

Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale

SOMMARIO

1. SVILUPPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE NEL SSN.....	2
2. STRATIFICAZIONE DELLA POPOLAZIONE E DELLE CONDIZIONI DEMOGRAFICHE DEI TERRITORI COME STRUMENTO DI ANALISI DEI BISOGNI, FINALIZZATA ALLA PROGRAMMAZIONE E ALLA PRESA IN CARICO	3
3. DISTRETTO: FUNZIONI E STANDARD ORGANIZZATIVI.....	9
4. CASA DELLA COMUNITÀ	12
5. INFERMIERE DI FAMIGLIA E COMUNITÀ.....	18
6. UNITÀ SPECIALE DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE	20
7. CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE	21
8. CENTRALE OPERATIVA 116117	23
9. ASSISTENZA DOMICILIARE	25
10. OSPEDALE DI COMUNITÀ.....	27
11. RETE DELLE CURE PALLIATIVE.....	32
12. SERVIZI PER LA SALUTE DEI MINORI, DELLE DONNE, DELLE COPPIE E DELLE FAMIGLIE	34
13. SERVIZI PER LE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE.....	36
14. SISTEMI INFORMATIVI E STANDARD DI QUALITÀ.....	39
15. ULTERIORI APPROFONDIMENTI.....	41
16. RIFERIMENTI PRINCIPALI	42

1. SVILUPPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE NEL SSN

Il Servizio Sanitario Nazionale italiano, uno dei primi al mondo per qualità e sicurezza, si basa, sin dalla sua istituzione (legge n.833 del 1978), su tre principi fondamentali: universalità, uguaglianza ed equità. Oggi più che mai 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, non intorno alle malattie e alle istituzioni.

In tale ottica e contesto, si inserisce la necessità di potenziare i servizi assistenziali territoriali per consentire l'effettiva garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza riducendo le disuguaglianze, e contestualmente costruendo un modello di erogazione dei servizi condiviso ed omogeneo sul territorio nazionale.

L'Assistenza Territoriale o Assistenza Primaria rappresenta infatti la prima porta d'accesso ad un servizio sanitario. Essa costituisce 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 attraverso la pianificazione, il rafforzamento e la valorizzazione dei servizi territoriali:

- 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 e sociale 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 che promuova lo sviluppo di équipe multidisciplinari che si prendano carico della persona in modo olistico, con particolare attenzione alla salute mentale e alle condizioni di maggiore fragilità;
- 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 sia per l'individuazione delle persone da assistere che 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 e il lavoro di inclusione sociale e sostegno che può essere offerto dalla comunità;
- 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, caregiver, pazienti, associazioni ecc.).

2. 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** è la branca della medicina che 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 **Medicina 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 minimi delle risposte cliniche socioassistenziali, riabilitative e di prevenzione. Si attiva all'accesso della persona al servizio sanitario tracciando, orientando e supportando la persona e i professionisti nelle fasi di transizione tra i diversi setting di cura, rende accessibili i diversi Piani Individuali Assistenziali (PAI) e Piani Riabilitativi Individuali (PRI) anche attraverso la Centrale Operativa Territoriale ed i sistemi di *e-health*. Organizza le informazioni per il FSE e permette la riprogrammazione delle attività su base periodica in seguito alle valutazioni di processo e 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 (D.L. 34/2020, c.d. Decreto Rilancio, convertito nella legge n. 77/2020, all'art. 7), 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; e la gestione integrata di patologie croniche e di situazioni complesse.

Per essere realmente efficaci, infatti, 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 o sociale. 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, condizione oggi sempre più diffusa in termini di incidenza e prevalenza, e per la quale 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. Pertanto, lo sviluppo e l'implementazione di sistemi di misurazione e stratificazione della popolazione sulla base del rischio andranno 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. Tale strumento è di supporto nella presa in carico della persona in termini olistici 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.

Progetto di Salute è il filo conduttore che rappresenta la storia della persona e dei suoi bisogni clinico-socioassistenziali, 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 servizio sanitario, alimentando in modo coerente e tempestivo il fascicolo sanitario elettronico. 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, sociali 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 servizio sanitario.

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.

La definizione 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 di famiglia e comunità), 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 (anche di natura sociale e psicologica).

In relazione alla complessità del Progetto di Salute sarà identificata la composizione dell'équipe multiprofessionale che nel rispetto dei ruoli e delle competenze garantirà la presa in carico.

Tabella 1. Cooperazione funzionale delle figure che costituiscono l'équipe multiprofessionale

MMG/PLS	Referente del caso in quanto titolare del rapporto di fiducia con il singolo assistito in tutta la sua globalità e in tutte le fasi della vita.
Infermiere	Contempla tra le sue attività la presa in carico del singolo e della sua rete relazionale da un punto di vista assistenziale e di autocura, 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 alcune fase della malattia che non possono essere demandate per la complessità diagnostica e terapeutica che le caratterizza. 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.
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.
Équipe di supporto	Tutti gli specialisti o le altre figure professionali della 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 (es. ostetrica, fisioterapista, ecc.).

Infine, l'informatizzazione dei processi clinico-assistenziali favorisce un approccio integrato alla cura del paziente e consente di misurare e valutare l'assistenza prestata. Lo sviluppo della sanità digitale trova nella Telemedicina e Teleassistenza 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
	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.	Utilizzo di bassa / media frequenza 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
	V livello Persone 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
	VI livello Persone in fase terminale	Patologia evolutiva in fase avanzata, per la quale non esistono più possibilità di cura	Bisogni sanitari prevalentemente palliativi	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento al caregiver

Tabella 3. Il Progetto di Salute semplice e complesso, composizione e descrizione.

Semplici	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 socioassistenziale	Descrizione delle possibilità di accesso ai servizi/benefici socioassistenziali connessi alla malattia
	Agenda di follow-up	Valutazione 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 infermieristico e teleriabilitazione
Complessi	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
	Agenda di follow-up	Valutazione 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 infermieristico e teleriabilitazione
	Piano Assistenziale Individuale e Piano Riabilitativo Individuale	Definizione del Piano Assistenziale Individuale (PAI) e qualora necessario del Piano Riabilitativo Individuale (PRI) multidisciplinare
Budget di salute	Valutazione delle risorse impegnate: cliniche-integrazione socioassistenziale - collegamenti tra le istituzioni/enti coinvolti	

La Medicina 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. Il target di popolazione maggiormente rappresentativo ad oggi è costituito 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 anticipa 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.

La Medicina d'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 assiste in modo proattivo già nelle fasi precoci dell'insorgenza o dell'evoluzione della condizione morbosa. Lo scopo della Medicina 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 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 Medicina di Iniziativa sono l'ingaggio proattivo 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 della compliance dei pazienti ai programmi diagnostico-terapeutici e il coinvolgimento dei caregiver, il trasferimento in back office delle ricette burocratico-autorizzative.

Essa assicura all'individuo interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio, investendo anche sulla prevenzione e sull'educazione alla salute. Attraverso i modelli della medicina d'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), 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.

Le metodologie di stratificazione della popolazione diventano strumenti fondamentali per definire le strategie e gli interventi di medicina 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 nostra disposizione oggi (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.

3. DISTRETTO: FUNZIONI E STANDARD ORGANIZZATIVI

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

La programmazione deve prevedere i seguenti standard:

- almeno 1 Casa della Comunità *hub* ogni 40.000-50.000 abitanti;
- Case della Comunità *spoke* e ambulatori di Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta 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;
- almeno 1 Infermiere di Famiglia e Comunità ogni 2.000 - 3.000 abitanti;
- almeno 1 Unità Speciale 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;
- almeno 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 50.000 - 100.000 abitanti;
- 1 Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCP – DOM) ogni 100.000 abitanti;
- 1 Hospice con almeno 10 posti letto all'interno della rete aziendale delle cure palliative.

Il Distretto è un'articolazione organizzativo-funzionale dell'azienda sanitaria locale (ASL) sul territorio. Come espresso dalla normativa vigente, l'articolazione in distretti della ASL è disciplinata dalla legge regionale, garantendo comunque una popolazione minima di almeno sessantamila abitanti, salvo che la regione, in considerazione delle caratteristiche geomorfologiche del territorio o della bassa densità della popolazione residente, disponga diversamente.

Il Distretto costituisce il luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sociosanitari e sanitari territoriali, centro di riferimento per l'accesso a tutti i servizi dell'ASL. È inoltre deputato al perseguimento dell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, sociosanitarie, nonché dei servizi socioassistenziali in un'ottica di collaborazione con le istituzioni locali presenti sul territorio, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, nonché di uniformità dei livelli di assistenza e di pluralità dell'offerta. 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. È un'articolazione fondamentale del governo aziendale, è funzionale allo sviluppo delle nuove e più incisive forme di collaborazione fra ASL ed Enti locali.

Pertanto al Distretto 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 dell'ASL, provvede alla programmazione dei livelli di servizio da garantire, alla pianificazione delle innovazioni organizzativo/produktive locali, alle decisioni in materia di logistica, accesso, offerta di servizio.

- Produzione, ossia di erogazione dei servizi sanitari territoriali, è caratterizzata da erogazione in forma diretta o indiretta dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali.
- Garanzia, ossia di assicurare l'accesso ai servizi, l'equità all'utenza attraverso il monitoraggio continuo della qualità dei servizi, 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 indicato nella 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 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 se delegate dai comuni.

Mentre i livelli essenziali di assistenza, secondo la normativa vigente, declinano le aree di attività dell'Assistenza Distrettuale.

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.

Al fine di consentire una programmazione condivisa, unitaria e coerente in relazione ai bisogni sociosanitari del territorio, i Distretti Sanitari operano, inoltre, in raccordo con i Comuni per coniugare la loro azione programmatica in riferimento agli aspetti sociosanitari attraverso gli strumenti di programmazione del distretto: Piano di Zona (PdZ), Programma delle Attività Territoriali (PAT).

Il luogo di sviluppo delle relazioni istituzionali tra Azienda Sanitaria ed Enti Locali ed Associazioni è il Comitato di Distretto, costituito dal Direttore del Distretto e dai Sindaci dei Comuni, o loro delegati. L'associazionismo o l'unione dei Comuni in ambito di welfare e servizi socioassistenziali sono incentivati dalle Regioni per facilitare la programmazione sociale e sanitaria integrata.

In un sistema centrato sull'approccio alla persona ed ai suoi bisogni è necessario garantire la massima integrazione delle competenze psicologiche sia sul versante strettamente sanitario che su quello sociale. La Funzione aziendale (art.20 bis legge 176/2020) 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 ad elevata valenza sociale. L'assistenza psicologica è assicurata e governata in ciascuna Azienda Sanitaria Locale dall'Area Funzionale di Psicologia. Il modello organizzativo e operativo, transmurale, prevede la seguente tipologia di offerta: a) ambito delle cure primarie; b) ambito intermedio dei servizi specialistici; c) ambito ospedale di comunità; d) ambito organizzazione.

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 di competenze professionali. È inoltre garante del rispetto del raggiungimento degli obiettivi che gli sono stati assegnati dalla Direzione Generale 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 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.

A motivo dell'incarico strategico ricoperto, al Direttore di Distretto sono richieste specifiche competenze manageriali e professionali, oltre ad una maturata esperienza nell'ambito dell'assistenza territoriale, dell'epidemiologia e della sanità pubblica.

A tal fine, per l'accesso al ruolo si prevede la partecipazione ad un corso di formazione obbligatorio, per ampliare il bagaglio di conoscenze.

4. CASA DELLA COMUNITÀ

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

Standard:

- almeno 1 Casa della Comunità *hub* ogni 40.000-50.000 abitanti;
- Case della Comunità *spoke* e ambulatori di Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta 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;
- almeno 1 Infermiere di Famiglia e Comunità ogni 2.000 - 3.000 abitanti.

La Casa della Comunità (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, sociosanitaria e sociale, in tutte le situazioni nelle quali può realizzarsi la collaborazione con gli enti locali.

Le CdC intendono qualificarsi come strutture facilmente riconoscibili e raggiungibili dalla popolazione di riferimento, per l'accesso, l'accoglienza e l'orientamento dell'assistito.

Le CdC promuovono un modello di intervento integrato e multidisciplinare, in qualità di sedi privilegiate per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale. 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 e Comunità, altri professionisti della salute, quali ad esempio Psicologi, Logopedisti, Fisioterapisti, Dietisti, Tecnici della Riabilitazione e Assistenti Sociali, anche al fine di consentire il coordinamento con i servizi sociali degli enti locali del bacino di riferimento.

Occorre assicurare il coinvolgimento delle AFT dei MMG e PLS e delle UCCP, sulla definizione e l'assegnazione di obiettivi condivisi dall'équipe multiprofessionale, sulla partecipazione attiva del MMG e PLS e sulla valorizzazione delle competenze delle professioni sanitarie e sociali, insieme alle articolazioni organizzative delle strutture aziendali, aspetti ritenuti fondamentali per la sua effettiva realizzazione.

I medici e gli altri professionisti sanitari operano sia all'interno delle CdC che nella loro individualità, nei territori a minore densità abitativa. In tal modo provvedono a garantire l'assistenza primaria attraverso un approccio di medicina d'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 e socioassistenziale in un luogo di prossimità, ben identificabile e facilmente raggiungibile dalla popolazione di riferimento.
- la prevenzione e promozione della salute anche attraverso interventi di comunità ed individuali realizzati dall'equipe sanitarie con il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione e Sanità Pubblica aziendale;
- la presa in carico della cronicità e fragilità secondo il paradigma della medicina d'iniziativa;
- la valutazione del bisogno della persona e l'accompagnamento alla risposta più appropriata;
- la risposta alla domanda di salute della popolazione e la garanzia della continuità dell'assistenza anche attraverso il coordinamento con 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 Case della Comunità sono l'equità di accesso e di presa in carico, secondo il modello della medicina d'iniziativa, e secondo 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 e di integrazione sociosanitaria. Entrambe, quindi, propongono un'offerta di servizi costituita da medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali interni, infermieri di famiglia e comunità, presenza di tecnologie diagnostiche di base.

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

- Équipe multiprofessionali (MMG, PLS, Continuità Assistenziale, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie e sociosanitarie);
- 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 e sociale;
- Punto prelievi;
- Programmi di screening;
- Servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicità (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, oct, spirometro, ecc.) anche attraverso strumenti di telemedicina (es. telerefertazione);
- Servizi ambulatoriali specialistici per le 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 e Comunità (IFeC), sia di continuità di assistenza sanitaria, per la gestione integrata delle patologie croniche;
- 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.
- Relazione tra la CdC *hub* con il funzionamento delle strutture per le cure intermedie (es. assistenza medica nelle strutture residenziali territoriali come l'ospedale di comunità).

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

- Équipe multiprofessionali (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 e sociale;
- 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 e Comunità (IFeC), sia di continuità di assistenza sanitaria, per la gestione integrata delle patologie croniche;
- Programmi di screening;
- Collegamento con la Casa della Comunità hub di riferimento;
- Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale;
- Partecipazione della Comunità e valorizzazione co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini, volontariato.

All'interno delle CdC possono essere ricompresi posti letto di cure intermedie (Ospedali di Comunità e post-acuti) e/o posti letto di hospice e/o servizi di riabilitazione e mantenimento funzionale.

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 multidisciplinari (MMG, PLS, SAI, IFeC, ecc.)	OBBLIGATORIO	
Punto Unico di Accesso	OBBLIGATORIO	
Servizio di assistenza domiciliare di livello base	OBBLIGATORIO	
Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza	OBBLIGATORIO	
Servizi infermieristici	OBBLIGATORIO	
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	OBBLIGATORIO	

Integrazione con i Servizi Sociali per la cronicità	OBBLIGATORIO	
Partecipazione della Comunità e valorizzazione 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
Servizi diagnostici (finalizzati al monitoraggio della cronicità)	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Continuità Assistenziale	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Punto prelievi	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Servizi Sociali alla persona e alla famiglia	FORTEMENTE RACCOMANDATO	
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	RACCOMANDATO	
Medicina dello sport	RACCOMANDATO	
Attività Consultoriali	RACCOMANDATO	
Programmi di screening	FACOLTATIVO	
Vaccinazioni	FACOLTATIVO	

Tutte le strutture fisiche territoriali oggi esistenti devono utilmente rientrare nella progettazione della nuova geografia dei servizi e strutture territoriali e quindi delle Case della Comunità 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, ristrutturare, riorientare con altre vocazioni e servizi o dismettere.

In questa fase di innovazione e sviluppo del SSN, inoltre, è dirimente garantire l'autonomia regionale nel vagliare la configurazione più opportuna in termini di tipologia e numerosità delle strutture e dei servizi di assistenza territoriale, sulla base delle caratteristiche geografiche e della popolazione di riferimento.

Il coordinamento della Case della Comunità con i servizi territoriali

Le CdC sono 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 medicina di iniziativa, di presa in carico, di accesso unitario, di filtro di accesso e indirizzo dei pazienti; sul lato dall'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 e di densità abitativa e a differenti gradienti di presenza attiva degli MMG nelle strutture ambulatoriali delle CdC.
- Rete territoriale: la CdC è messa in rete con gli altri setting assistenziali territoriali, domicilio compreso, presenti sul territorio, 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 ambulatoriali specialistiche, ma anche di presenza di medici ospedalieri presso la CdC. 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 Casa della Comunità.

Lo strumento attraverso cui avviene il coordinamento a rete nelle quattro direzioni è la Centrale Operativa Territoriale 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 cinque 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, tipicamente organizzate per silos disciplinari o settoriali, vengono aggregate e ricomposte in funzione dei bisogni della comunità, superando segmentazioni e vincoli contabili, attraverso lo strumento del budget di comunità;
- è il luogo di integrazione delle risorse della comunità che vengono aggregate alle risorse formali dei servizi sanitari e sociali e delle Istituzioni;
- è il luogo dove la comunità ricomponesse il quadro dei bisogni locali sommando le informazioni dei sistemi informativi istituzionali con le informazioni provenienti dalle reti sociali.

La CdC quindi, per la sua natura, costituisce un modello organizzativo di integrazione tra sanitario e sociale, è luogo di prevenzione e promozione della salute e della partecipazione della comunità. La definizione della sua governance necessita della costruzione di un “patto istituzionale” tra Regione, ASL e Enti locali/Comuni del territorio nel quale siano ribaditi gli obiettivi comuni coerenti con una visione condivisa.

BONZA

5. INFERMIERE DI FAMIGLIA E COMUNITÀ

L'Infermiere di Famiglia e Comunità è il professionista che mantiene il contatto con l'assistito della propria comunità in cui opera e rappresenta la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità, perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona. L'infermiere di comunità interagisce con tutte le risorse presenti nella comunità formali e informali. L'infermiere di comunità non è solo l'erogatore di cure assistenziali, ma diventa la figura che garantisce la risposta assistenziale all'insorgenza di nuovi bisogni sanitari e sociosanitari 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.

Standard:

- almeno 1 Infermiere di Famiglia e Comunità ogni 2.000 - 3.000 abitanti.

L'introduzione dell'Infermiere di Comunità (IFeC) (DL n. 34/2020, art. 1 c. 5, convertito in L. 17 luglio 2020, n. 77, e le "Linee di Indirizzo Infermiere di Famiglia/Comunità" della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome) ha l'obiettivo di rafforzare il sistema assistenziale sul territorio, finalizzato a promuovere una maggiore omogeneità ed accessibilità dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, favorendo l'integrazione delle diverse figure professionali, compresa l'assistenza infermieristica di comunità. L'IFeC è un professionista che garantendo una presenza continuativa e proattiva nell'area/ambito o comunità di riferimento, assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità (MMG/PLS, assistente sociale, fisioterapisti, assistenti domiciliari ecc.) perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona. L'IFeC interagisce con tutte le risorse presenti nella comunità formali e informali e concorre a costruire la rete del welfare di comunità/generativo. L'IFeC non è solo un erogatore di assistenza sanitaria, ma anche potenziale attivatore di servizi assistenziali per bisogni sociosanitari latenti nella comunità al fine di fornire una risposta assistenziale globale e personalizzata che riguardano l'intero vivere della persona. È un professionista che ha un forte orientamento alla gestione proattiva della salute e ricopre le diverse funzioni a seconda del setting in cui opera. Svolge la sua attività sul territorio, a seconda dei modelli organizzativi regionali, in collaborazione con i servizi aziendali specifici agendo in modo proattivo per l'intercettazione precoce dei bisogni e la loro presa in carico, oltre che per la promozione di idonei stili di vita. Garantisce una presenza continuativa e proattiva nell'area/ambito o comunità di riferimento, fornisce prestazioni assistenziali a carattere infermieristico, in ambulatorio, a domicilio e a livello comunitario. 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. Svolge la sua attività in collaborazione con una più ampia rete di protezione sanitaria e sociale, in grado di attivare e supportare le risorse di pazienti e *caregiver*, del volontariato, del privato sociale, e più in generale della comunità. In sintesi, l'Infermiere di 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 della Medicina di Popolazione;
- favorisce l'accessibilità e l'orientamento ai servizi al fine di garantire un'effettiva presa in carico della persona assistita e l'integrazione fra assistenza sanitaria e sociale, in raccordo e sinergia con i diversi soggetti istituzionali, nodi della rete e le diverse professionalità presenti sul territorio;
- 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, i *setting* e gli attori, sanitari ed extra-sanitari, interessati a supporto dello sviluppo di comunità resilienti e di ambienti favorevoli alla salute;
- promuove attività di informazione/comunicazione sia sui singoli che in gruppo in collaborazione con le idonee competenze aziendali 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 *counseling* 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 e con le risorse della comunità (associazioni, volontariato, ecc.), e con il MMG, PLS e altri professionisti sanitari;
- utilizza sistematicamente strumenti digitali e di telemedicina e teleassistenza.

6. UNITÀ SPECIALE DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

L'Unità Speciale di Continuità Assistenziale è un'équipe mobile distrettuale per la gestione di situazioni condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e di comprovata difficoltà operativa di presa in carico sia a carico di individui che a carico di comunità.

- almeno 1 medico e 1 infermiere ogni 100.000 abitanti.

L'Unità Speciale di Continuità Assistenziale (USCA), prevista dalla normativa di gestione dell'emergenza sanitaria dovrebbe essere confermata dal legislatore e riconfigurata, in un'équipe composta da almeno 1 medico ed 1 infermiere che opera sul territorio anche attraverso l'utilizzo di strumenti di telemedicina (es. televisita e teleassistenza). Al fine di svolgere la propria attività l'USCA può usufruire del supporto a distanza (teleconsulto) di specialisti del territorio ed ospedalieri.

L'équipe USCA può essere eventualmente integrata con altre figure professionali, sanitarie e sociosanitarie.

L'USCA 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 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, nelle comunità difficili da raggiungere ecc.

L'USCA deve essere dotata di un sistema integrato comprendente una moderna infrastruttura di telemedicina collegata alle COT ed accessibile via internet con tecnologia cloud computing al fine di garantire anche in teleconsulto l'interoperabilità della rete di consulenti collegati in telemedicina; 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'USCA è la Casa della Comunità *hub* alla quale afferisce anche dal punto di vista organizzativo.

A fronte della carenza di MMG e delle difficoltà di coprire le zone carenti, i medici del corso di formazione specifica in MMG assumono incarichi USCA e sono inseriti nelle Case della Comunità per attività formativa supervisionata dai MMG presenti nella casa della comunità.

7. CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE

La Centrale Operativa Territoriale 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.

- 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il distretto abbia un bacino di utenza maggiore.
- Standard minimo di personale di 1 COT per 100.000 abitanti: 5 infermieri/IFeC, 1 coordinatore.

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

La centrale operativa territoriale assolve 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 (MMG, PLS, MCA, IFeC ecc.), riguardo le attività e servizi distrettuali.
- Monitoraggio, 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 sociosanitario, personale distrettuale e ospedaliero, possono richiedere l'intervento della COT, ovvero: medici di medicina generale, pediatri di libera scelta 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 e dei servizi sociali.

La COT deve essere operativa 7 giorni su 7 e deve essere dotata di adeguate infrastrutture tecnologiche ed informatiche quali ad esempio piattaforma comune integrata con i principali applicativi di gestione aziendale, software con accesso al 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 ad affrontare situazioni complesse o di emergenza, è fondamentale che la COT, a livello regionale, usufruisca di un sistema informativo condiviso e interconnesso con la CO Regionale 116117.

La COT è un servizio a valenza distrettuale.

La dotazione di personale infermieristico per ogni COT dovrebbe essere di 5 infermieri/IFeC 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 infermieristico unico a livello aziendale.

BOZZA

8. CENTRALE OPERATIVA 116117

La Centrale Operativa 116117 sede del Numero Europeo Armonizzato 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.

- almeno 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 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 07/02/2013 e successivamente con l'Accordo Stato-Regioni del 24/11/2016 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 (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 (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 e gratuito attivo h24 7/7, 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):
 - prestazioni e/o consigli medici non urgenti nelle ore di apertura del servizio di Continuità Assistenziale,
 - 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):
 - modalità di accesso a Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta 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 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.).

BOZZA

9. ASSISTENZA DOMICILIARE

L'Assistenza Domiciliare 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.

- 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 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. 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). Consistono in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi 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 Piano Assistenziale Individuale (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. Viene inoltre assicurato il coinvolgimento degli specialisti in relazione a quanto stabilito nel PAI nonché l'integrazione con i servizi sociali quando necessario. Il responsabile clinico del paziente è il Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta.

Le Regioni e le Province Autonome garantiscono l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona, la valutazione multidimensionale dei bisogni e la definizione dei percorsi assistenziali integrati sotto il profilo clinico, funzionale e sociale, nonché procedure e strumenti di valutazione multidimensionale, scientificamente validati, garantendo uniformità sul proprio territorio. Al fine di definire standard assistenziali comuni e monitorare lo sviluppo qualitativo 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 cure (GDC) relative al periodo di presa in carico. La complessità assistenziale è misurata attraverso l'insieme delle prestazioni 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 o istituzionalizzazione non necessarie. 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. Possono disporre di sedi operative dislocate nelle Case della Comunità. L'Assistenza Domiciliare costituisce uno dei servizi distrettuali con cui la Centrale Operativa Territoriale si interfaccia e raccorda attraverso piattaforme digitali di comunicazione e informazione aziendali. I dati relativi alle persone prese in carico confluiscono nel Fascicolo Sanitario Elettronico.

La dotazione di personale, 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 altre figure professionali necessarie a rispondere ai bisogni assistenziali individuati nel PAI.

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.

Gli Indicatori di Monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare

- % di pazienti over65 in assistenza domiciliare (livello Base e in Cure Domiciliari Integrate - ADI di I livello, ADI di II livello, ADI di III livello)

10. OSPEDALE DI COMUNITÀ

L'Ospedale di Comunità è una struttura sanitaria di ricovero breve 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:

- almeno 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 50.000 - 100.000 abitanti.
- 0,4 posti letto per 1000 abitanti da attuarsi in modo progressivo secondo la programmazione regionale.

Standard minimo di personale per 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto:

- 9 infermieri, 6 operatori sociosanitari e un medico per almeno 4 ore al giorno 7 giorni su 7.

L'Ospedale di Comunità (OdC) come previsto dalla normativa vigente e dagli atti concertativi di riferimento (DM 70/2015, Patto per la Salute 2014-2016, Piano nazionale della cronicità, Accordo in Conferenza 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 di ricovero breve che afferisce al livello essenziale di assistenza territoriale, rivolta a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minori 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 pubblica o privata in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e 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'Accordo in Conferenza Stato-Regioni del 20.02.2020, non è una duplicazione o una alternativa a forme di residenzialità sociosanitarie già esistenti, che hanno altre finalità e destinatari; in particolare, 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'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 (15-30 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 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, 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); counselling 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 temporanee 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 può 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 con modalità da normare a livello regionale.

Il permanere in OdC in assenza di una motivazione clinica comporta il pagamento di una tariffa alberghiera giornaliera definita a livello regionale.

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 dell'OdC è in capo ad un medico.

La responsabilità clinica dei pazienti è attribuita a medici dipendenti o convenzionati con il SSN, pertanto può essere attribuita anche a MMG/PLS purché privi di iscritti, SAI o liberi professionisti appositamente incaricati dalla direzione della struttura. La responsabilità organizzativo/assistenziale della struttura è in capo ad un coordinatore infermieristico.

L'assistenza infermieristica è garantita nelle 24 ore con il supporto degli Operatori Sociosanitari, in coerenza con gli obiettivi del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) e in stretta sinergia con il responsabile clinico e gli altri professionisti coinvolti (es. assistenti sociali, fisioterapisti, specialisti).

All'interno dell'equipe di cura è presente l'Infermiere case-manager di OdC che si occupa, in particolare, delle transizioni di cura dei pazienti assicurandone la presa in carico e la continuità assistenziale: l'infermiere *case manager* 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 almeno 4 ore al giorno 7 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 può essere 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, favorendo lo sviluppo dei servizi di telemedicina. A supporto dell'attività di monitoraggio saranno disponibili i seguenti strumenti:

- defibrillatore;
- elettrocardiografo portatile/telemedicina;
- saturimetro;
- spirometro;
- emogasanalizzatore;
- apparecchio per esami POC;
- ecografo;
- altro.

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: servizi sociali, le associazioni di volontariato, la rete delle cure intermedie, i servizi di assistenza specialistica ambulatoriale 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 e servizio sociale.

Standard infrastrutturali

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 anti-infortunistica, 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.).

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.

Sono ammesse esternalizzazioni per le funzioni di preparazione dei pasti, lavanderia e pulizia. Gli spazi saranno dimensionati anche in relazione alle eventuali esternalizzazioni.

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.

Flussi informativi

Nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) del Ministero della Salute dovrà essere implementato il flusso informativo delle prestazioni erogate dagli OdC.

L'OdC dovrà 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, 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 della popolazione <14 anni
- Tasso di ricovero in Ospedale per acuti durante la degenza in OdC
- Tasso di riospedalizzazione a 90 giorni
- Degenza media in OdC
- Degenza oltre le 6 settimane (o N° di outlier)

- N. pazienti provenienti dal domicilio
- N. pazienti provenienti da ospedali

BOZZA

11. 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, domiciliare e in hospice. I servizi della rete garantiscono cure e assistenza a favore di persone affette da patologie ad andamento cronico, evolutivo e a prognosi infausta per le quali non esistono terapie o se esistono sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita.

- 1 Servizio Ospedaliero di Medicina e Cure Palliative multiprofessionale 1 ogni 600.000 abitanti;
- 1 Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCP – DOM) ogni 100.000 abitanti;
- 1 Hospice con almeno 10 posti letto ogni 100.000 abitanti.

La legge n.38 del 15 marzo 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 che li costituiscono, 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 livelli 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 Nuclei della Continuità delle Cure, i Punti Unici di Accesso, la centrale ADI e l'Assistenza Primaria.
- Definisce un sistema di erogazione di CP, per l'attuazione dei percorsi di presa in carico, 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 agisce, pertanto, sul territorio di riferimento assicurando l'erogazione dell'assistenza:

- Nell'ambito di strutture di degenza ospedaliera attraverso un servizio specialistico di Medicina e Cure palliative che eroga consulenza al letto del paziente, attivazione dei percorsi di cure palliative, attività in ambito specialistico ambulatoriale e ricovero in regime diurno.
- A domicilio del paziente, attraverso il servizio di Cure Palliative Domiciliari (CPD), con la previsione di un'équipe assistenziale multiprofessionale (Unità di Cure Palliative - UCP), a supporto del medico di medicina generale, ogni 100.000 abitanti, per assicurare la continuità

assistenziale h 24 per 7 giorni alla settimana. Tale équipe può essere, dal punto di vista organizzativo, integrata con le équipe dell'assistenza domiciliare integrata.

- All'interno di strutture di ricovero dedicate, l'Hospice, con almeno 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 del 25 luglio 2012, l'Accordo del 27 luglio 2020 e l'Accordo del 25 marzo 2021.

BOZZA

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

Il Consultorio Familiare è la struttura aziendale a libero accesso e gratuita, deputata alla prevenzione, promozione della salute, consulenza e cura rivolte alla donna, al minore, alla famiglia in senso ampio, in linea con le evoluzioni sociali correnti e al contesto comunitario di riferimento dei predetti.

- Almeno 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), nell'ambito dell'assistenza distrettuale, domiciliare e territoriale ad accesso diretto, garantisce le prestazioni mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, ostetriche, psicologiche e psicoterapeutiche, riabilitative, alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie. Gli ambiti di attività dei CF sono quelli previsti nei Livelli Essenziali di Assistenza, ed in particolare riguardano:

- Salute riproduttiva e preconcezionale della donna/coppia e procreazione responsabile;
- Promozione della salute, prevenzione, assistenza e cura nei primi 1000 giorni di vita, per la salute del bambino e per il futuro benessere della persona;
- Tutela salute della donna;
- Prevenzione, supporto, assistenza in situazioni di disagio/maltrattamenti/violenza (donna, coppia, famiglia, minori);
- Supporto alla genitorialità, affidamento, adozioni.

L'attività consultoriale è caratterizzata da un approccio multidisciplinare e olistico, 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 all'*empowerment* 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 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 operanti nel CF sono: l'ostetrica, il medico ginecologo, lo psicologo, l'assistente sociale, 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, l'assistente sanitario, l'avvocato.

Gli obiettivi del CF devono essere attribuiti, in accordo con i Direttori dei Distretti sociosanitari – detentori del quadro complessivo di tutti gli obiettivi dell’assistenza territoriale – 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.

BOZZA

13. SERVIZI PER LE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE

Il Dipartimento di Prevenzione (DP), come previsto dall'articolo 7 del decreto 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni Articoli 7-bis, 7-ter e 7-quater, 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 ha autonomia tecnico professionale e gestionale, 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 Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri (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 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.

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 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 Salute Ambiente e Clima (SNPS),

garantisce il supporto 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 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 tra il Ministro della Salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano 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 prevenzione ancorate 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 sociosanitari 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 *health literacy* ed *empowerment* individuali e *capacity building* di comunità, 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 quindi di *marketing* sociale, 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.

Come sancito dai Piani Nazionali della Prevenzione a partire dal 2005 fino a quello vigente, 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 sociosanitaria, estendendo gli ambiti di intervento (prevenzione universale, medicina predittiva, 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 interne ed esterne al sistema sanitario.

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 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.

14. SISTEMI INFORMATIVI E STANDARD DI QUALITÀ

Sviluppo Fascicolo Sanitario Elettronico

Risulta prioritario sviluppare centralmente competenze per lo sviluppo e l'alimentazione del sistema informativo, che ricomprenda dati sanitari, sociosanitari e sociali, anche valorizzando e integrando l'enorme patrimonio di big data oggi disponibili nelle banche date degli enti locali, dell'INPS e delle aziende del SSN.

Il servizio centrale deve:

- mettere a disposizione in modo permanente e strutturato (logica del repository centrale, navigabile dalla periferia) le informazioni in formati fruibili e rielaborabili a tutti i servizi aziendali (Centrali Operative Territoriali, Case della Comunità e altri servizi sanitari e sociosanitari aziendali);
- predisporre i format affinché i dati istituzionali possano essere aggregati alle informazioni locali garantire dalle antenne delle reti sociali e dalle conoscenze degli operatori locali;
- offrire strumenti semplici di rielaborazione delle informazioni a livello di singola CdC, per valutare il quadro dei bisogni e delle risorse formali e sociali disponibili, utili per il dialogo con la comunità e per le riflessioni operative locale dei professionisti.

Inoltre, in merito all'innovazione della ricerca e digitalizzazione dell'assistenza sanitaria, occorre potenziare a livello centrale e regionale gli strumenti di raccolta, elaborazione, analisi e simulazione dei documenti e dati sanitari, anche attraverso l'implementazione del fascicolo sanitario elettronico (FSE).

Il potenziamento del FSE sarà finalizzato a garantire la diffusione, l'omogeneità e l'accessibilità dei dati su tutto il territorio nazionale da parte degli assistiti e operatori sanitari. Il FSE svolgerà tre funzioni chiave: punto di accesso per le persone e pazienti per la fruizione di servizi essenziali forniti dal SSN; base dati per i professionisti sanitari contenente informazioni cliniche omogenee che includeranno l'intera storia clinica del paziente; strumento per le ASL che potranno utilizzare le informazioni cliniche del FSE per effettuare analisi di dati clinici e migliorare la prestazione dei servizi sanitari.

A tal proposito risulta fondamentale la compilazione e il continuo aggiornamento, da parte dei MMG e PLS, del Profilo Sintetico Sanitario (PSS) o *patient summary*. Esso, infatti, parte integrante del FSE, è il documento informatico sanitario che riassume la storia clinica del paziente nonché la sua situazione corrente, costituendo uno strumento fondamentale per garantire continuità e sicurezza dell'assistenza.

Il FSE deve costituire punto di accesso per il SSN per le prestazioni sanitarie e, al contempo, essere strumento di raccolta ed elaborazione dati per gli operatori sanitari e gli organi di programmazione regionale, al fine di un miglioramento continuo della qualità dell'offerta.

Standard di Qualità

Le strutture territoriali ed intermedie adottano e documentano standard di qualità nelle seguenti aree.

a) Gestione del rischio clinico:

- applicazione di ogni misura finalizzata alla prevenzione del rischio clinico e utilizzazione, nell'ambito del NSIS, del flusso informativo SIMES per la rilevazione e la gestione degli

eventi sentinella e delle denunce di sinistri; ciascuna struttura adotta, altresì, in forma anonima sistemi di *incident reporting*;

- applicazione di check-list 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 della performance 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.

Attività di Monitoraggio e Valutazione

Il monitoraggio degli standard previsti nel presente documento è in carico all'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas). Per predetto monitoraggio, al fine di calcolare gli indicatori per la valutazione, Agenas dovrà disporre dei dati provenienti dai flussi informativi regionali territoriali, sia quelli già esistenti che quelli di nuova implementazione (flusso delle cure primarie, flusso degli ospedali di comunità ecc.). Agenas relazionerà annualmente al Ministero della Salute.

15. ULTERIORI APPROFONDIMENTI

La presente proposta affronta le principali tematiche strettamente connesse agli interventi previsti nell'ambito della Missione 6 Component 1 "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" del Piano Nazionale Ripresa e Resilienza.

Si evidenzia che, nell'ambito delle tematiche affrontate dal presente documento, dovranno essere sviluppati ulteriori approfondimenti rispetto ai seguenti argomenti: farmacie, servizi per la salute mentale, ruolo della telemedicina e servizi sociosanitari con particolare riferimento alle RSA.

BOZZA

16. RIFERIMENTI PRINCIPALI

World Health Organization. What is Primary health care? Disponibile on line <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care> Ultimo accesso effettuato il 28 giugno 2021.

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.

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.

Decreto Legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito nella legge 8 novembre 2012 n. 189 disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del paese mediante un più alto livello di tutela della salute (art. 1 – riordino dell'assistenza territoriale).

Decreto Legge 19 maggio 2020, n. 34. c.d. Decreto Rilancio, convertito con modificazioni nella legge 17 luglio 2020, n. 77.

Decreto Legge 6 maggio 2021, n.59, convertito nella legge 1 luglio 2021, n.101. Misure urgenti relative al Fondo complementare al Piano nazionale di ripresa e resilienza e altre misure urgenti per gli investimenti.

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.

Documento della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome del 10 settembre 2020. Linee di indirizzo infermiere di famiglia/comunità Ex l. 17 luglio 2020 n. 77.

Legge 18 dicembre 2020, n. 176. Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 28 ottobre 2020, n. 137, recante ulteriori misure urgenti in materia di tutela della salute, sostegno ai lavoratori e alle imprese, giustizia e sicurezza, connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19.

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 sancito in sede di Conferenza Stato-Regioni 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 sancito in sede di Conferenza Stato-Regioni 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 sancita in sede di Conferenza Stato-Regioni il 20 febbraio 2020 (Rep. Atti n. 3782/CSR). Requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunità.

World Health Organization. Integrating palliative care and symptom relief into primary health care. Geneva 2018.

Legge 15 marzo 2010, n. 38. Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.

Intesa sancita in sede Conferenza Stato-Regioni 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.

Intesa sancita in sede Conferenza Stato-Regioni 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 sancito in sede Conferenza Stato-Regioni 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 1

Funzioni dell'Infermiere di Famiglia e Comunità

Nello specifico, per le funzioni di **coordinamento della presa in carico** (pazienti ad alta complessità assistenziale non autosufficienti - ADI 3 e 4 livello e Cure Palliative) le competenze distintive dell'infermiere di comunità sono le seguenti:

- *Presa in carico in fase intensiva (fase di acuzie):* prendere in carico l'utente e collaborare nella pianificazione del percorso di dimissione quando è ancora ricoverato in ospedale.
- *Screening e presa in carico "leggera e anticipata":* agire secondo logiche proattive (mappatura della fragilità della Comunità e progetti di presa in carico "leggera").
- *Funzione di coordinamento:* fungere da operatore di riferimento (facilitare coordinare e monitorare il percorso assistenziale del paziente "fragile" e il progetto personalizzato).
- *Ruolo di "supporto e orientamento":* porre attenzione verso coloro che sono impegnati nell'accudimento quotidiano di cura (familiari, parenti, amici, assistenti familiari privati, ecc.) attraverso una comunicazione efficace, un rapporto empatico e interventi di educazione/promozione alla salute, educazione terapeutica.
- *Attivazione risorse informali della comunità:* favorire e rafforzare legami solidaristici per rispondere ai bisogni di salute delle persone assistite attraverso l'attivazione delle risorse informali della comunità (vicini di casa, gruppi di volontariato ma anche soggetti pubblici istituzionali come le amministrazioni comunali e il parroco)
- *Orientamento per l'accesso e la fruizione dei servizi:* garantire l'orientamento e l'informazione all'utente in qualità di Punto unitario di Accesso decentrato (PUA) in tre diversi settori: ambulatoriale, domiciliare e trasversalmente per implementazione l'integrazione (migliorare l'accesso e l'utilizzo dei servizi sociosanitari pubblici)
- *Attivazione strategie di responsabilizzazione dell'assistito e dei familiari:* rendere il paziente e i familiari competenti attraverso una maggiore consapevolezza e formazione rispetto alla condizione clinica e alle opzioni terapeutiche.

Nello specifico, per le funzioni di **cura e gestione del paziente e della sua condizione clinica** (paziente a medio-bassa complessità assistenziale - Case della comunità) le competenze distintive dell'infermiere di famiglia e comunità sono le seguenti:

- *Presa in carico proattiva della persona con malattia cronica con iniziale danno d'organo e autonomia funzionale conservata al fine di gestire, in collaborazione con i MMG, i percorsi dei pazienti cronici inseriti in apposito registro di patologia.*

- *Screening e presa in carico “leggera e anticipata”*: agire secondo logiche proattive ovvero mappatura fragilità della Comunità mediante Prisma 7 e stratificazione della popolazione portatrice di malattie croniche a bassa e media complessità attraverso il sistema ACG al fine di realizzare prese in carico anticipate e leggere, anche attraverso la conoscenza delle principali linee guida e PDTA.
- *Funzione di “cura e gestione del paziente e della sua condizione clinica”*: operatore di riferimento per programmi di follow -up /sorveglianza/ monitoraggio dei pazienti portatori di patologie croniche a bassa-media complessità con autonomia funzionale conservata e parziale danno d'organo al fine di coordinare e monitorare il percorso assistenziale del paziente prevenendo le complicanze e ritardando l'evoluzione della malattia.
- *Ruolo di “supporto e orientamento”*: promuovere interventi di educazione terapeutica volta a ridurre le complicanze e a ritardare l'evoluzione della malattia al fine di rendere i pazienti competenti nella gestione del proprio progetto di vita e di salute. Attuare programmi educativi per sviluppare stili di vita che producono salute in collaborazione con altri professionisti socio-sanitari. Valutare il fabbisogno educativo della persona assistita e della sua famiglia e definire un progetto educativo efficace volto ad apprendere abilità di autocura e autogestione.
- *Orientamento per l'accesso e la fruizione dei servizi*: garantire l'orientamento e l'informazione all'utente al fine di migliorare l'accesso e l'utilizzo dei servizi socio-sanitari.
- *Attivazione strategie di responsabilizzazione dell'assistito e dei familiari*: rafforzare la capacità di autocura come capacità di adattamento e di autogestione della persona con malattia cronica, al fine di fornire all'assistito e ai suoi familiari gli strumenti e le conoscenze affinché riescano a fronteggiare e autogestire nel miglior modo possibile i problemi di salute e prevenirne le complicanze. Svolgere attività rivolte ad ottenere la massima consapevolezza dell'assistito e la sua piena alleanza terapeutica per il controllo della condizione clinica, l'osservanza dei comportamenti corretti e la miglior aderenza alle terapie.

Nello specifico, per le funzioni di **cura e gestione della salute della comunità di riferimento** (popolazione sana esposta a possibili rischi) le competenze distintive dell'infermiere di famiglia e comunità sono le seguenti:

- *Promozione della salute a livello della comunità di riferimento*: una funzione da sviluppare nel contesto della comunità al fine di promuovere la salute attraverso la partecipazione attiva da parte della comunità a programmi di formazione anche valorizzando quella tra pari.
- *Cura e gestione della salute della comunità di riferimento*: una funzione da sviluppare nel contesto della comunità al fine di diffondere e consolidare stili di vita salutari che possono prevenire lo sviluppo delle principali patologie croniche o contrastarne l'evoluzione nelle fasi precoci. Tale funzione si collega alle attività svolte nell'ambito di forme organizzate e rappresentative della comunità (quali ad esempio associazioni di volontariato) per raggiungere anche le fasce di popolazione più difficili.