delle reti, di attuazione, gestione e coordinamento dei percorsi assistenziali integrati e riconoscimento delle competenze professionali. Le cure palliative sono state caratterizzate con un approccio orientato alla presa in carico e al percorso di cura, distinguendo gli interventi per livelli di complessità ed intensità assistenziale e, in ambito domiciliare, differenziandole dall'ADI attraverso specifiche e specialistiche Unità di offerta. Nell'ambito della cornice normativa ed in considerazione delle transizioni demografiche, epidemiologiche e sociali appare sempre più necessario implementare e rafforzare l'approccio alle cure palliative in una prospettiva di integrazione e complementarietà alle terapie attive sia in ambito ospedaliero che territoriale.

La Rete Locale di Cure Palliative (RLCP) è un'aggregazione funzionale integrata delle attività di CP erogate nei diversi setting (ospedale, ambulatorio, domicilio, hospice) assistenziali in un territorio, alla quale corrispondono le seguenti funzioni:

- 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;
- 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;
- adotta sistemi di valutazione, miglioramento della qualità e controllo dei percorsi di cura erogati;
- raccoglie e trasmette i dati al sistema informativo;
- attiva percorsi formativi aziendali specifici;
- partecipa a iniziative di Ricerca.

La governance della RLCP, ai sensi della normativa vigente, è demandata a livello aziendale, attraverso l'istituzione di un organismo di coordinamento, composto da: un coordinatore di rete, referenti delle singole strutture e una rappresentanza delle associazioni di volontariato di settore.

La rete nell'ambito delle risorse umane disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale agisce, pertanto, sul territorio di riferimento assicurando l'erogazione dell'assistenza:



- nell'ambito di strutture di degenza ospedaliera attraverso équipe di cure palliative della rete che erogano consulenza, facilitano l'attivazione dei percorsi di cure palliative per garantire la continuità ospedale-territorio, supportano l'équipe 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 équipe dedicate e specificatamente formate in cure palliative che operano all'interno della RLCP;
- a domicilio del paziente, attraverso il servizio di Cure Palliative Domiciliari (CPD), con la previsione di un'équipe 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 *équipe* può essere, dal punto di vista organizzativo, integrata con l'équipe dell'assistenza domiciliare integrata;
- nelle strutture residenziali e negli Hospice, con standard di riferimento di 8/10 posti letto ogni 100.000 abitanti.

Questi servizi devono essere garantiti sulla base dei criteri e requisiti previsti dalla normativa e dagli accordi vigenti, tra cui l'Intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012, l'Accordo Stato-Regioni del 27 luglio 2020 (Rep. Atti n. 119/CSR e Rep. Atti n. 118/CSR) e l'Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2021.



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

Il Consultorio Familiare e l'attività rivolta ai minori, ove presenti, rappresentano la struttura aziendale a libero accesso e gratuita e sono deputati alla protezione, prevenzione, promozione della salute, consulenza e cura rivolte alla donna in tutto il suo ciclo di vita (comprese quelle in gravidanza), minori, famiglie all'interno del contesto comunitario di riferimento

Standard:

- 1 consultorio ogni 20.000 abitanti con la possibilità di 1 ogni 10.000 nelle aree interne e rurali. L'attività consultoriale può svolgersi all'interno delle Case della Comunità, privilegiando soluzioni logistiche che tutelino la riservatezza.

Il Consultorio Familiare (CF) e l'attività rivolta ai minori nell'ambito dell'assistenza territoriale ad accesso diretto – ove presenti –, garantiscono le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, ostetriche, psicologiche e psicoterapeutiche, infermieristiche, riabilitative, preventive, alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie. Gli ambiti di attività dei CF sono quelli previsti nei Livelli Essenziali di Assistenza.

Il CF nell'ambito delle professionalità disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale garantisce tutte le prestazioni descritte nell'articolo 24 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) 12 gennaio 2017, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, ostetriche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, necessarie ed appropriate.

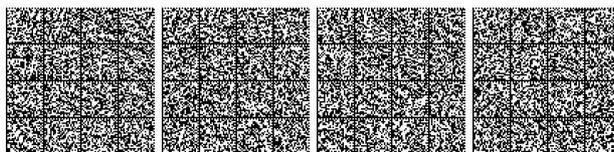
L'attività consultoriale è caratterizzata da un approccio multidisciplinare e olistico ("Planetary Health"), nonché da una attenzione alla complessità dello stato di salute della popolazione anche attraverso la qualità dell'accoglienza, dell'ascolto e della comunicazione e la loro capacità di realizzare programmi di promozione della salute e assistenza volti anche alla presa di consapevolezza delle persone e delle comunità.

Il principio ispiratore del lavoro del CF è quello dell'integrazione, che avviene a tutti i livelli e si configura come un presupposto fondamentale per il raggiungimento dei suoi obiettivi.

Tale principio è evidente sia all'interno del CF che nel modo in cui questo si rapporta al contesto in cui opera. Il CF svolge, infatti, la propria attività in integrazione con tutti i professionisti afferenti ai servizi ospedalieri e territoriali, soprattutto con quelli dedicati alla presa in carico della persona, quelli rientranti nell'area dell'assistenza primaria e quelli diretti alla tutela della salute nei "primi 1000 giorni", della salute della donna in tutto il suo ciclo vitale e della salute mentale (es. pediatri di libera scelta, psicologi delle cure primarie, neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, dipartimenti di salute mentale e dipendenze, specialisti ambulatoriali, servizi di riabilitazione).

Inoltre, l'attività del CF richiede un approccio intersettoriale in quanto, oltre al sociale, vi sono innumerevoli altri attori che possono contribuire alla produzione di benessere dell'individuo e delle comunità (es. settore scolastico, culturale, sportivo), al contenimento del disagio familiare e sociale (es. settore della giustizia, del lavoro).

Le figure professionali che possono operare nel CF sono: l'ostetrica, il medico ginecologo, lo psicologo, l'assistente sociale, l'ostetrica, l'infermiere, l'assistente sanitario e altro personale sanitario, quale ad esempio l'educatore professionale con funzioni sociosanitarie, il personale



amministrativo, ed altre figure come il mediatore linguistico culturale, il mediatore familiare, il terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva (tnpee), il tecnico della riabilitazione psichiatrica (terp), l'avvocato.

Le attività del CF devono essere definite e coordinate, sia sul piano del funzionamento interno del CF, sia sul piano dell'integrazione in rete, con gli altri servizi sanitari (territoriali e ospedalieri) e con gli altri attori della Rete Materno Infantile.

Tutte le sedi dei CF dovranno essere dotate di locali e spazi adeguati alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate.



14. PREVENZIONE IN AMBITO SANITARIO, AMBIENTALE E CLIMATICO

Il Dipartimento di Prevenzione (DP), come previsto dagli articoli 7, 7-bis, 7-ter e 7-quater del decreto legislativo 502/1992 e s.m., ha il compito di promuovere azioni volte a individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale, mediante iniziative coordinate con i distretti e con i dipartimenti dell'azienda sanitaria locale e delle aziende ospedaliere, prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline.

Standard massimo di popolazione per DP = 1: 500.000 abitanti (necessario per mantenere efficienza organizzativa e conoscenza del territorio che ha identità, omogeneità culturale e socioeconomica imprescindibili nell'azione preventiva).

Il DP, nei limiti degli obiettivi assegnati e delle risorse attribuite, opera con riferimento al piano annuale di attività e di risorse negoziate con la Direzione Strategica nell'ambito della programmazione aziendale, al fine di garantire la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita.

Alla luce di quanto definito dal LEA "Prevenzione collettiva e sanità pubblica", come da DPCM 12 gennaio 2017, il DP garantisce attraverso le sue articolazioni ed i suoi professionisti il supporto tecnico-scientifico alle autorità sanitarie locali in tutti gli aspetti relativi alla Sanità Pubblica ed esercita nell'ambito delle risorse umane disponibili a legislazione vigente le seguenti funzioni:

- A - Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali
- B - Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati
- C - Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro
- D - Salute animale e igiene urbana veterinaria
- E - Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori
- F - Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening, sorveglianza e prevenzione nutrizionale
- G - Attività medico legali per finalità pubbliche.

Il Dipartimento di Prevenzione nelle sue diverse articolazioni ed organizzazioni aziendali è dotato, nell'ambito delle disponibilità previste dalla legislazione vigente, delle risorse multidisciplinari per poter adempiere alle funzioni sopra elencate.

A partire dalle funzioni sopramenzionate il DP, per la sua missione di supporto tecnico-scientifico alle autorità sanitarie locali e regionali, è chiamato a garantire attività trasversali quali la preparazione e risposta rapida alle crisi/emergenze di natura infettiva, ambientale, ecc.

Per la sorveglianza delle malattie infettive in uno scenario di pre-allerta epidemica, potrà essere prevista la strutturazione di 1 team multisettoriale per fronteggiare le emergenze pandemiche, con uno standard di riferimento di professionisti sanitari da definire in base alle condizioni epidemiologiche e all'evoluzione delle fasi pandemiche, come previsto dal Piano Pandemico Nazionale, nell'ambito delle risorse di cui all'articolo 1, comma 261 della legge n. 234/2021.

Per adempiere a tali attività il DP:



- opera in stretto raccordo con gli enti e le agenzie che sovrintendono alla materia di volta in volta trattata; nel caso delle crisi/emergenze/crisi diventa punto di riferimento tecnico-operativo tra le autorità nazionali, regionali e locali;
- garantisce il supporto alle attività di pianificazione, programmazione, organizzazione e monitoraggio volte a promuovere la salute e prevenirne e contenerne i rischi nei diversi ambiti di vita dei singoli e delle comunità (es. contesti sociali diversi, zone agricole e industriale, aree urbane e montane, ecc.).

Nell'ambito delle attività di tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati il DP, quale parte della costituenda rete del Sistema Nazionale di Prevenzione Salute, Ambiente e Clima (SNPS), garantisce il supporto, nell'ambito delle presedette risorse disponibili, al raggiungimento dell'obiettivo "salute" nelle azioni di controllo sulle matrici ambientali attraverso interventi di analisi e di monitoraggio in stretto raccordo con le Agenzie del Sistema Nazionale per la Protezione dell'Ambiente con l'obiettivo di identificare e valutare i rischi per la popolazione e per gli ecosistemi.

Nell'ambito della tutela della salute e della sicurezza negli ambienti di lavoro e della prevenzione dei danni acuti e cronici associati all'esposizione a rischi professionali, il DP agisce in raccordo con gli altri Enti preposti, anche contribuendo per quanto di competenza, sul versante tecnico, al costituendo SINP - Sistema Informativo Nazionale per la Prevenzione nei luoghi di Lavoro.

Nell'ambito del contrasto alle malattie croniche non trasmissibili, il DP agisce in stretto raccordo con il Distretto per la programmazione, attuazione, validazione e coordinamento di azioni finalizzate all'individuazione di condizioni di rischio individuali e al conseguente indirizzo a interventi mirati alla promozione della salute e/o alla presa in carico della persona. In questo contesto si inserisce la collaborazione con le Case della Comunità, i Dipartimenti di Salute mentale e delle Dipendenze ovvero gli altri servizi della rete sociosanitaria territoriale per l'invio a interventi strutturati e per la modifica dei comportamenti a rischio.

Per la piena realizzazione del suo mandato, che supera la visione "settoriale" (Accordo Stato-Regioni sulle "Linee di guida per la prevenzione sanitaria e lo svolgimento delle attività del Dipartimento di prevenzione delle Aziende sanitarie locali" Repertorio Atti n. 1493 del 25 luglio 2002), per servizi, il DP adotta un approccio basato sui principi di priorità, efficacia ed efficienza produttiva e allocativa, che necessita di una organizzazione e di una *governance* flessibile (multidisciplinare, multi professionale, multisettoriale), capace di aggregare intorno ad obiettivi complessi professionalità diverse, anche esterne al sistema sanitario.

Elementi cardine di tale organizzazione sono:

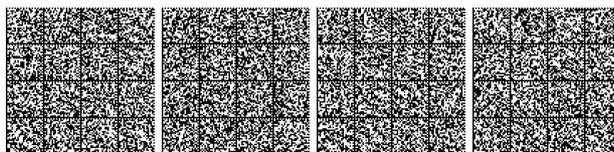
- valutazione dell'impatto sanitario (*health impact assessment*) e identificazione del rischio (*risk assessment* e *health equity audit*) attraverso l'uso dei dati epidemiologici e, in particolar modo, del Profilo di salute ed equità, strumento essenziale per compiere una corretta analisi dello scenario e per la definizione di bisogni e priorità di intervento;
- azioni di promozione della salute, prevenzione rispetto ai determinanti della salute nel rapporto salute-ambiente, in stretto raccordo con enti locali e agenzie regionali e nazionali;
- azioni di *preparedness* e di risposta rapida alle emergenze sanitarie di tipo infettivo, ambientale, ecc. garantendo uno stretto raccordo ed il supporto alle autorità sanitarie locali e regionali nonché alle Agenzie ed Enti a ciò deputati;
- cultura e pratica di interventi di prevenzione ancorati alle prove di efficacia (*efficacy* ed *effectiveness*), equità e sostenibilità;



- approccio sistemico;
 - o nell'erogazione delle prestazioni, anche al fine di favorire l'integrazione delle articolazioni del DP nella rete dei servizi sociosanitaria rilevanza sanitaria coordinata dal Distretto;
 - o nella promozione, prevenzione e tutela della salute delle comunità avendo come riferimento gli Obiettivi di sviluppo sostenibili (SDGs) anche attraverso l'adozione della strategia "One Health" e con particolare attenzione al rapporto salute - ambiente, favorendo una stretta sinergia con le diverse articolazioni delle comunità locali, con le agenzie e le istituzioni interessate;
- comunicazione come veicolo di efficacia degli interventi di promozione della salute e prevenzione, per contribuire ad incrementare l'alfabetizzazione sanitaria e lo sviluppo di competenze e capacità, per il riorientamento salutare di ambienti, contesti e stili di vita e l'adesione a programmi di prevenzione secondaria, nonché come strumento per la condivisione degli obiettivi di salute e dei criteri di priorità degli interventi a tutti i livelli della concertazione (tecnica, istituzionale e di comunità), e di fidelizzazione, di trasparenza e credibilità del DP;
- qualità ovvero adozione e implementazione di *standard* e processi con valutazione degli stessi e degli esiti delle azioni rispetto agli obiettivi fissati al fine di innescare meccanismi di revisione e miglioramento continuo della efficacia, appropriatezza e qualità professionale, tecnologica, relazionale;
- formazione continua degli operatori basata sulle competenze essenziali per ogni profilo professionale (*core competencies*) finalizzata:
 - o al raggiungimento e mantenimento delle stesse e degli standard operativi collegati;
 - o all'assimilazione degli elementi del metodo di lavoro (costruzione del profilo di salute, scelta delle priorità, individuazione degli interventi efficaci, programmazione, realizzazione e valutazione, di processo e di impatto) orientato alla collaborazione e alla trasversalità;
- valorizzazione dell'epidemiologia e uso di dati (sistemi di sorveglianza di popolazione) ed indicatori, come strumento
 - o di monitoraggio dello stato di salute delle comunità
 - o di valutazione di impatto dei programmi;
 - o di governance dei processi, anche nella direzione dell'integrazione con altre strutture e aree del sistema.

In questo contesto si inserisce la collaborazione, anche attraverso la previsione all'interno di ogni DP di esperti in tematiche che riguardano la salute l'ambiente e le loro connessioni che funga da elemento collettore presso le Case della Comunità, che prevedono tra i vari obiettivi anche quello di garantire in modo coordinato la prevenzione e promozione della salute sia attraverso interventi di comunità che individuali realizzati dall'equipe sanitarie con il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione e Sanità Pubblica aziendale.

Le funzioni del DP direttamente afferenti alla prevenzione primaria e al controllo dei determinanti di salute di natura ambientale e climatica, operano in una rete con il coordinamento tecnico dell'Istituto Superiore di Sanità, al fine di garantire un approccio di sistema nella valutazione e controllo degli effetti delle pressioni ambientali e climatiche sul benessere delle persone e delle comunità, e nella



costruzione di interventi e di scenari decisionali, con un approccio basato sulla prevenzione integrata, strettamente connesso con l'assistenza sanitaria territoriale e le Case della Comunità.

Come sancito dai Piani Nazionali della Prevenzione a partire dal 2005, l'azione del DP è sempre più multidisciplinare e intersettoriale, nell'ottica della Salute in tutte le politiche. Esso opera in raccordo con gli altri nodi della rete, estendendo gli ambiti di intervento (prevenzione universale, medicina predittiva, medicina di genere, prevenzione nella popolazione a rischio, prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia) attraverso una stretta interazione e integrazione (organizzativa, funzionale, operativa) nonché un utilizzo coordinato di tutte le risorse. Tale modello a rete di erogazione dei servizi favorisce la presenza capillare sul territorio delle attività di prevenzione e promozione della salute e allo stesso modo garantisce la capacità del DP di: i) intercettare precocemente la domanda di salute della popolazione e fornire adeguate risposte; ii) sviluppare strategie e strumenti di gestione etica delle risorse della comunità (*stewardship*); iii) promuovere consapevolezza e autodeterminazione della persona (*empowerment*). Questa strategia viene ulteriormente rafforzata dal PNP 2020-2025 il quale promuove un approccio multidisciplinare, intersettoriale e coordinato per affrontare i rischi potenziali o già esistenti secondo una visione che considera la salute come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente (*One Health*). Il Piano investendo, pertanto, nella messa a sistema in tutte le Regioni e Province autonome di programmi di prevenzione collettiva di provata efficacia e di modelli, metodologie e linee di azione basate su evidenze consolidate o su buone pratiche validate e documentate, impegna il DP ad agire con l'obiettivo di rendere esigibili, applicabili e misurabili i programmi e gli interventi previsti nel LEA Prevenzione collettiva e Sanità pubblica.



15. TELEMEDICINA

La telemedicina è una modalità di erogazione di servizi e prestazioni assistenziali sanitarie sociosanitarie a rilevanza sanitaria a distanza, abilitata dalle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, e utilizzata da un professionista sanitario per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti (telemedicina professionista sanitario – assistito) o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari (telemedicina professionista sanitario – professionista sanitario).

La telemedicina rappresenta un approccio innovativo alla pratica sanitaria, già consolidato in diversi ambiti sanitari, consentendo - se inclusa in una rete di cure coordinate - l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione.

La telemedicina supporta l'interazione dei diversi professionisti sanitari con l'assistito nelle diverse fasi di valutazione del bisogno assistenziale, di erogazione delle prestazioni e di monitoraggio delle cure. Facilita inoltre lo scambio di informazioni tra professionisti e la collaborazione multiprofessionale e multidisciplinare sui singoli casi clinici. Implica il trasferimento di dati e informazioni, anche personali e relativi alla salute, in diversi formati (numerici, testuali, grafici, multimediali, etc.) e modalità di interazione (sincrona o asincrona).

Le diverse prestazioni e servizi di telemedicina, quali la televisita specialistica, la teleassistenza, il telemonitoraggio, la teleriabilitazione, il teleconsulto medico, la teleconsulenza medico sanitaria, o la telerefertazione, costituiscono un'opportunità e un fattore abilitante la strutturazione di modelli di gestione integrata dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria a rilevanza sanitaria, in grado di rispondere sia alle necessità dei sistemi sanitari, con particolare riferimento alla gestione della cronicità, sia, in un'ottica di medicina personalizzata, a quelle individuali del singolo assistito, così come previsto anche dal "Patto per la Salute 2019-2021".

L'importanza del ruolo della sanità digitale e della telemedicina nel favorire i processi di presa in carico del paziente cronico, consentendo una migliore gestione domiciliare della persona, è riconosciuta anche nel Piano Nazionale della Cronicità del 2016. Del resto, l'utilizzo della telemedicina per l'erogazione di prestazioni e servizi assistenziali abilita e supporta l'attuazione delle disposizioni di cui all'articolo 21 del DPCM del 12 gennaio 2017, nell'ambito dei percorsi assistenziali integrati e assistenza territoriale.

Lo sviluppo della telemedicina va considerato come un elemento abilitante per l'attuazione della riorganizzazione dell'assistenza territoriale, poiché può favorire:

- la riduzione delle distanze tra operatori sanitari e pazienti e tra operatori sanitari stessi;
- il tempestivo intervento per pazienti cronici trattati a domicilio in occasione di episodi di acuzie;
- la diagnosi precoce dell'evento acuto e il tempestivo intervento per pazienti trattati a domicilio e/o in condizioni di emergenza;
- l'efficientamento delle prestazioni assistenziali erogate in zone interne e/o disagiate con una ottimizzazione delle risorse, offrendo servizi di prossimità che aumentino l'appropriatezza e l'aderenza terapeutica;
- la correlazione degli interventi per una presa in carico integrata tra ospedale e territorio, anche assicurando processi di de-ospedalizzazione, quali ad esempio le dimissioni protette;
- la collaborazione tra gli operatori appartenenti alle diverse reti assistenziali ospedaliere e



territoriali, consentendo una più efficace ed efficiente operatività dei *gruppi di lavoro*, in particolare per tutti quei contesti nei quali la multidisciplinarietà è elemento essenziale per una corretta presa in carico e gestione dell'assistito.

La telemedicina è dunque l'insieme di tecnologia e organizzazione che, se inclusa in una rete di cure coordinate (*coordinated care*), contribuisce in modo rilevante a migliorare la capacità di risposta del Servizio Sanitario Nazionale. Nel disegno di riorganizzazione dell'assistenza territoriale delineato dal presente documento, la telemedicina diviene parte integrante del progetto di salute, sia esso semplice o complesso, definito per il singolo assistito in base ai propri bisogni di salute.

Le esperienze sinora condotte dimostrano che nella presa in carico continuativa e di lungo periodo del paziente multi-patologico e/o fragile le modalità di adozione di modelli di servizio innovativi supportati dalla telemedicina sono legate strettamente alla maturità e capacità dei contesti locali e possono implicare importanti modifiche dell'operatività e delle competenze dei professionisti.

Tale visione è coerente con quanto richiamato nelle "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina", approvate in Conferenza Stato-Regioni il 17 dicembre 2020, in base alle quali le prestazioni ed i servizi di telemedicina sono assimilati a qualunque altra prestazione o servizio diagnostico/terapeutico/assistenziale/riabilitativo, e come tali devono sempre rispettare tutti i diritti e gli obblighi propri di qualsiasi atto sanitario. Anche se, per quel che concerne il rapporto personale medico-paziente, le prestazioni di telemedicina non sostituiscono completamente le prestazioni assistenziali tradizionali, ma le integrano per migliorarne efficacia, efficienza, appropriatezza e sostenibilità. A tal fine le regioni e le aziende sanitarie erogano prestazioni e servizi per cui, attraverso studi comparativi, siano state scientificamente dimostrate, pari condizioni di sicurezza per gli assistiti ed i professionisti sanitari, e pari o migliori condizioni in termini di costo-efficacia rispetto alla pratica clinica tradizionale.

In coerenza con l'obiettivo di aumentare l'accessibilità e ridurre le disuguaglianze nell'accesso alle cure e garantire un approccio quanto più omogeneo possibile sul territorio, e in considerazione delle potenzialità delle moderne tecnologie ICT, i sistemi che erogano prestazioni di telemedicina, che operino a qualsiasi livello aziendale, regionale, interregionale e/o nazionale, devono:

- interoperare con i diversi sistemi nazionali (ANA, NSIS, TS, PAGOPA, SPID, etc.) e regionali (FSE, CUP, etc.) a supporto dell'assistenza sanitaria, garantendo il rispetto degli standard di interoperabilità nei dati;
- supportare la convergenza di processi e strutture organizzative, seppur con la necessaria flessibilità in base alle esigenze specifiche, anche superando la frammentazione tecnologica;
- supportare l'attivazione di servizi di telemedicina per i singoli pazienti, in base alle indicazioni del Progetto di salute;
- uniformare le interfacce e le architetture per la fruizione delle prestazioni di telemedicina, sia per l'utente che per il professionista, in un'ottica di semplificazione, fruibilità e riduzione del rischio clinico, assicurando anche l'integrazione con i sistemi di profilazione regionali/nazionali (es. SPID);
- mettere a disposizione servizi strutturati in modo uniforme e con elevati livelli di sicurezza, sull'intero territorio, sviluppati con approccio modulare e che garantiscono il rispetto delle vigenti indicazioni nazionali.



Responsabilità professionale

La responsabilità professionale nel determinare l' idoneità dell' assistito alla fruizione di prestazioni di telemedicina e di teleassistenza è in capo ai medici o per le attività di teleassistenza agli altri professionisti sanitari che, opportunamente formati all' uso delle tecnologie, operativamente erogano le prestazioni a distanza, in quanto deputati a individuare gli strumenti più idonei per il singolo paziente, in un' ottica di proporzionalità, appropriatezza, efficacia e sicurezza, nel pieno rispetto dei diritti della persona.

D' altro canto, affinché le prestazioni di telemedicina possano essere attivate, è necessaria una preventiva adesione da parte dell' assistito, che si rende disponibile al contatto telematico, all' interazione documentale e informativa con il professionista sanitario e a utilizzare i previsti sistemi di comunicazione remota, secondo le normative vigenti in tema di privacy e sicurezza.

In questo contesto, se il paziente è disponibile a ricevere la prestazione in telemedicina dal domicilio, il suo "profilo tecnologico", ovvero la sua conoscenza e capacità d' uso degli strumenti informatici, deve diventare parte dell' anamnesi. Al variare del tipo di prestazione di telemedicina erogata, e dei relativi requisiti minimi e dispositivi accessori associati, per il singolo assistito dovrebbero essere valutati i seguenti aspetti:

1. se sa usare o è in grado di imparare ad usare gli strumenti digitali di comunicazione (es. smartphone, tablet, computer con webcam);
2. se può usare autonomamente tali strumenti (disabilità fisica e cognitiva potrebbero limitarne la possibilità);
3. se può essere aiutato da un familiare o un *caregiver* nell' uso di tali strumenti;
4. l' idoneità al domicilio della rete internet, degli impianti (elettrici, idraulici, ecc), degli ambienti e delle condizioni igienico-sanitarie.

Per i Requisiti minimi e gli Standard di servizio si rinvia alle "Indicazioni nazionali per l' erogazione di prestazioni in telemedicina", approvate in Conferenza Stato Regioni il 17 dicembre 2020.



16. SISTEMI INFORMATIVI E DI QUALITÀ

Tutte le unità operative territoriali che compongono il Distretto devono essere dotate di soluzioni digitali idonee ad assicurare la produzione nativa 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 (ANA, NSIS, TS, PAGOPA, SPID, etc.) e regionali (FSE, CUP, etc.) nonché con le soluzioni di telemedicina.

I sistemi informativi del Distretto devono essere in grado di:

- a) produrre i documenti nativi digitali necessari ad alimentare il Fascicolo sanitario elettronico (FSE) di ciascun assistito, anche grazie al potenziamento del FSE previsto nel PNRR;
- b) integrarsi ed interoperare con la piattaforma del Sistema TS del Ministero dell'economia e delle finanze, per garantire la corretta generazione della ricetta dematerializzata (a carico del SSN e non a carico del SSN), nonché dei Piani Terapeutici Elettronici;
- c) produrre i dati necessari al monitoraggio a livello nazionale dell'assistenza territoriale, al fine di assicurare la produzione nativa dei dati relativi ai flussi informativi nazionali già attivi (SDO, FAR, SIAD, EMUR, HOSPICE, ecc.), nonché assicurare la necessaria evoluzione applicativa per la produzione dei flussi informativi di prossima attivazione (riabilitazione territoriale, consultori familiari, ospedali di comunità e cure primarie); la piattaforma potrà utilizzare le componenti software (Software Developer Toolkit - SDK) messe a disposizione dal Ministero della salute, nell'ambito NSIS, per facilitare l'interoperabilità e la standardizzazione della semantica delle applicazioni IT a livello locale;
- d) interoperare con il repository centrale del FSE al fine di utilizzare servizi applicativi di interesse per la prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione degli assistiti del Distretto;
- e) interoperare con le piattaforme di telemedicina adottate a livello regionale/nazionale.

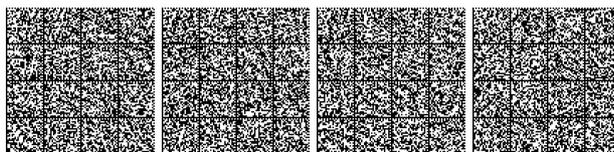
I sistemi informativi del Distretto devono essere sottoposti a certificazione da parte della Regione per assicurare il rispetto di requisiti di qualità e completezza nella produzione dei dati. Per la certificazione degli standard di produzione dei dati relativi ai punti a) e b) le Regioni/Province autonome adottano le specifiche tecniche pubblicate dal Ministero della salute.

Le strutture territoriali ed intermedie adottano standard di qualità e documentano in merito a:

- a) Gestione del rischio clinico:
 - applicazione di ogni misura finalizzata alla prevenzione del rischio clinico e utilizzazione di sistemi gestionali degli eventi sentinella e delle denunce di sinistri. Ciascuna struttura adotta, altresì, in forma anonima sistemi di segnalazione dei rischi e errori e criticità organizzative;
 - applicazione di liste di controllo specifiche per il contesto territoriale, in coerenza con linee di indirizzo nazionali e le raccomandazioni ministeriali;
 - effettuazione di programmi di formazione specifica;
- b) Protocolli, istruzioni operative e azioni di miglioramento continuo:



- definizione di protocolli e istruzioni operative validate formalmente e dedicate alle maggiori criticità o problemi assistenziali;
 - misurazione delle prestazioni e degli esiti;
 - *audit* clinici;
- c) documentazione sanitaria e consegna referti, comunicazione, informazione e partecipazione dell'assistito e dei *caregiver*;
- d) formazione continua e interprofessionale del personale.



DOCUMENTI TECNICI DI RIFERIMENTO

World Health Organization. What is Primary health care? Disponibile on line <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>

Expert Panel On Effective Ways Of Investing In Health. Definition of a frame of reference in relation to primary care with a special emphasis on financing systems and referral systems. Health and Consumers Directorate General (DG SANCO) della Commissione europea (10 luglio 2014).

Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e s. m..

Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229. Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419 e s. m..

Decreto Legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012 n. 189.

Decreto Legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77.

Decreto Legge 6 maggio 2021, n. 59, convertito, con modificazioni, dalla legge 1 luglio 2021, n.101.

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

Decreto-legge 28 ottobre 2020, n. 137, convertito, con modificazioni, dalla Legge 18 dicembre 2020, n. 176.

Decisione 2007/116/CE 15 febbraio 2007 che riserva l'arco di numerazione nazionale che inizia con 116 a numeri armonizzati destinati a servizi armonizzati a valenza sociale.

Accordo Stato-Regioni sancito il 07 febbraio 2013 (Rep. Atti n. 46/CSR). Linee guida di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale.

Accordo Stato-Regioni sancito il 24 novembre 2016 (Rep. Atti n. 221/CSR). Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del numero europeo armonizzato a valenza sociale 116/117.

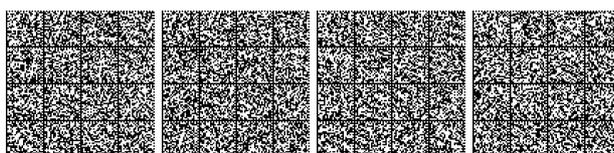
Intesa Stato-Regioni sancito il 20 febbraio 2020 (Rep. Atti n. 3782/CSR). Requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunità.

Il decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 sui requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private (per quanto non esplicitato nel presente documento ai requisiti di cui al richiamato DPR).

World Health Organization. Integrating palliative care and symptom relief into primary health care. Geneva 2018.

Legge 15 marzo 2010, n. 38 e s.m.. Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.

Intesa Stato-Regioni sancita il 25 luglio 2012 (Rep. Atti n. 151/CSR). Definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore.



Legge 29 luglio 1975, n. 405. Istituzione dei consultori familiari.

Decreto Ministeriale del 24 aprile 2000. Adozione del Progetto Obiettivo Materno-Infantile (P.O.M.I) relativo al Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000.

World Health Organization. Guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening. Geneva: World Health Organization; 2019.

Intesa Stato-Regioni sancita il 20 Febbraio 2014 (Rep. Atti n. 16/CSR). Telemedicina, linee d'indirizzo nazionali.

Accordo sancito in sede di Conferenza Stato-Regioni il 17 dicembre 2020 (Rep. Atti n. 215/CSR). Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina.

Accordo Stato-Regioni sancito il 15 settembre 2016 (Rep. Atti n. 160/CSR). Piano Nazionale della Cronicità.

Legge 31 gennaio 1996, n. 34. Disposizioni urgenti in materia di strutture e di spese del Servizio Sanitario Nazionale.



Allegato 2 – Ricognizione Standard**Casa della Comunità**

La Casa della Comunità (CdC) è il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento.

Nella Casa della Comunità lavorano in modalità integrata e multidisciplinare tutti i professionisti per la progettazione ed erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale ai sensi dell'articolo 1, comma 163, della legge 31 dicembre 2021, n. 234 subordinatamente alla sottoscrizione della Intesa ivi prevista e alla sottoscrizione dell'Accordo previsto all'articolo 21, comma 1, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017.

Standard organizzativi

1 Casa della Comunità *hub* ogni 40.000-50.000 abitanti;

Standard di personale per 1 Casa di Comunità *hub*: 7-11 Infermieri, 1 assistente sociale, 5-8 unità di Personale di Supporto (Sociosanitario, Amministrativo).

Servizi presenti nella Casa di Comunità.

Servizi	Modello Organizzativo	
	Casa della Comunità <i>hub</i>	Casa della Comunità <i>spoke</i>
Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multiprofessionali (MMG, PLS, SAI, IFoC, ecc.)	OBBLIGATORIO	
Punto Unico di Accesso	OBBLIGATORIO	
Servizio di assistenza domiciliare	OBBLIGATORIO	
Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza	OBBLIGATORIO	
Servizi infermieristici	OBBLIGATORIO	
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	OBBLIGATORIO	
Integrazione con i Servizi Sociali	OBBLIGATORIO	
Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione	OBBLIGATORIO	
Collegamento con la Casa della Comunità <i>hub</i> di riferimento	-	OBBLIGATORIO
Presenza medica	OBBLIGATORIO H24, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
Presenza infermieristica	OBBLIGATORIO H12, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg



	FORTEMENTE RACCOMANDATO H24, 7/7 gg	
Servizi diagnostici di base	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Continuità Assistenziale	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Punto prelievi	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Attività Consultoriali e attività rivolta ai minori	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO
Interventi di Salute pubblica (incluse le vaccinazioni per la fascia 0-18)	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO
Programmi di screening	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	RACCOMANDATO	
Medicina dello sport	RACCOMANDATO	

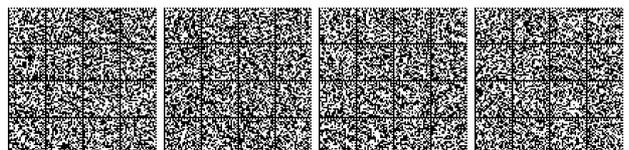
Standard tecnologici e strutturali

Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale.

Servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicità con strumentazione diagnostica di base (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, oct, spirometro) anche attraverso strumenti di telemedicina.

Per quanto non esplicitato nel presente documento si rimanda a i seguenti documenti tecnici di riferimento:

- ❖ Decreto del Presidente della Repubblica del 14 gennaio 1997 recante *Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.*
- ❖ Accordo Stato-Regioni sancito il 7 febbraio 2013 (Rep. Atti n. 46/CSR) recante *Linee guida di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale.*
- ❖ Accordo Stato-Regioni sancito il 15 settembre 2016 (Rep. Atti n. 160/CSR) recante *Piano Nazionale della Cronicità.*
- ❖ Intesa Stato-Regioni sancita il 6 agosto 2020 (Rep. Atti n. 127/2020) recante *Piano nazionale della prevenzione (PNP) 2020 – 2025.*



Centrale operativa territoriale

La Centrale Operativa Territoriale (COT) è un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi *setting* assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.

Standard organizzativi

1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore.

Standard di personale: 1 Coordinatore Infermieristico, 3-5 Infermieri, 1-2 unità di Personale di supporto in coerenza con quanto previsto nella relazione tecnica di cui all'articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021, n. 234.

Operativa 7 giorni su 7

Standard tecnologici e strutturali

Sistemi di tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro.

Sistemi di raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute, anche attraverso strumenti di telemedicina.

Infrastrutture tecnologiche ed informatiche integrate con i principali applicativi di gestione aziendale
Software con accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e ai principali database aziendali, software di registrazione delle chiamate.

Sistema informativo condiviso e interconnesso con la Centrale Operativa Regionale 116117.

Per quanto non esplicitato nel presente documento si rimanda a i seguenti documenti tecnici di riferimento:

- ❖ Decreto del Presidente della Repubblica del 14 gennaio 1997 recante *Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.*
- ❖ Accordo Stato-Regioni sancito il 15 settembre 2016 (Rep. Atti n. 160/CSR) recante *Piano Nazionale della Cronicità.*



Centrale Operativa 116117

La Centrale Operativa 116117 sede del Numero Europeo Armonizzato (NEA) per le cure mediche non urgenti offre un servizio telefonico gratuito alla popolazione per tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensità assistenziale.

Standard organizzativi

1 Centrale Operativa NEA 116117 (CO 116117) ogni 1-2 milioni di abitanti o comunque a valenza regionale.

Servizio aperto e gratuito e attivo 24h 7 giorni su 7

Requisiti tecnologici e strutturali

Servizio telefonico gratuito alla popolazione attivo 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 per le cure mediche non urgenti (prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensità assistenziale).

Raccordo con strumenti nazionali e/o territoriali finalizzati alla presa in carico di persone con fragilità.

Per quanto non esplicitato nel presente documento si rimanda ai seguenti documenti tecnici di riferimento:

- ❖ Decreto del Presidente della Repubblica del 14 gennaio 1997 recante *Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.*
- ❖ Accordo Stato-Regioni sancito il 24 novembre 2016 (Rep. Atti n. 221/CSR) recante *Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del numero europeo armonizzato a valenza sociale 116117.*



Unità di Continuità Assistenziale

L'Unità di Continuità Assistenziale nel limite previsto ai sensi dell'articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021 n. 234 è un'équipe mobile distrettuale per la gestione e il supporto della presa in carico di individui, o di comunità, che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e che comportano una comprovata difficoltà operativa.

Standard organizzativi

1 Unità di Continuità Assistenziale ogni 100.000 abitanti

Standard di personale: 1 medico e 1 infermiere, può essere integrata con altre figure professionali sanitarie nell'ambito delle professionalità disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale.

Sede operativa: Casa della Comunità Hub

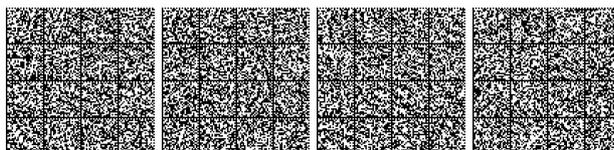
Requisiti tecnologici e strutturali

Strumenti di telemedicina (es. televisita e teleassistenza) e la collaborazione con MMG e PLS delle AFT/UCCP.

Può usufruire del Supporto a distanza (teleconsulto) di specialisti del territorio ed ospedalieri.

Dotata di un sistema integrato comprendente una moderna infrastruttura di telemedicina collegata alle COT ed accessibile via internet al fine di garantire anche in teleconsulto l'interoperabilità della rete di consulenti collegati.

Dotata di strumentazione avanzata di primo livello e di una gamma completa di dispositivi medici portatili (anche diagnostici) in grado di acquisire informazioni e parametri necessari al monitoraggio delle condizioni cliniche del paziente.



Assistenza Domiciliare

Le Cure domiciliari sono un servizio a valenza distrettuale finalizzato all'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza

Standard organizzativi

10% della popolazione over 65 da prendere in carico progressivamente.

Indicatore di Monitoraggio della presa in carico in Assistenza Domiciliare - % di pazienti over65 in assistenza domiciliare (considerando tutti gli assistiti di età pari o superiore a 65 anni "presi in carico" per tutte le classi di CIA).

Continuità assistenziale 7 giorni su 7 e 24 ore su 24, nelle modalità indicate dalla normativa nazionale e regionale vigente, ivi compresi i servizi di telemedicina nelle modalità e forme previste.

Requisiti tecnologici e strutturali

Alimentazione del Sistema Informativo Assistenza Domiciliare – SIAD

Interfaccia e raccordo con la Centrale Operativa Territoriale attraverso piattaforme digitali, che facilitino l'inserimento dei dati dell'assistito nel Fascicolo Sanitario Elettronico.

Per quanto non esplicitato nel presente documento si rimanda ai seguenti documenti tecnici di riferimento:

- ❖ Intesa Stato Regioni 4 agosto 2021 Atto rep. 151/2021 sul documento recante "*Proposta di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accreditamento delle cure domiciliari, in attuazione dell'articolo 1, comma 406, della legge 30 dicembre 2020, n. 178*".
- ❖ Decreto del Presidente della Repubblica del 14 gennaio 1997 recante *Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.*



Ospedale di Comunità

L'Ospedale di Comunità (OdC) è una struttura sanitaria di ricovero che afferisce alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio.

Standard organizzativi

1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti

Standard di personale per 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto: 7-9 infermieri (di cui 1 Coordinatore infermieristico), 4-6 Operatori Sociosanitari, 1-2 unità di altro personale sanitario con funzioni riabilitative e un Medico per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7

Operativa 7 giorni su 7

Assistenza infermieristica è garantita nelle 24 ore 7 giorni su 7

L'assistenza medica è assicurata dai medici incaricati, nel turno diurno (8-20) deve essere garantita per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7 mentre nel turno notturno (20-8) e diurno festivo e prefestivo in forma di pronta disponibilità, anche organizzata per più strutture dello stesso territorio, con tempi di intervento conformi a quanto previsto dalle norme vigenti in materia. L'assistenza notturna è garantita anche da Medici della Continuità Assistenziale, in rapporto a specifici accordi locali, oppure da medici operanti nella struttura.

Standard tecnologici e strutturali

Sistemi di raccolta delle informazioni sanitarie attraverso la cartella clinico - assistenziale integrata, inserita in un processo di informatizzazione integrato con il FSE.

Sistemi di monitoraggio dei pazienti, in loco o in collegamento funzionale, anche attraverso servizi di telemedicina.

Disponibilità di locali idonei attrezzati, destinati alle principali attività motorie e riabilitative.

Flusso informativo per rilevare le prestazioni erogate dagli OdC.

Presenza di: locali ad uso amministrativo, cucina e locali accessori, lavanderia e stireria, servizio mortuario. Tali servizi possono essere in comune e/o condivisi con altre strutture e/o unità di offerta.

Per quanto non esplicitato nel presente documento si rimanda all'Intesa Stato-Regioni sancita il 20 febbraio 2020 (Rep. Atti n. 17/CSR) recante *Requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunità*.



Rete delle cure palliative

La rete delle cure palliative è costituita da servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, con l'attività di consulenza nelle U.O.), ambulatoriale, domiciliare e in hospice. Le cure palliative sono rivolte a malati di qualunque età e non sono prerogativa della fase terminale della malattia. Possono infatti affiancarsi alle cure attive fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, controllare i sintomi durante le diverse traiettorie della malattia, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale.

Standard strutturali

1 di Cure Palliative Domiciliari (UCP – DOM) ogni 100.000 abitanti e 1 Hospice, 8/10 posti letto ogni 100.000 abitanti

Standard di personale: nell'ambito delle risorse umane disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, l'erogazione dell'assistenza è assicurata: nell'ambito di strutture di degenza ospedaliera da un'équipe di cure palliative; nell'ambito ambulatoriale da équipe dedicate e specificatamente formate in cure palliative; a domicilio del paziente - attraverso il servizio di Cure Palliative Domiciliari(CPD) - da un'équipe assistenziale multiprofessionale dedicata o specificatamente formata (Unità di Cure Palliative - UCP), in integrazione con il medico di medicina generale per continuità assistenziale h 24 per 7 giorni su 7; all'interno delle strutture residenziali e degli Hospice di 8/10 posti letto ogni 100.000 abitanti

Requisiti tecnologici e strutturali

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

Adotta sistemi di valutazione, miglioramento della qualità e controllo dei percorsi di cura erogati.

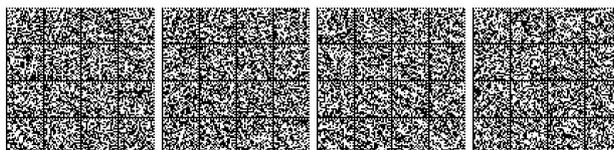
Raccoglie e trasmette i dati al sistema informativo.

Per quanto non esplicitato nel presente documento si rimanda ai seguenti documenti tecnici di riferimento:

- ❖ Decreto del Presidente della Repubblica del 14 gennaio 1997 recante *Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.*
- ❖ Intesa Stato Regioni del 25 luglio 2012 (Rep. Atti 151/CSR) recante *Definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessarie per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cura palliative e della terapia del dolore.*



- ❖ Accordo Stato-Regioni del 27 luglio 2020, (Rep. Atti n. 118/CSR), recante *Accreditamento delle reti di cure palliative, ai sensi della Legge 15 marzo 2010 n. 38.*
- ❖ Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2021 (Rep. Atti n. 30/CSR) recante *Accreditamento della rete di terapia del dolore e cure palliative pediatriche, ai sensi della legge 15 marzo 2010, n. 38.*



Servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie

Il Consultorio Familiare e l'attività rivolta ai minori, ove presenti, rappresentano la struttura aziendale a libero accesso e gratuita e sono deputati alla protezione, prevenzione, promozione della salute, consulenza e cura rivolte alla donna in tutto il suo ciclo di vita (comprese quelle in gravidanza), minori, famiglie all'interno del contesto comunitario di riferimento

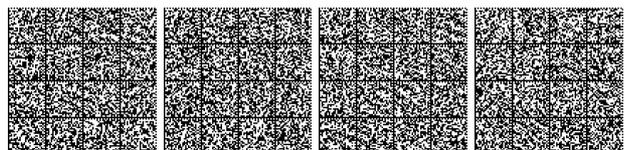
Standard strutturali

1 consultorio familiare (CF) ogni 20.000 abitanti con la possibilità di 1 ogni 10.000 nelle aree interne e rurali. L'attività consultoriale può svolgersi all'interno delle Case della Comunità, privilegiando soluzioni logistiche che tutelino la riservatezza.

Requisiti tecnologici e strutturali

Per quanto non esplicitato nel presente documento si rimanda al seguente documento tecnico di riferimento:

- ❖ Decreto del Presidente della Repubblica del 14 gennaio 1997 recante *Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.*



Prevenzione in ambito sanitario, ambientale climatico

Il Dipartimento di Prevenzione (DP), come previsto dagli articoli 7, 7-bis, 7-ter e 7-quater del decreto legislativo 502/1992 e s.m., ha il compito di promuovere azioni volte a individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale, mediante iniziative coordinate con i distretti e con i dipartimenti dell'azienda sanitaria locale e delle aziende ospedaliere, prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline.

Standard organizzativi

Standard massimo di popolazione per Dipartimenti di Prevenzione 1: 500.000 abitanti

Presenza di risorse multidisciplinari per lo svolgimento delle funzioni del Dipartimento di Prevenzione nell'ambito delle disponibilità previste dalla legislazione vigente.

Per la sorveglianza delle malattie infettive in uno scenario di pre-allerta epidemica, potrà essere prevista la strutturazione di 1 team multisettoriale per fronteggiare le emergenze pandemiche, con uno standard di riferimento di professionisti sanitari da definire in base alle condizioni epidemiologiche e all'evoluzione delle fasi pandemiche, come previsto dal Piano Pandemico Nazionale, nell'ambito delle risorse di cui all'articolo 1, comma 261 della legge n. 234/2021

Funzioni

Il Dipartimento di prevenzione assicura le seguenti funzioni: a) Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali; b) Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati; c) Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro; d) Salute animale e igiene urbana veterinaria; e) Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori; f) Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening, sorveglianza e prevenzione nutrizionale; g) Attività medico legali per finalità pubbliche.

Il Dipartimento di prevenzione opera in stretto raccordo con gli enti e le agenzie che sovrintendono alla materia di volta in volta trattata; nel caso delle crisi/emergenze/crisi diventa punto di riferimento tecnico-operativo tra le autorità nazionali, regionali e locali.

Il Dipartimento assicura:

- supporto tecnico-scientifico alle autorità sanitarie locali e regionali, è chiamato a garantire attività trasversali quali la preparazione e risposta rapida alle crisi/emergenze di natura infettiva, ambientale, ecc;
- supporto alle attività di pianificazione, programmazione, organizzazione e monitoraggio volte a promuovere la salute e prevenirne e contenerne i rischi nei diversi ambiti di vita dei singoli e delle comunità;



- supporto, nell'ambito delle predette risorse disponibili, al raggiungimento dell'obiettivo "salute" nelle azioni di controllo sulle matrici ambientali attraverso interventi di analisi e di monitoraggio in stretto raccordo con le Agenzie del Sistema Nazionale per la Protezione dell'Ambiente con l'obiettivo di identificare e valutare i rischi per la popolazione e per gli ecosistemi;
- raccordo con gli altri Enti preposti, anche contribuendo per quanto di competenza, sul versante tecnico, al costituendo SINP - Sistema Informativo Nazionale per la Prevenzione nei luoghi di Lavoro;
- raccordo con il Distretto per la programmazione, attuazione, validazione e coordinamento di azioni finalizzate all'individuazione di condizioni di rischio individuali e al conseguente indirizzo a interventi mirati alla promozione della salute e/o alla presa in carico della persona.

Requisiti tecnologici e strutturali

Sistemi di sorveglianza di popolazione

Per quanto non esplicitato nel presente documento si rimanda ai seguenti documenti tecnici di riferimento:

- ❖ Decreto del Presidente della Repubblica del 14 gennaio 1997 recante Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.
- ❖ Accordo Stato-Regioni del 25 luglio 2002 (Rep. Atti n. 1493/2002) recante "*Linee di guida per la prevenzione sanitaria e lo svolgimento delle attività del Dipartimento di prevenzione delle Aziende sanitarie locali*".
- ❖ Intesa Stato-Regioni sancita il 6 agosto 2020 (Rep. Atti n. 127/2020) recante *Piano nazionale della prevenzione (PNP) 2020 – 2025*.



Telemedicina e Sistemi di qualità

La telemedicina è una modalità di erogazione di servizi e prestazioni assistenziali sanitarie sociosanitarie a rilevanza sanitaria a distanza, abilitata dalle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, e utilizzata da un professionista sanitario per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti (telemedicina professionista sanitario – assistito) o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari (telemedicina professionista sanitario – professionista sanitario).

Standard

In coerenza con l'obiettivo di aumentare l'accessibilità e ridurre le diseguglianze nell'accesso alle cure e garantire un approccio quanto più omogeneo possibile sul territorio, e in considerazione delle potenzialità delle moderne tecnologie ICT, i sistemi che erogano prestazioni di telemedicina, che operino a qualsiasi livello aziendale, regionale, interregionale e/o nazionale, devono:

- interoperare con i diversi sistemi nazionali (ANA, NSIS, TS, PAGOPA, SPID, etc.) e regionali (FSE, CUP, etc.) a supporto dell'assistenza sanitaria, garantendo il rispetto degli standard di interoperabilità nei dati;
- supportare la convergenza di processi e strutture organizzative, seppur con la necessaria flessibilità in base alle esigenze specifiche, anche superando la frammentazione tecnologica;
- supportare l'attivazione di servizi di telemedicina per i singoli pazienti, in base alle indicazioni del Progetto di salute;
- uniformare le interfacce e le architetture per la fruizione delle prestazioni di telemedicina, sia per l'utente che per il professionista, in un'ottica di semplificazione, fruibilità e riduzione del rischio clinico, assicurando anche l'integrazione con i sistemi di profilazione regionali/nazionali (es. SPID);
- mettere a disposizione servizi strutturati in modo uniforme e con elevati livelli di sicurezza, sull'intero territorio, sviluppati con approccio modulare e che garantiscono il rispetto delle vigenti indicazioni nazionali.

I sistemi informativi del Distretto devono essere in grado di:

- a) produrre i documenti nativi digitali necessari ad alimentare il Fascicolo sanitario elettronico (FSE) di ciascun assistito, anche grazie al potenziamento del FSE previsto nel PNRR;
- b) integrarsi ed interoperare con la piattaforma del Sistema TS del Ministero dell'economia e delle finanze, per garantire la corretta generazione della ricetta dematerializzata (a carico del SSN e non a carico del SSN), nonché dei Piani Terapeutici Elettronici;
- c) produrre i dati necessari al monitoraggio a livello nazionale dell'assistenza territoriale, al fine di assicurare la produzione nativa dei dati relativi ai flussi informativi nazionali già attivi (SDO, FAR, SIAD, EMUR, ecc.)
- d) interoperare con il repository centrale del FSE, una volta realizzato, al fine di utilizzare servizi applicativi di interesse per la prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione degli assistiti del Distretto;



e) interoperare con le piattaforme di telemedicina adottate a livello regionale/nazionale.

Le strutture territoriali ed intermedie adottano standard di qualità e documentano in merito alla gestione del rischio clinico; ai protocolli, istruzioni operative e azioni di miglioramento continuo; alla documentazione sanitaria e consegna referti, comunicazione, informazione e partecipazione dell'assistito e dei *caregiver*; alla formazione continua e interprofessionale del personale.

Per quanto non esplicitato nel presente documento si rimanda ai seguenti documenti tecnici di riferimento:

- ❖ Intesa Stato-Regioni sancita il 20 febbraio 2014 (Rep. Atti n. 16/CSR) recante *Telemedicina, linee d'indirizzo nazionali*.
- ❖ Accordo Stato-Regioni sancito il 17 dicembre 2020 (Rep. Atti n. 215/CSR) Recante *Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina*.



Allegato 3 - Glossario

Glossario acronimi

ADI – Assistenza Domiciliare integrata

AFT – Aggregazione Funzionale Territoriale

ANA – Anagrafe Nazionale Assistiti

ASL – Azienda Sanitaria Locale

ATS – Ambiti Territoriali Sociali

CdC – Casa della Comunità

CIA – Coefficiente di Intensità Assistenziale

CO 1 1 6 1 1 7 – Centrale operativa Numero Europeo Armonizzato

COT – Centrale Operativa Territoriale

CF – Consultorio Familiare

CP – Cure palliative

DP – Dipartimento di Prevenzione

DPCM – Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri

EMUR - Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza in Emergenza-Urgenza

FAR – Sistema informativo assistenza residenziale e semi-residenziale

FSE – Fascicolo sanitario elettronico

GEA – Gornate effettive di assistenza

GDC – Giornate di cura

IFoC – Infermiere di Famiglia o Comunità

LEA – Livelli Essenziali di Assistenza

LEPS – Livelli essenziali delle prestazioni sociali

MMG – Medico di Medicina Generale

NEA – Numero Europeo Armonizzato

NSIS – Nuovo Sistema Informativo Sanitario

OdC – Ospedale di Comunità

PAI – Progetto di assistenza individuale integrata

PDTA – percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale

PLS – Pediatra di Libera Scelta

PNC – Piano Nazionale Cronicità

PNRR – Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza



PNP 2020-2025 – Piano Nazionale Prevenzione 2020/2025

PRI – Piano Riabilitativo Individuale

PUA – Punto Unico di Accesso

RLCP – Rete Locale di Cure Palliative

SAI - Specialisti Ambulatoriali Interni

SDGs – Obiettivi di sviluppo sostenibili

SDK -Software Developer Toolkit

SDO – Scheda di Dimissione Ospedalera

SIAD – Sistema Informativo Assistenza Domiciliare

SINP – Sistema Informativo Nazionale per la Prevenzione nei Luoghi di Lavoro

SNPS – Sistema Nazionale di Prevenzione Salute, Ambiente e Clima

SPID – Sistema Pubblico di Identità Digitale

SSN – Servizio Sanitario Nazionale

TERP – Tecnico della riabilitazione psichiatrica

TNPEE – Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva

TS – sistema Tessera Sanitaria

UCA – Unità di Continuità Assistenziale

UCCP – Unità Complessa di Cure Primarie

UCP – Unità di Cure Palliative

UCP – DOM – Unità di Cure Palliative Domiciliari

UVM – Unità di Valutazione Multidimensionale



NOTE

AVVERTENZA:

— Il testo delle note qui pubblicato è stato redatto dall'amministrazione competente per materia, ai sensi dell'art. 10, comma 3 del testo unico delle disposizioni sulla promulgazione delle leggi, sull'emanazione dei decreti del Presidente della Repubblica e sulle pubblicazioni ufficiali della Repubblica italiana, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 1985, n. 1092, al solo fine di facilitare la lettura delle disposizioni di legge alle quali è operato il rinvio. Restano invariati il valore e l'efficacia degli atti legislativi qui trascritti.

Note alle premesse:

— Si riporta il testo del comma 169 dell'art. 1 della legge 30 dicembre 2004, n. 311 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato-legge finanziaria 2005)

«169. Al fine di garantire che l'obiettivo del raggiungimento dell'equilibrio economico finanziario da parte delle regioni sia conseguito nel rispetto della garanzia della tutela della salute, ferma restando la disciplina dettata dall'art. 54 della legge 27 dicembre 2002, n. 289, per le prestazioni già definite dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 33 dell'8 febbraio 2002, e successive modificazioni, anche al fine di garantire che le modalità di erogazione delle stesse siano uniformi sul territorio nazionale, coerentemente con le risorse programmate per il Servizio sanitario nazionale, con regolamento adottato ai sensi dell'art. 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, dal Ministro della salute, che si avvale della commissione di cui all'art. 4-bis, comma 10, del decreto-legge 15 aprile 2002, n. 63, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 giugno 2002, n. 112, sono fissati gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi di cui ai livelli essenziali di assistenza, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. Con la medesima procedura sono individuati le tipologie di assistenza e i servizi, relativi alle aree di offerta individuate dal vigente Piano sanitario nazionale. In fase di prima applicazione gli standard sono fissati entro il 30 giugno 2005.»

— Si riporta il testo del comma 3 dell'art. 17 della legge 23 agosto 1988, n. 400 (Disciplina dell'attività di Governo e ordinamento della Presidenza del Consiglio dei ministri)

«3. Con decreto ministeriale possono essere adottati regolamenti nelle materie di competenza del Ministro o di autorità subordinate al Ministro, quando la legge espressamente conferisca tale potere. Tali regolamenti, per materie di competenza di più ministri, possono essere adottati con decreti interministeriali, ferma restando la necessità di apposita autorizzazione da parte della legge. I regolamenti ministeriali ed interministeriali non possono dettare norme contrarie a quelle dei regolamenti emanati dal Governo. Essi debbono essere comunicati al Presidente del Consiglio dei ministri prima della loro emanazione.»

— Il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 (Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui all'art. 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502), pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 65 del 18 marzo 2017.

— Il decreto del 2 aprile 2015, n. 70 del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze (Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera), è pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* 4 giugno 2015, n. 127.

— Il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 (Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui all'art. 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502), è pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 65 del 18 marzo 2017.

— Il decreto del 12 marzo 2019 del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze (Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria), è pubblicato nella *gazzetta ufficiale* 14 giugno 2019, n. 138.

— Il decreto del Ministro dell'economia e delle finanze 6 agosto 2021 (Assegnazione delle risorse finanziarie previste per l'attuazione degli interventi del piano Nazionale di Riprese e Resilienza (PNRR) e ripartizione di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione), è pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* 24 settembre 2021, n. 229.

— Si riporta il testo del comma 274 dell'art. 1 della legge 30 dicembre 2021, n. 234 (Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024):

«274. Al fine di assicurare l'implementazione degli standard organizzativi, quantitativi, qualitativi e tecnologici ulteriori rispetto a quelli previsti dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) per il potenziamento dell'assistenza territoriale, con riferimento ai maggiori oneri per la spesa di personale dipendente, da reclutare anche in deroga ai vincoli in materia di spesa di personale previsti dalla legislazione vigente limitatamente alla spesa eccedente i predetti vincoli, e per quello convenzionato, è autorizzata la spesa massima di 90,9 milioni di euro per l'anno 2022, 150,1 milioni di euro per l'anno 2023, 328,3 milioni di euro per l'anno 2024, 591,5 milioni di euro per l'anno 2025 e 1.015,3 milioni di euro a decorrere dall'anno 2026 a valere sul finanziamento del Servizio sanitario nazionale. La predetta autorizzazione decorre dalla data di entrata in vigore del regolamento per la definizione di standard organizzativi, quantitativi, qualitativi, tecnologici e omogenei per l'assistenza territoriale, da adottare con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, entro il 30 aprile 2022. Con successivo decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, le somme di cui al primo periodo sono ripartite fra le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, in base ai criteri definiti con il medesimo decreto anche tenendo conto degli obiettivi previsti dal PNRR.»

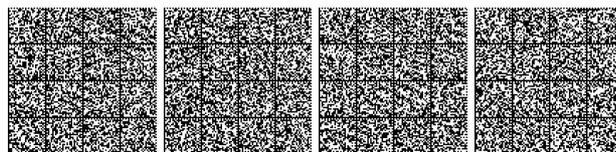
— Si riporta il testo del comma 163 dell'art. 1 della legge 30 dicembre 2021, n. 234 (Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024), pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 310 del 31 dicembre 2021:

«163. Il Servizio sanitario nazionale e gli ATS garantiscono, mediante le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza, alle persone in condizioni di non autosufficienza l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso punti unici di accesso (PUA), che hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate «Case della comunità». Presso i PUA operano équipe integrate composte da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli ATS. Tali équipe integrate, nel rispetto di quanto previsto dal citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 per la valutazione del complesso dei bisogni di natura clinica, funzionale e sociale delle persone, assicurano la funzionalità delle unità di valutazione multidimensionale (UVM) della capacità bio-psico-sociale dell'individuo, anche al fine di delineare il carico assistenziale per consentire la permanenza della persona in condizioni di non autosufficienza nel proprio contesto di vita in condizioni di dignità, sicurezza e comfort, riducendo il rischio di isolamento sociale e il ricorso ad ospedalizzazioni non strettamente necessarie. Sulla base della valutazione dell'UVM, con il coinvolgimento della persona in condizioni di non autosufficienza e della sua famiglia o dell'amministratore di sostegno, l'équipe integrata procede alla definizione del progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno. Il PAI individua altresì le responsabilità, i compiti e le modalità di svolgimento dell'attività degli operatori sanitari, sociali e assistenziali che intervengono nella presa in carico della persona, nonché l'apporto della famiglia e degli altri soggetti che collaborano alla sua realizzazione. La programmazione degli interventi e la presa in carico si avvalgono del raccordo informativo, anche telematico, con l'INPS.»

— Il decreto del Ministro della salute 20 gennaio 2022 (Ripartizione delle risorse alle Regioni e alle Province Autonome di Trento e di Bolzano per i progetti del Piano nazionale di Ripresa e resilienza e del Piano per gli Investimenti Complementari) è pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* 9 marzo 2022, n. 57.

— Si riporta il testo del comma 3 dell'art. 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 (Definizione ed ampliamento delle attribuzioni della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano ed unificazione, per le materie ed i compiti di interesse comune delle regioni, delle province e dei comuni, con la Conferenza Stato-città ed autonomie locali):

«3. Quando un'intesa espressamente prevista dalla legge non è raggiunta entro trenta giorni dalla prima seduta della Conferenza Stato-regioni in cui l'oggetto è posto all'ordine del giorno, il Consiglio dei Ministri provvede con deliberazione motivata.»



Note all'art. 2:

— Si riporta il testo dell'articolo 2, comma 68, lettera c), della legge 23 dicembre 2009, n. 191 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato - legge finanziaria 2010):

«68. Al fine di consentire in via anticipata l'erogazione del finanziamento del Servizio sanitario nazionale a cui concorre ordinariamente lo Stato, per gli anni 2010, 2011 e 2012:

Omissis

c) la quota di finanziamento condizionata alla verifica positiva degli adempimenti regionali è fissata nelle misure del 3 per cento e del 2 per cento delle somme di cui alla lettera b) rispettivamente per le regioni che accedono all'erogazione nella misura del 97 per cento e per quelle

che accedono all'erogazione nella misura del 98 per cento ovvero in misura superiore. All'erogazione di detta quota si provvede a seguito dell'esito positivo della verifica degli adempimenti previsti dalla normativa vigente e dalla presente legge;»

— Si riporta il testo dell'art. 15, comma 24, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135 (Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini):

«24. Si applicano, a decorrere dall'esercizio 2013, le disposizioni di cui all'art. 2, comma 68, della legge 23 dicembre 2009, n. 191.»

22G00085

DECRETI, DELIBERE E ORDINANZE MINISTERIALI

MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

DECRETO 8 giugno 2022.

Accertamento della prima rata del PNRR.

IL DIRETTORE GENERALE
DEL TESORO

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 30 dicembre 2003, n. 398, e successive modifiche, con il quale è stato approvato il «Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di debito pubblico» (di seguito «Testo unico»), ed in particolare l'art. 3, ove si prevede che il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato, in ogni anno finanziario, ad emanare decreti cornice che consentano, fra l'altro, al Tesoro di effettuare operazioni di indebitamento sul mercato interno o estero nelle forme di prodotti e strumenti finanziari a breve, medio e lungo termine, indicandone l'ammontare nominale, il tasso di interesse o i criteri per la sua determinazione, la durata, l'importo minimo sottoscrivibile, il sistema di collocamento ed ogni altra caratteristica e modalità;

Visto il decreto ministeriale n. 25952 del 30 dicembre 2021, emanato in attuazione dell'art. 3 del Testo unico (di seguito «decreto cornice»), ove si definiscono per l'anno finanziario 2022 gli obiettivi, i limiti e le modalità cui il Dipartimento del Tesoro dovrà attenersi nell'effettuare le operazioni finanziarie di cui al medesimo articolo prevedendo che le operazioni stesse vengano disposte dal direttore generale del Tesoro o, per sua delega, dal direttore della Direzione seconda del Dipartimento medesimo e che, in caso di assenza o impedimento di quest'ultimo, le operazioni predette possano essere disposte dal medesimo direttore generale del Tesoro, anche in presenza di delega continuativa;

Vista la decisione del Consiglio europeo del 21 luglio 2020 concernente il programma «Next Generation EU» (di seguito «NGEU»);

Vista la decisione (UE, Euratom) 2020/2053 del Consiglio del 14 dicembre 2020 relativa al sistema delle risorse proprie dell'Unione europea e che abroga la decisione 2014/335/UE, Euratom;

Visto il regolamento (UE) 2020/2094 del Consiglio del 14 dicembre 2020 che istituisce uno strumento dell'Unione europea per la ripresa, a sostegno alla ripresa dell'economia dopo la crisi COVID-19, attuativo del piano strategico NGEU, tramite il quale è conferito alla Commissione europea il potere di contrarre, per conto dell'Unione, prestiti sui mercati dei capitali fino a 750 miliardi di euro, allo scopo di fronteggiare l'impatto economico e sociale della pandemia di COVID-19, finanziando le iniziative di ripresa e favorendo al contempo la transizione dell'economia dell'Unione europea verso un'economia verde e digitale;

Visto il regolamento (UE, Euratom) 2020/2093 del Consiglio del 17 dicembre 2020 che stabilisce il quadro finanziario pluriennale per il periodo 2021-2027 (QFP);

Visto il regolamento (UE) 2021/241 del Parlamento europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021, (di seguito il «regolamento RRF»), che istituisce il dispositivo per la ripresa e la resilienza allo scopo di fronteggiare l'impatto economico e sociale della pandemia di COVID-19 ed in particolare l'art. 23 con il quale si richiede agli Stati membri di presentare un piano di investimenti e riforme (Piano nazionale di ripresa e resilienza, di seguito «PNRR»);

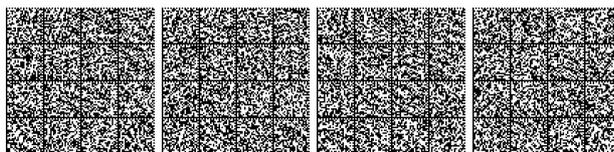
Visto il PNRR trasmesso dal Governo italiano alla Commissione europea, in data 30 aprile 2021, ai sensi dell'art. 18, paragrafo 1, del regolamento RRF;

Vista la proposta di decisione di esecuzione del Consiglio relativa all'approvazione della valutazione del piano per la ripresa e la resilienza dell'Italia del 22 giugno 2021;

Vista la decisione di esecuzione del Consiglio del 13 luglio 2021, che recepisce la suddetta proposta di decisione di esecuzione ed il relativo allegato;

Vista la decisione di esecuzione (UE) 2021/1095 della Commissione del 2 luglio 2021 che istituisce la metodologia di ripartizione dei costi collegati alle operazioni di assunzione di prestiti e di gestione del debito di NGEU (*Cost Allocation Methodology*) ed in particolare gli articoli 7, 8 e 9;

Visto il decreto-legge 6 maggio 2021, n. 59, convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1 della legge 1° luglio 2021, n. 101, recante «Misure urgenti relative al Fondo complementare al Piano nazionale di ripresa e resilienza e altre misure urgenti per gli investimenti»;



L'autore



Franco Pesaresi è direttore dell'Azienda servizi alla persona (ASP) «Ambito 9» di Jesi (An) che gestisce i servizi sociali e socio-sanitari per i 21 comuni dell'Ambito sociale. È stato direttore di Zona dell'Asur Marche e direttore dell'Area Servizi alla persona del Comune di Ancona. Recentemente ha pubblicato *Il manuale del caregiver familiare* (Maggioli, 2021), *Il Manuale del centro diurno* (Maggioli, 2018), *Quanto costa l'Rsa* (Maggioli, 2016), ha curato il volume *Il nuovo Isee e i servizi sociali* (Maggioli, 2015) ed ha collaborato al volume *Il reddito d'inclusione sociale* (Reis) (Il Mulino, 2016). È componente di NNA che cura annualmente il *Rapporto sulla non autosufficienza in Italia*. E' membro del direttivo nazionale Asiquas. Blog: <https://francopesaresi.blogspot.com/> .