

Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Sistema 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
4. DISTRETTO: FUNZIONI E STANDARD ORGANIZZATIVI.....	9
5. CASA DELLA COMUNITÀ	12
6. INFERMIERE DI FAMIGLIA E COMUNITÀ.....	18
7. UNITÀ SPECIALE DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE.....	20
8. CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE	22
9. CENTRALE OPERATIVA 116117	23
10. ASSISTENZA DOMICILIARE	24
11. OSPEDALE DI COMUNITÀ.....	26
12. HOSPICE NELLA RETE DELLE CURE PALLIATIVE	30
13. SERVIZI PER LA SALUTE MENTALE, LE DIPENDENZE PATOLOGICHE E LA NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	34
14. SERVIZI PER LA SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO.....	36
15. SERVIZI PER LE ATTIVITÀ DI PROMOZIONE E PREVENZIONE DELLA SALUTE.....	38
16. SISTEMI INFORMATIVI E STANDARD DI QUALITÀ.....	40
17. LA TELEMEDICINA	42
18. BIBLIOGRAFIA.....	45

1. SVILUPPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE NEL SSN

Il Sistema 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 cambio di prospettiva, passando da sistemi sanitari progettati intorno alle malattie e alle istituzioni verso sistemi sanitari vicini alla comunità, progettati per le persone e con le persone.

In tale ottica e contesto, si inserisce la necessità di potenziare i servizi assistenziali territoriali per consentire l'effettiva applicazione 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 - traduzione inglese di *Primary Care* - rappresenta infatti la prima porta d'accesso ad un sistema 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 il reclutamento e la gestione dei percorsi dei pazienti, sia per l'assistenza a domicilio, sfruttando strumenti di telemedicina e telemonitoraggio, sia per l'integrazione della rete professionale (MMG, infermieri, specialisti, assistenti sociali e altre figure professionali);
- attraverso la valorizzazione della co-produzione con gli utenti e il lavoro di prevenzione, cura, inclusione sociale, sostegno che può essere offerto dalla comunità;
- con la partecipazione e la valorizzazione di tutte le risorse della comunità nelle sue diverse forme attraverso la piena partecipazione dei diversi attori locali (Aziende Sanitarie Locali, Comuni, 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 socio assistenziali, riabilitative e di prevenzione. Si attiva all'accesso della persona al sistema sanitario tracciando, orientando e supportando il cittadino 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 socio-assistenziali;
- 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 socio-assistenziale" 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 socio-assistenziali 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-socio-assistenziali, 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 sistema sanitario.

Il Progetto di Salute rappresenta inoltre uno strumento di programmazione, verifica e controllo della coerenza clinica e socio assistenziale 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 socio-assistenziali 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 rimanendo 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 cittadino 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	<p>Assume un ruolo di rilevanza strategica in alcune fasi 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.</p> <p>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.</p>
Assistente Sociale	Referente della risposta ai bisogni sociali del paziente e della sua rete relazionale.
Équipe di supporto	<p>Tutti gli specialisti o le altre figure professionali della UVM che durante il processo parteciperanno alla presa in carico.</p> <p>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.).</p>

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 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 socio-assistenziali

	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 socio-assistenziale	Descrizione delle possibilità di accesso ai servizi/benefici socio-assistenziali 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 socio-assistenziale	Descrizione delle possibilità di accesso ai servizi/benefici socio-assistenziali 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 socio assistenziale - 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 socio-sanitari 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 il cittadino 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, alla prevenzione delle complicanze, 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 e le 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, 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 socio-assistenziali attraverso la definizione del Progetto di Salute.

4. DISTRETTO: FUNZIONI E STANDARD ORGANIZZATIVI

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

La programmazione deve prevedere:

- 1 Casa della Comunità *hub* per ogni Distretto e almeno 3 Case della Comunità *spoke* (1 ogni 30/35.000 nelle aree metropolitane; 1 ogni 20/25.000 abitanti nelle aree urbane e sub-urbane; 1 ogni 10/15.000 abitanti nelle aree interne e rurali) per favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali. Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure attraverso un collegamento funzionale di riferimento;
- Le aggregazioni della Medicina Generale e Pediatria di Libera Scelta, quali le AFT (aggregazioni funzionali territoriali) e UCCP (unità complesse delle cure primarie), medicine di gruppo integrate, con sede fisica all'interno delle Case della Comunità, oppure a questa collegate funzionalmente, in qualità di strutture *spoke*, per quei territori disagiati e a minore densità abitativa;
- 1 Infermiere di Comunità ogni 2.000-2.500 abitanti, afferenti alle Case di Comunità;
- 1 Unità Speciale di Continuità Assistenziale (1 medico e 1 infermiere) ogni 100.000 abitanti;
- 2 Ospedali di Comunità (20 posti letto ogni 50.000 abitanti), da attuarsi in modo progressivo secondo la programmazione regionale;
- 1 Hospice fino a 10 posti letto all'interno della rete aziendale delle cure palliative;
- 1 Centrale Operativa Territoriale (1 ogni 100.000 abitanti).

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 socio-sanitari e sanitari territoriali e centro di riferimento per l'accesso a tutti i servizi dell'ASL. È inoltre deputato al perseguimento dell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali 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:

- Funzione di 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, con la Direzione Generale dell'ASL, provvede alla programmazione dei livelli di servizio da garantire, alla pianificazione delle innovazioni organizzativo/produttive locali, alle decisioni in materia di logistica, accesso, offerta di servizio.

- Funzione di produzione, ossia di erogazione dei servizi sanitari territoriali, è caratterizzata da erogazione in forma diretta o indiretta dei servizi sanitari e socio-sanitari territoriali.
- Funzione di 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 socio-sanitari del territorio, i Distretti Sanitari operano, inoltre, in raccordo con i Comuni per coniugare la loro azione programmatoria in riferimento agli aspetti socio-sanitari attraverso gli strumenti di programmazione del distretto: Piano di Zona (PdZ) e Programma delle Attività Territoriali (PAT).

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

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 al cittadino, 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 specifico obbligatorio, per ampliare il bagaglio di conoscenze e competenze necessarie.

5. 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 socio-sanitaria. La CdC promuove un modello organizzativo di approccio integrato e multidisciplinare attraverso équipe territoriali. Costituisce la sede privilegiata per la progettazione ed l'erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale.

- Si prevedono 1 Casa della Comunità *hub* per ogni Distretto e almeno 3 Case della Comunità *spoke* (1 ogni 30/35.000 nelle aree metropolitane; 1 ogni 20/25.000 abitanti nelle aree urbane e sub-urbane; 1 ogni 10/15.000 abitanti nelle aree interne e rurali) per favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali.

- Le aggregazioni della Medicina Generale e Pediatria di Libera Scelta, quali le AFT (aggregazioni funzionali territoriali) e UCCP (unità complesse delle cure primarie), medicine di gruppo integrate, con sede fisica all'interno delle Case della Comunità, oppure a questa collegate funzionalmente, in qualità di strutture *spoke*, per quei territori disagiati e a minore densità abitativa.

- 1 Infermiere di Comunità ogni 2.000-2.500 abitanti, afferenti alle Case di Comunità

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 il cittadino può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria e socio-sanitaria.

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

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 Comunità, altri professionisti della salute, quali ad esempio Logopedisti, Fisioterapisti, Dietisti, Tecnici della Riabilitazione e Assistenti Sociali, anche al fine di consentire il coordinamento con i servizi sociali del comune di riferimento.

Occorre assicurare 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.

Le AFT e le UCCP costituiscono il primo anello della rete di assistenza territoriale e sono parte integrante delle CdC, sia quando operano in esse, sia nella loro individualità, nei territori a minore densità abitativa. In tal modo provvedono a garantire l'assistenza in forma di medicina d'iniziativa e di presa in carico della comunità di riferimento, con i servizi h 12, propri della CdC, e, dove possibile, 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, socio-sanitaria e socio-assistenziale in un luogo di prossimità, ben identificabile e facilmente raggiungibile dalla popolazione di riferimento;

- la prevenzione e promozione della salute anche attraverso il coordinamento con il 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, programmabile e non;
- la risposta alla domanda di salute della popolazione e la garanzia della continuità dell'assistenza anche attraverso il coordinamento con i servizi sanitari territoriali;
- 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).

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 socio-sanitaria. Entrambe, quindi, propongono un'offerta di servizi costituita da medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali interni, infermieri di 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 socio-sanitarie);
- Presenza medica h24 - 7 giorni su 7 anche attraverso l'integrazione della Continuità Assistenziale;
- Presenza infermieristica h12 - 7 giorni su 7;
- Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario 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.

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 socio-sanitarie);
- Presenza medica e infermieristica almeno h12 - 6 giorni su 7 (lunedì-sabato);
- Punto Unico di Accesso;
- 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-acute) 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	
Programmi di screening	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	RACCOMANDATO	
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	RACCOMANDATO	
Attività Consultoriali	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 ricompone il quadro dei bisogni locali sommando le informazioni dei sistemi informativi istituzionali con le informazioni provenienti dalle reti sociali.

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

Il responsabile organizzativo della CdC è un dirigente del distretto.

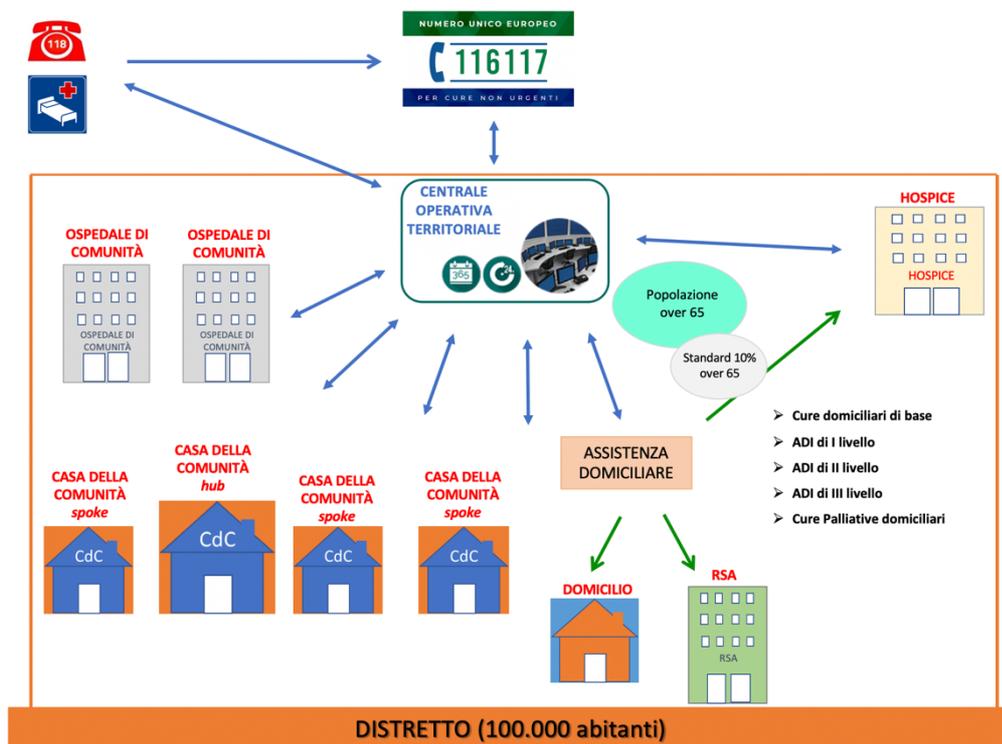


Figura 1: Organizzazione di un Distretto ideale/tipo di 100.000 abitanti di un'area urbana.

6. INFERMIERE DI FAMIGLIA E COMUNITÀ

L'Infermiere di Famiglia e Comunità è un professionista con un forte orientamento alla gestione proattiva della salute e opera rispondendo ai bisogni di salute della popolazione di uno specifico ambito territoriale e comunitario di riferimento, favorendo l'integrazione sanitaria e sociale dei servizi. La sua funzione è orientata ad una presenza continuativa e proattiva nella comunità territoriale di riferimento facilitando il percorso della presa in carico e della continuità dell'assistenza, favorendo l'integrazione e la collaborazione tra le figure professionali (MMG, PLS, Specialisti, altri infermieri e altre figure sanitarie, assistenti sociali ecc.) e i servizi socio-sanitari presenti sul territorio, in un vero e proprio lavoro di équipe territoriale. 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.

- 1 Infermiere di Comunità ogni 2.000-2.500 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 socio-sanitaria, favorendo l'integrazione delle diverse figure professionali, compresa l'assistenza infermieristica di comunità. L'IFeC è un professionista che ha un forte orientamento alla gestione proattiva della salute e opera rispondendo ai bisogni di salute della popolazione di uno specifico ambito territoriale e comunitario di riferimento, favorendo l'integrazione socio-sanitaria dei servizi. Opera sul territorio, a seconda dei modelli organizzativi regionali, in collaborazione con i servizi aziendali specifici alla diffusione di una cultura di prevenzione e promozione di corretti stili di vita, agendo in modo proattivo per l'intercettazione precoce dei bisogni e la loro presa in carico. Garantisce una presenza continuativa e proattiva nell'area/ambito comunità di riferimento, fornisce prestazioni dirette sulle persone assistite qualora necessarie, in ambulatorio o a domicilio, e 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 in presenza o in remoto di gruppo, in collaborazione con tutti i livelli, i *setting* e gli attori, sanitari ed extra-sanitari, interessati al fine di influenzare e controllare maggiormente i determinanti di salute e la qualità di vita all'interno della propria comunità, a supporto dello sviluppo di comunità resilienti e di ambienti favorevoli alla salute;
- promuove attività di informazione/comunicazione sia sui singoli che in gruppo, segmentando linguaggi, format e modalità di interazione in base alla popolazione a cui si riferisce;

- svolge o contribuisce ad attività di *counseling* motivazionale per la promozione di corretti comportamenti, al fine di favorire la partecipazione e responsabilizzazione individuale e collettiva, intercettando la persona nei diversi momenti della vita, al fine di migliorarne la competenza socio-emozionale (es. capacità di autogestirsi, consapevolezza di sé e sociale, capacità decisionale e di relazione) e la responsabilità;
- valorizza e promuove il coinvolgimento attivo della persona e del suo *caregiver*;
- lavora in forte integrazione con le reti socio-sanitarie e territoriali (associazioni, volontariato, ecc.), e con il MMG e PLS;
- utilizza sistematicamente strumenti digitali e di telemedicina.

7. 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.

- 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 composto da 1 medico ed 1 infermiere che opera in modo itinerante sul territorio o anche attraverso l'utilizzo di strumenti di telemedicina (televisita). 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 socio-sanitarie, a seconda delle necessità e dei bisogni assistenziali della comunità di riferimento.

L'USCA viene attivata attraverso la Centrale Operativa Territoriale. Il supporto di tale servizio distrettuale può essere richiesto da:

- MMG/PLS e C.A.
- Medico SAI ed Ospedaliero
- Servizi di igiene e sanità pubblica
- Altri servizi aziendali sanitarie e socio-sanitari.

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 ecc.) 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.

8. 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 socio-sanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.

- 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale.
- Standard minimo di personale: 5 infermieri/IFeC, 1 coordinatore.

L'obiettivo della Centrale Operativa Territoriale (COT) è quello di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, attraverso un servizio rivolto prevalentemente ad operatori sanitari e socio-sanitari.

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, 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.

La COT può essere attivata da tutti gli attori del sistema: personale distrettuale e ospedaliero, dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta e dai medici di continuità assistenziale, dai medici specialisti ambulatoriali interni, e dagli altri professionisti sanitari presenti nei servizi aziendali e distrettuali nonché dal personale delle strutture di ricovero intermedie, residenziali e semiresidenziali, dai servizi sociali, e dai familiari, limitatamente ai pazienti protetti e critici che ne costituiscono il target di riferimento.

Al fine di svolgere le sue funzioni 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. Inoltre, 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.

Il personale infermieristico della COT, che si ipotizza di almeno 5 infermieri/IFeC per un distretto standard di 100.000 abitanti, afferisce dal punto di vista operativo a un coordinatore che è il responsabile del funzionamento, mentre dal punto di vista gerarchico afferisce direttamente al direttore di distretto essendo un servizio a valenza distrettuale o al direttore delle cure primarie di riferimento di quel distretto.

9. 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 la settimana per tutte le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a bassa intensità assistenziale.

- 1 Centrale Operativa 116117 ogni 1-2 milioni di abitanti o comunque a valenza regionale.

Il Numero Europeo Armonizzato (NEA) per le cure mediche non urgenti 116117 è destinato alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie non urgenti e concorre alla gestione della domanda assistenziale a bassa intensità o priorità, così come definito dalla normativa comunitaria 2007/116/CE del 15 febbraio 2007 e successive modifiche e integrazioni e recepito a livello nazionale con l'Accordo Stato-Regioni del 07/02/2013 e successivamente con l'Accordo Stato-Regioni del 24/11/2016.

La Centrale Operativa 116117 (CO 116117) offre un servizio di front desk, per un bacino di utenza di 1-2 milioni di abitanti. 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 socio-sanitaria.

Tra i servizi erogati dalla CO 116117, definiti “servizi erogabili obbligatori”:

- Centralizzazione delle chiamate al Servizio di Continuità Assistenziale (almeno su base provinciale);
- Piattaforma informativa sui servizi sanitari localmente disponibili e i loro meccanismi di accesso (modalità di accesso di MMG/PLS anche in caso di difficoltà di reperimento; accesso alla Guardia Turistica);
- Trasferimento della chiamata al Servizio Emergenza Territoriale 118, come da protocolli condivisi;

La CO 116117 può svolgere funzioni di supporto nel coordinamento organizzativo alle attività sovra distrettuali.

10. ASSISTENZA DOMICILIARE

L'Assistenza Domiciliare sono un servizio a valenza distrettuale finalizzato all'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza.

- 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. L'Assistenza Domiciliare o anche definita Cure Domiciliari, nelle sue forme previste – Assistenza Domiciliare di livello Base, Assistenza Domiciliari Integrate (ADI di I livello, ADI di II livello, ADI di III livello) e Cure Palliative Domiciliari (CPD livello base e CDP livello specialistico) – si configura 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 di assistenza. Consiste in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi ecc., prestati da personale sanitario e socio-sanitario 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 previste nell'ambito dell'assistenza domiciliare sono articolate in differenti livelli di intensità e complessità assistenziale che vengono individuati a partire dalla Valutazione Multidimensionale e dalla 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 di Valutazione Multidimensionale (UVM), che garantisce la rivalutazione periodica dell'individuo e definisce criteri di chiusura della presa in carico. Viene inoltre assicurato il coinvolgimento degli specialisti di riferimento in relazione a quanto stabilito nel PAI e l'integrazione con i servizi sociali. Il MMG/PLS costituisce il responsabile clinico del paziente.

Attualmente, le modalità operative di effettuazione della valutazione multidimensionale e i requisiti per la stesura del Piano Assistenziale Individuale e/o Piano di Riabilitazione Individuale, redatti dall'équipe di presa in carico dell'assistito, sono definite dalle Regioni e dalle Province Autonome.

La classificazione nei diversi livelli di intensità e complessità assistenziale è codificata e misurato nel flusso informativo SIAD sull'assistenza domiciliare (Sistema Informativo Assistenza Domiciliare) 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. Questa metodologia mira ad identificare gli interventi di livello base (con CIA inferiore a 0,14) che rispondono a bisogni di bassa complessità e, conseguentemente, richiedono interventi poco frequenti e le cure domiciliari integrate e le cure palliative domiciliari classificate in quattro livelli (I, II, III, IV/cure palliative), per i quali è prevista una sempre maggiore intensità degli accessi, multiprofessionalità e complessità delle risposte.

Tale sede svolge anche funzioni di segreteria per informazioni e comunicazioni. Si può disporre, sulla base delle caratteristiche orografiche del territorio di riferimento, di altre sedi operative dislocate nelle Case della Comunità *spoke* e collegate tra loro al fine di favorire la prossimità dell'attività.

La sede operativa delle cure domiciliari deve avere un rapporto inter-operativo, anche attraverso strumenti digitali, con la Centrale Operativa Territoriale distrettuale; e qualora l'organizzazione aziendale e distrettuale lo ritenga opportuno, può essere eventualmente integrata nella COT stessa.

La dotazione di personale, sia in termini numerici che di figure professionali coinvolte, deve essere proporzionata alla tipologia di attività che si intende erogare. Per l'assistenza domiciliare nelle sue forme devono essere previste almeno le seguenti figure professionali:

- medici,
- infermieri,
- terapisti della riabilitazione,
- operatori socio-sanitari.

La responsabilità complessiva dell'organizzazione è affidata ad un dirigente designato dalla ASL.

Il servizio di assistenza domiciliare è organizzato 7 giorni su 7 dalle 07.00 alle 21.00. La programmazione degli accessi infermieristici a domicilio dovrà essere sviluppata nell'arco dell'intera settimana (ossia 7 giorni su 7), tenendo conto della complessità clinico-assistenziale dei pazienti. Il servizio di cure domiciliari potrà essere integrato con prestazioni di telemedicina da remoto - televisita, telemonitoraggio, teleriabilitazione, teleassistenza, teleconsulto - grazie alla dotazione tecnologica di operatori e pazienti con strumenti che favoriscano l'implementazione della telemedicina nei suoi diversi aspetti.

L'integrazione delle funzioni dei servizi di assistenza domiciliare con altri servizi assistenziali distrettuali che rispondono ai bisogni della persona assistita a domicilio avviene grazie al ruolo di coordinamento e raccordo della COT.

11. 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 socio-sanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e più prossimi al domicilio.

- 1 Ospedale di Comunità (20 posti letto) ogni 50.000 abitanti. Da attuarsi in modo progressivo.
- 0,4 posti letto per 1000 abitanti
- Standard minimo di personale: 9 infermieri, 6 Operatori Socio-Sanitari e un medico per almeno 4 ore al giorno.

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 socio-sanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e 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, in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare) e necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio. 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 socio-sanitarie 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 presidi ospedalieri riconvertiti, presso strutture residenziali socio-sanitarie oppure essere situato in una struttura ospedaliera, ma è gerarchicamente sempre riconducibile all'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, i pazienti eleggibili sono classificabili essenzialmente secondo quattro tipologie:

- a) pazienti fragili e/o cronici, provenienti dal domicilio, per la presenza di riacutizzazione di condizione clinica preesistente, insorgenza di un quadro impreveduto, in cui il ricovero in ospedale risulti inappropriato;
- b) pazienti, prevalentemente affetti da multimorbidità, provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, clinicamente dimissibili per conclusione del percorso diagnostico terapeutico ospedaliero, ma con condizioni richiedenti assistenza infermieristica continuativa;
- c) pazienti che necessitano di assistenza nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi, che necessitano di interventi di affiancamento, educazione ed addestramento del paziente e del caregiver prima del ritorno al domicilio;
- d) pazienti che necessitano di supporto riabilitativo-rieducativo, il quale può sostanziarsi in: valutazioni finalizzate a proporre strategie utili al mantenimento delle funzioni e delle capacità residue (es. proposte di fornitura di ausili); 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 massima di 20/30 giorni. Solo in casi eccezionali e comunque, motivati dalla presenza di situazioni cliniche non risolte, la degenza potrà prolungarsi di ulteriori 30 giorni.

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, multi-professionale 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 all'infermiere secondo le proprie competenze.

L'assistenza infermieristica è garantita nelle 24 ore con il supporto degli Operatori Socio-Sanitari, 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).

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

È presente, inoltre, l'Infermiere case-manager di OdC che si occupa, in particolare, delle ammissioni e dimissioni: 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.

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 inviati da MMG/PLS
- N. pazienti inviati da ospedali

12. HOSPICE NELLA RETE DELLE CURE PALLIATIVE

L'Hospice è una struttura socio-sanitaria, in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, integrata con l'ospedale e il domicilio del paziente. È rivolto a soggetti affetti da patologie oncologiche, croniche, neurodegenerative, irreversibili e in stadi avanzati, candidabili a terapie di supporto, che necessitano di un appropriato sostegno medico, psicologico e sociale nelle ultime fasi della vita.

- 1 Hospice fino a 10 posti letto ogni 100.000 abitanti

Gli interventi e i trattamenti posti in essere per migliorare la qualità della vita dei pazienti, adulti e bambini affetti da malattie potenzialmente letali e la cui terapia di base non ne controlla più l'evoluzione, e delle loro famiglie rientrano nella definizione di Cure Palliative (CP). Finalità di tale forma di assistenza sono prevenire e alleviare la sofferenza, attraverso l'identificazione proattiva dei sintomi, la corretta valutazione dello stato di salute e il trattamento del dolore e di altre problematiche, siano esse fisiche, psicosociali o spirituali.

La normativa vigente in materia prevede un modello costruito su Reti Locali in grado di identificare i fattori, che qualificano il sistema di assistenza, affiancando il paradigma clinico ad un approccio valutativo sistemico della malattia e della complessità dei bisogni, con conseguente rimodulazione degli interventi e dei trattamenti nella logica del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza.

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:

- 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 una disponibilità h 24 per 7 giorni alla settimana.
- All'interno di strutture di ricovero dedicate, l'Hospice, fino a 10 posti letto ogni 100.000 abitanti. Tali strutture erogano servizi residenziali di ricovero ma possono dotarsi di un'offerta di servizi fruibili durante le ore diurne "Hospice Diurno".

Negli Hospice operano almeno:

- 12 infermieri;
- 5 operatori socio-sanitari;

Va inoltre garantita l'assistenza medica, psicologica e sociale.

Al fine di favorire l'integrazione con gli altri servizi sanitari e garantire l'appropriatezza dell'intervento, in relazione alla complessità del bisogno e non soltanto in relazione alla prognosi del paziente, la normativa vigente definisce i requisiti minimi e le modalità organizzative delle Unità di Cure Palliative (UCP), quali aggregazioni funzionali ed integrate composte da varie figure professionali che operano a livello ospedaliero, in hospice, in altre strutture residenziali e a domicilio.

L'hospice è la struttura territoriale, a carattere socio-sanitario, demandata all'assistenza di pazienti candidabili a terapie di supporto, che necessitano di essere accompagnati nelle ultime fasi della loro vita. L'assistenza è erogata da un'equipe multidisciplinare e multiprofessionale, in modo continuativo h 24, 7 giorni alla settimana, assicurando una piena personalizzazione della stessa, nell'ottica del miglioramento della qualità della vita residua del paziente.

Il ricovero in struttura è offerto oltre che a pazienti, oncologici e non, in condizioni di termine vita, che necessitano, per sé stessi e le loro famiglie, di un percorso di accompagnamento, anche a soggetti con aspettativa di vita più lunga, ma che presentano bisogni di assistenza in termini di CP, per la stabilizzazione o la rimodulazione di terapie per il controllo dei sintomi di difficile gestione, garantendone, in tal modo, il rientro alla quotidianità.

Al fine di assicurare un'adeguata continuità delle cure e dell'assistenza alla persona e al suo nucleo familiare all'interno di una rete integrata tra l'ospedale e le CP domiciliari è possibile prevedere l'accesso in hospice nelle sole ore diurne per particolari categorie, quali: soggetti che, sebbene affetti da malattie cronico-degenerative e neurovegetative, risultino essere ancora autosufficienti, pazienti con polipatologie concomitanti in politerapia farmacologica, ma che conservano ancora autonomie di base, oppure malati oncologici non in fase terminale, provenienti dal domicilio, da RP e RSA.

Il modello di "Hospice Diurno", offre nelle sole ore diurne, oltre ai servizi alberghieri, una molteplicità di prestazioni a carattere infermieristico e medico specialistico in base al bisogno di assistenza sanitaria, e una varietà di servizi a carattere sociale, che possano positivamente incidere sulle condizioni di salute dell'assistito, consentendo un miglioramento della qualità della vita, anche in termini di qualità del tempo trascorso. L'organizzazione del modello è rappresentata in Figura 1.

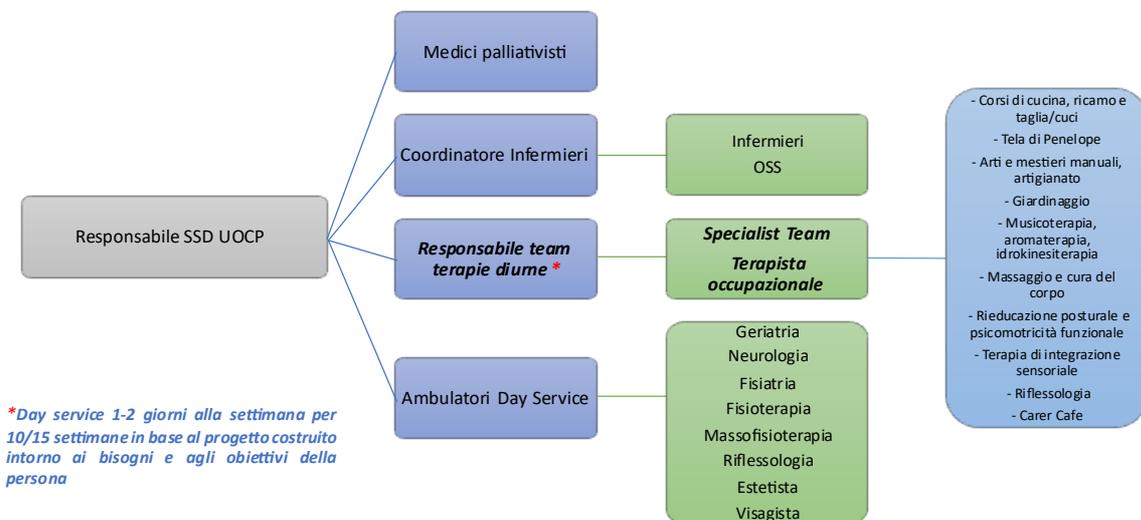


Figura 2 - Modello di Hospice Diurno

In tal modo sarà possibile evitare il ricovero inappropriato di soggetti che necessitano di assistenza in termini di CP, ma che conservano un grado d'autonomia tale da poter far rientro al proprio domicilio, con ricadute positive anche nella sfera psicologica dell'assistito e dei suoi familiari.

La Rete di Terapia del dolore e Cure Palliative Pediatriche (CPP) è il luogo di raccordo dei servizi che interagiscono con il minore, 0-18 anni, che verte in uno stato di malattia inguaribile e/o terminale e la sua famiglia. Al fine di garantire la migliore qualità della vita possibile, la rete di terapia del dolore e CPP si preoccupa di identificare il bisogno di CP e individuare il percorso più appropriato, rispetto ai *setting* assistenziali: domicilio, hospice pediatrico, e ospedale, per garantire la continuità e l'integrazione dell'assistenza.

Le cure palliative pediatriche si differenziano dalle CP degli adulti in quanto devono essere modulate in base alle peculiarità biologiche, psico-relazionali, cliniche, sociali, etiche e spirituali del bambino e rispondere ad una tipologia e ad una determinata quantità di bisogni specifici.

La governance della Rete di Terapia del dolore e CPP è coordinata dal Centro di Riferimento Regionale di CP in interazione con l'Organismo di Coordinamento Regionale per le finalità di programmazione, informazione, formazione e monitoraggio.

La relativa bassa numerosità dei minori eleggibili e la complessità e la specializzazione delle competenze richieste determinano la necessità di una risposta specialistica con riferimento ad ampi bacini d'utenza. Questo non può, in ogni caso, prescindere dall'esigenza della prossimità dell'assistenza al luogo di vita del bambino, preferibilmente il suo domicilio.

La Rete raccoglie e valuta il bisogno di CP e di terapia del dolore del minore, ne definisce il percorso di cura più appropriato e individua il setting assistenziale adeguato: domicilio, hospice pediatrico od ospedale, in relazione ad età, condizione clinica, tipologia e fase di malattia, garantendo la continuità assistenziale sia in termini temporali sia di obiettivi/programmi di assistenza. La Rete, quindi, fornisce in maniera congiunta, risposte residenziali, ospedaliere e domiciliari, in grado di integrarsi e modularsi nei diversi momenti della malattia a seconda delle necessità del minore e della sua famiglia.

Come definito dalla normativa vigente di seguito sono riportati i requisiti minimi assimilabili alla Rete di Terapia del Dolore e CPP:

- Tutela del minore nel diritto al controllo del dolore e alle cure palliative indipendentemente dall'età anagrafica, patologia e luogo di residenza;
- Disponibilità del Centro specialistico di riferimento regionale di terapia del dolore e cure palliative pediatriche;
- Disponibilità di risposte residenziali (es. hospice pediatrico);
- Disponibilità di strutture/servizi/competenze di terapia del dolore e cure palliative rivolte al paziente pediatrico;
- Raccordo con i servizi sociali ed educativi;
- Assistenza attiva e globale e salvaguardia della dignità del bambino;
- Continuità delle cure ed unicità del professionista di riferimento;
- Operatività di equipe multiprofessionali dedicate al paziente pediatrico;
- Formazione continua e sul caso per gli operatori;
- Misurazione della qualità di vita;
- Comunicazione alla famiglia e al bambino;
- Supporto alla famiglia;
- Programmi di supporto al lutto;
- Programmi di supporto psicologico all'equipe;

- Dilemmi etici;
- Programmi di informazione;
- Programmi di valutazione della qualità delle cure.

L'hospice pediatrico si configura come struttura per l'offerta dell'assistenza della Rete di Cure Palliative Pediatriche, che integra l'ospedale con il domicilio. È una struttura complessa, "aperta", concepita, infatti, a misura di bambino, senza vincoli d'orario, con aree dedicate a seconda delle esigenze proprie dell'età. Gli spazi, in cui l'assistenza medica e infermieristica sono continue, sono concepiti per facilitare la socializzazione e l'interazione e per riuscire a far vivere al bambino momenti di vita normale. L'hospice pediatrico fornisce trattamenti specialistici, assistenza clinica, formazione, ricerca e cure di fine vita.

13. SERVIZI PER LA SALUTE MENTALE, LE DIPENDENZE PATOLOGICHE E LA NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

I servizi per la salute mentale, per le dipendenze patologiche e per la neuropsichiatria infantile e l'adolescenza costituiscono la declinazione a livello distrettuale dei servizi afferenti alla rete integrata per la salute mentale presenti in tutte le Aziende Sanitarie Locali.

La Salute Mentale è una delle aree sanitarie più complesse poiché il suo perseguimento richiede una stretta integrazione del sistema sanitario con i servizi sociali, la rete relazionale dell'individuo e la società, nonché un notevole coordinamento tra la rete dei servizi sanitari stessi afferenti e non alla rete integrata per la salute mentale. È pertanto necessario un modello che valorizzi la dimensione generale, personale, prossimale e primaria nei livelli di base e la dimensione specialistica e dipartimentale in quelli più alti.

In tale contesto risulta fondamentale intercettare precocemente il bisogno di Salute Mentale, creando una rete di prossimità che coinvolga i diversi professionisti del settore (Psichiatri, Infermieri, Terapisti, Neuropsichiatri, Psicologi, Educatori, ecc.), le CdC (MMG, PLS, Infermieri di Comunità e altre professioni, MCA, Consulori Familiari, ecc.) e la rete territoriale (Scuole, Servizi Sociali, Terzo Settore) e che diffonda la cultura di Salute Mentale di Comunità proattiva e volta all'intervento precoce al verificarsi del bisogno evitando la sua insorgenza o promuovendo il concetto di recupero. È pertanto necessario un modello che valorizzi la dimensione generale, personale, prossimale e primaria nei livelli di base e la dimensione specialistica e dipartimentale in quelli più alti.

Il Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale evidenzia la necessità di lavorare per progetti di intervento specifici e differenziati sulla base della valutazione dei bisogni delle persone e dell'implementazione di percorsi di cura che sappiano intercettare la domanda di salute e contribuiscano a rinnovare l'organizzazione dei servizi, le modalità di lavoro delle équipe, i programmi clinici aggiornati offerti agli utenti.

Il nuovo modello di Salute Mentale di Comunità prevede un approccio alle problematiche e ai bisogni emergenti garantendo:

- Intercettazione del bisogno di Salute Mentale in stretta collaborazione con MMG, PLS, MCA, SAI e IFeC attraverso la presenza di operatori del settore che supportano la fase di ricognizione del bisogno di Salute Mentale, promuovono approcci integrati di prevenzione ed informazione, di presa in carico breve per la gestione della crisi (evento traumatico, luttuoso, adolescenza, avvicinamento all'uso di sostanze, conflittualità, dubbio clinico, disagio giovanile, ecc.), alimentando la normalizzazione del disturbo;
- Gestione integrata tra i professionisti avvalendosi anche di strumenti di telemedicina;
- Interconnessione tra salute mentale e salute fisica;
- Interventi di gestione del rischio: fumo, alcol, sostanze, stress, alterazioni sonno-veglia, vulnerabilità, ecc.;
- Accessibilità, presa in carico, continuità delle cure e personalizzazione del percorso di cura;
- Percorsi a differente intensità assistenziale in rapporto ai bisogni di cura;
- Servizi flessibili, orientati sui bisogni delle persone;

L'assistenza nel campo della salute mentale è assicurata e governata in ciascuna Azienda Sanitaria Locale dal Dipartimento di Salute Mentale (DSM). Il modello operativo prevede la seguente tipologia di offerta:

- Assistenza Ospedaliera: Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC), Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza, Day Hospital
- Assistenza Territoriale: Centro di Salute Mentale (CSM) è il centro di primo riferimento per la popolazione con disagio psichico. Coordina nell'ambito territoriale tutti gli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione degli individui che presentano patologie psichiatriche. A questo livello si collocano in genere anche servizi per le dipendenze patologiche e i centri per la neuropsichiatria infantile e l'adolescenza. Nell'ambito della presa in carico della Salute Mentale, a livello territoriale sono incluse le REMS per gli individui autori di reato affetti da disturbi mentali.
- Residenzialità extra-ospedaliera:
 - Strutture semiresidenziali (Centri Diurni);
 - Strutture residenziali (residenze terapeutico-riabilitative e socio-riabilitative).

I servizi per la salute mentale attivi a livello territoriale sono prevalentemente destinati alla presa in carico dei casi a maggiore complessità e gravità, sempre in piena integrazione con MMG e IFeC e con gli altri servizi della rete integrata per la salute mentale. A questo livello si svolgono anche le attività di prevenzione, promozione della salute e partecipazione locale. Nell'ambito dell'assistenza territoriale si collocano infatti anche le collaborazioni con il Terzo settore per i percorsi di assistenza territoriale con Budget di Salute, i servizi semiresidenziali e domiciliari, i progetti integrati socio-sanitari, la collaborazione con le scuole ed il mondo del lavoro ecc..

L'organizzazione dipartimentale prevede un'articolazione integrata dei servizi gestiti direttamente, sia dal punto di vista clinico che organizzativo, infatti è a questo livello che si colloca l'assistenza ospedaliera, si gestisce la rete residenziale pubblica e privata, si gestiscono i programmi speciali (autismo, percorsi forensi ed assistenza nelle carceri, percorsi sulla disabilità intellettiva, popolazioni vulnerabili ecc..) al fine di dare continuità ai programmi terapeutici. Questo modello "transmurale" integra l'assistenza sanitaria (ospedaliera e territoriale) con quella socio-sanitaria coinvolgendo nel processo di cura gli Enti Locali e tutte le altre aree del Distretto.

Possono essere genericamente ricondotti ai servizi per la salute mentale anche tutti i servizi di psicologia. In particolare, tali servizi sono finalizzati a:

- garantire la salute e il benessere psicologico individuale e collettivo;
- assicurare le prestazioni psicologiche, anche domiciliari, ai cittadini e agli operatori sanitari;
- ottimizzare e razionalizzare le risorse professionali degli psicologi dipendenti e convenzionati;
- garantire le attività previste dai livelli essenziali di assistenza.

Secondo quanto indicato nella normativa vigente, le aziende sanitarie e gli altri enti del Servizio sanitario nazionale possono organizzare l'attività degli psicologi in un'unica funzione aziendale.

14. SERVIZI PER LA SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO

Il Consultorio Familiare è la struttura aziendale a libero accesso e gratuita, deputata alla prevenzione, 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.

- 1 Consultorio ogni 100.000 con possibilità di svolgere l'attività consultoriale programmata nelle Case della Comunità *hub*.

Il Consultorio Familiare (CF) offre servizi per la gestione, fisiologica e problematica, della gravidanza, della genitorialità, del puerperio; risponde alle richieste di interruzione volontaria della gravidanza (IVG) e alle richieste di aiuto nella gestione delle relazionali affettive, sessuali e intra familiari del singolo, della coppia o dell'intero nucleo familiare.

L'assistenza ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie è spesso integrata da interventi sociali a titolarità comunale, e dalla collaborazione con la rete dei servizi socio-sanitari e sanitari, in relazione al bisogno socio-assistenziale emerso dalla valutazione multi professionale e multidisciplinare effettuata dall'équipe consultoriale. Caratteristica fondamentale del CF, tuttavia, è quella di saper integrare la valutazione dei professionisti sanitari con la voce dell'utente dei servizi: al centro del CF infatti vi è la sua vocazione a favorire l'autodeterminazione della donna.

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; in particolare, possiamo identificare tre livelli di integrazione, propri del CF:

- al suo interno in quanto opera, sin dalla sua istituzione, in équipe multiprofessionali ed è aperto alla valorizzazione dell'utente (individuo, famiglia e comunità) come risorsa nel processo di produzione del benessere; è questa la forma di integrazione che garantisce l'analisi globale delle istanze dell'individuo, prima ancora che la sua presa in carico globale e l'attivazione di risposte ai suoi bisogni;
- all'interno del sistema sanitario in quanto opera in stretta connessione con i servizi di assistenza ospedaliera e con le altre articolazioni dell'assistenza territoriali, sia di base (es. pediatri di libera scelta, psicologi delle cure primarie) che specialistici (es. dipartimenti di salute mentale e dipendenze, specialisti ambulatoriali, servizi di riabilitazione);
- nel contesto 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).

L'approccio multidisciplinare tipico delle équipe consultoriali è portato, naturalmente, anche al di fuori di esso e deve essere garantito in coerenza con i fabbisogni di salute e strutturato con un modello di Rete.

L'area materno infantile è di per sé multidisciplinare, insiste con diversi ambiti specialistici, su una ben identificata fascia d'età e su aspetti peculiari della salute della donna più globalmente intesa e considerata nell'arco dell'intera vita, a tutela della salute dell'età evolutiva e dell'adolescenza e delle relazioni di coppia e familiari. Il CF opera all'interno della Rete Materno Infantile (RMI), la quale dovrà essere a matrice tra componente aziendale territoriale e componente ospedaliera, funzionale in modo integrato e orientata alla realizzazione di obiettivi comuni.

Gli obiettivi del CF devono essere attribuiti, in accordo con i Direttori dei Distretti socio-sanitari – 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 RMI.

Il sistema dei CF è diffuso in modo capillare nei territori delle Regioni e costituisce uno degli strumenti più importanti delle politiche regionali di sostegno all’individuo, alla coppia, alla famiglia e genitorialità. Gli interventi offerti da questo nodo della RMI si sviluppano dalla prevenzione e promozione della salute ai percorsi diagnostico terapeutici per specifiche condizioni di interesse sanitario. Gli interventi sono erogati tramite équipe multiprofessionali connotate da modelli di lavoro integrato.

Tre sono i pilastri dell’attività consultoriale:

- salute della donna;
- adolescenti/giovani;
- famiglia/coppia e adozioni.

Dal punto di vista logistico, i consultori possono avere sede presso le Case della Comunità, preferibilmente con accesso separato, che deve essere sempre garantito per i servizi dedicati ad accogliere la domanda di disagio giovanile e di aiuto in casi di maltrattamenti e violenza, ai quali deve essere garantita una sede che assicuri la privacy e favorisca l’avvicinamento dell’utenza, soprattutto nelle zone rurali.

Tutte le sedi dei CF dovranno essere dotate di locali e spazi adeguati alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate.

Le figure professionali che costituiscono l’équipe consultoriale sono: ginecologo, psicologo, assistente sociale, ostetrica e altro personale sanitario, educatore professionale con funzioni socio-sanitarie, personale amministrativo, ed altre figure quali ad esempio il mediatore linguistico culturale, il mediatore familiare, l’assistente sanitario, l’avvocato.

15. SERVIZI PER LE ATTIVITÀ DI PROMOZIONE E PREVENZIONE 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 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.

Nell'ambito, in particolare, 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, multiprofessionale, 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 del Profilo di salute ed equità, strumento essenziale per compiere una corretta analisi dello scenario e dunque per la definizione di bisogni e priorità di intervento;
- cultura e pratica di prevenzione ancorate alle prove di efficacia (*efficacy ed effectiveness*), equità e sostenibilità;
- *approccio sistemico*, anche al fine di favorire l'integrazione del DP con il Distretto e gli altri livelli di assistenza e il coinvolgimento di tutti i settori della comunità come risorse;
- *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 nel cittadino, di trasparenza e credibilità del DP;
- *qualità* ovvero valutazione dei processi e degli esiti delle azioni rispetto agli obiettivi fissati al fine di innescare meccanismi di revisione e miglioramento continuo della appropriatezza e qualità professionale, tecnologica, relazionale;
- *formazione* degli operatori affinché assimilino gli 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) e lo orientino alla collaborazione e alla trasversalità;
- *valorizzazione dell'epidemiologia e uso dei dati* (sistemi di sorveglianza di popolazione), come strumento di governance del processo, 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 del cittadino (*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.

16. SISTEMI INFORMATIVI E STANDARD DI QUALITÀ

Risulta prioritario sviluppare centralmente competenze per lo sviluppo e l'alimentazione del sistema informativo, che ricomprenda dati sanitari, socio-sanitari 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 socio-sanitari 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.

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 del cittadino/paziente e dei caregiver;

d) formazione continua e interprofessionale del personale.

17. LA TELEMEDICINA

La Telemedicina è una modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria, tramite il ricorso a tecnologie innovative, in particolare alle *Information and Communication Technologies* (ICT), in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente (o due professionisti) non si trovano nella stessa località.

La Telemedicina, quindi, come modalità di erogazione di una prestazione sanitaria a distanza, comporta la trasmissione sicura di informazioni e dati di carattere medico nella forma di testi, suoni, immagini o altre forme necessarie per la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e il successivo controllo dei pazienti. I servizi di Telemedicina vanno assimilati a qualunque servizio sanitario diagnostico/terapeutico. Tuttavia la prestazione in Telemedicina non sostituisce la prestazione sanitaria tradizionale nel rapporto personale medico-paziente, ma la integra per migliorare efficacia, efficienza e appropriatezza. La Telemedicina deve rispettare tutti i diritti e gli obblighi propri di qualsiasi atto sanitario.

L'uso di strumenti digitali e di elaborazione dei dati riveste un ruolo centrale nello sviluppo dei servizi e nell'erogazione di prestazioni di telemedicina, anche attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione.

L'attivazione degli strumenti di telemedicina, quali la televisita, il teleconsulto medico, la teleconsulenza medico sanitaria, la teleassistenza, la telerefertazione o la teleriabilitazione, costituiscono, quindi, una reale opportunità di strutturazione di modelli di gestione integrati, in grado di rispondere sia alle necessità di sistema sia, in un'ottica di medicina d'iniziativa, a quelle individuali del singolo assistito, così come previsto anche dal "Patto per la Salute 2019-2021", con particolare riferimento alla gestione della cronicità.

Il Piano Nazionale della Cronicità, infatti, afferma l'importanza dell'uso delle tecnologie della sanità digitale, e in particolare la telemedicina e la teleassistenza, per favorire i processi di presa in carico del paziente cronico, consentendo una migliore gestione domiciliare della persona.

Inoltre, al fine di garantire le disposizioni previste dal DPCM del 12 Gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, di cui all'art. 1, comma 7, del DL 502/1992", che, nell'ambito dei percorsi assistenziali integrati e assistenza territoriale, afferma la necessità di privilegiare gli interventi che favoriscano la permanenza delle persone assistite al proprio domicilio, si rende necessario coniugare soluzioni tecnologiche con i bisogni di salute del paziente, tramite l'utilizzo di modelli innovativi quali la teleassistenza domiciliare, il teleconsulto specialistico, il telemonitoraggio medicale, la telesorveglianza e il telecontrollo.

Responsabilità

La responsabilità professionale delle prestazioni erogate in telemedicina è in capo al medico, deputato a individuare gli strumenti più idonei per il singolo paziente, in un'ottica di proporzionalità, appropriatezza, efficacia e sicurezza, nel pieno rispetto dei diritti della persona.

D'altro canto, affinché possa essere attivato il servizio di telemedicina, è necessaria una preventiva adesione da parte dell'assistito, che si rende disponibile al contatto telematico, all'interazione documentale e informativa con il sanitario e ad accedere al sistema di comunicazione remota secondo le normative vigenti in tema di privacy e sicurezza.

Requisiti minimi

Così come indicato dall'Accordo Stato-Regioni, del 17 Dicembre 2020, riportante "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina", per realizzare un servizio in grado di offrire prestazioni sanitarie a distanza, devono essere verificati i seguenti requisiti minimi:

- Presenza di una rete di collegamento sempre disponibile tra medici e pazienti;
- Possibilità di accesso ad un portale web dedicato, a cui i medici fanno riferimento per gestire i pazienti loro assegnati;
- Creazione di un'interfaccia per i pazienti semplice ed intuitiva, che permetta un login con verifica dell'identità;
- Compatibilità con il GDPR per il trattamento dei dati personali sensibili;
- Possibilità per operatori e pazienti di potersi connettere al sistema con qualsiasi dispositivo o strumento digitale a disposizione;
- Certificazione dell'hardware e del software, come dispositivi medici, idonei alla tipologia di prestazioni che si intendono effettuare in telemedicina.

Le attività di telemedicina sono gestite dalla COT, quale centro di coordinamento tecnico.

Laddove il paziente fosse impossibilitato ad accedere al servizio di telemedicina, le prestazioni di cui necessita dovranno essere garantite presso le strutture territoriali dell'azienda sanitaria di riferimento, quali la Casa della Comunità, dove, tramite il supporto dell'infermiere di comunità, potrà essere assicurata anche la fruizione a distanza.

Standard di servizio

Alla luce dei requisiti definiti dal medesimo accordo Stato Regioni, del 17 dicembre 2020, si individuano i seguenti standard di servizio:

- Crittografare tutti i trasferimenti di voce, video, immagini, file, per garantirne privacy e sicurezza.
- Designare un responsabile sanitario, che assicuri l'organizzazione tecnico-sanitaria e la sussistenza dei requisiti minimi prestazionali per le attività cliniche erogate in telemedicina.
- Adottare procedure per il recupero, la sanificazione e il ricondizionamento di tecnologie, provenienti dal domicilio di un paziente destinate al riuso con altri utenti.
- Adottare un piano formativo per l'addestramento degli utilizzatori: pazienti, caregiver e operatori sanitari, sull'uso delle tecnologie impiegate.
- Formare il personale, perché possieda le opportune qualifiche, conoscenze e competenze per l'erogazione di prestazioni in telemedicina, assicurando anche un piano di formazione ed aggiornamento periodico adeguato.
- Adottare una procedura, che assicuri l'idonea e preventiva informativa al cittadino sull'esecuzione delle prestazioni a distanza.
- Assicurare all'utente la possibilità di accedere e consultare i propri dati acquisiti, gestiti e archiviati nell'ambito dei servizi erogati in telemedicina, attraverso le infrastrutture regionali del FSE.
- Adottare politiche per la tutela della sicurezza, riservatezza, conservazione ed integrità dei dati, conformemente alle direttive comunitarie e alle norme tecniche di riferimento inerenti la privacy e la sicurezza delle informazioni.
- Identificare un responsabile per la privacy e la protezione dei dati a livello locale.

- Garantire la tracciabilità delle attività di manutenzione, collaudi e controlli di sicurezza per le tecnologie hardware e software in uso.
- Adottare sistemi per la *cyber security*.
- Adottare un piano per la valutazione dei rischi, commisurato alla tipologia dei servizi forniti.

18. BIBLIOGRAFIA

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. Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n.305 del 30-12-1992 - Supplemento Ordinario n. 137.

Decreto legislativo n° 229 del 19 giugno 1999. Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419. Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 165 del 16 luglio 1999 - Supplemento Ordinario n. 132.

Decreto Legge 34/2020, c.d. Decreto Rilancio del 19 maggio 2020. Convertito nella legge n. 77/2020 il 17 luglio 2020.

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. Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale Serie Generale n.65 del 18/03/2017 - Supplemento Ordinario n. 15.

Conferenza Stato-Regioni del 17/09/2020 Accordo n. 3909. Infermiere di famiglia e di comunità: linee di indirizzo.

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

Conferenza Stato-Regioni del 25 luglio 2012. Intesa di 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.

Progetto Obiettivo Materno Infantile P.O.M.I., approvato con Decreto Ministeriale del 24 aprile 2000. Adozione del progetto obiettivo materno-infantile relativo al "Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000". Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale Serie Generale n.131 del 07-06-2000 - Supplemento Ordinario n. 89.

Centro Collaboratore dell'OMS per la Ricerca e la Formazione (WHO Collaborating Centre for Research and Training), Dipartimento di Salute Mentale, A.A.S. n.1 Triestina. Piano d'azione per la salute mentale 2013-2020. Traduzione italiana del volume Mental Health Action Plan 2013-2020. World Health Organization, 2013.

Legge 176 del 18 dicembre 2020. 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. Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale Serie Generale n.319 del 24-12-2020 - Supplemento Ordinario n. 43.

Decisione 2007/116/CE del 15 febbraio 2007 che riserva l'arco di numerazione nazionale che inizia con 116 a numeri armonizzati destinati a servizi armonizzati a valenza sociale.

Conferenza Stato-Regioni del 07/02/2013 Accordo n. 46. “Linee guida di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale”.

Conferenza Stato-Regioni del 24/11/2016. Accordo n. 221. Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del numero europeo armonizzato a valenza sociale 116/117.

Conferenza Stato-Regioni del 20 Febbraio 2020 Intesa n. 3782. Requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell’Ospedale di Comunità.

Conferenza Stato-Regioni del 20 Febbraio 2014 Intesa n. 16. Telemedicina, linee d’indirizzo nazionali.

Conferenza Stato-Regioni del 15/09/2016 Accordo n.160. Piano Nazionale della Cronicità.

Conferenza Stato-Regioni del 17/09/2020 Accordo n. 3969. Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina.