

INDICE

1. INTRODUZIONE	4
2. IL SISTEMA SANITARIO ITALIANO: CENNI STORIOGRAFICI E CONTESTO IN CUI SI INCERISCE IL DECRETO 77/2022	7
2.1 La Costituzione	7
2.2 - DM 833/78. La prima grande riforma sanitaria e istituzione del Servizio Sanitario Nazionale	8
2.3 - Limiti e critiche al DM 833/78	10
2.4 - DL 502/92 e DL 517/93. La seconda Riforma “De Lorenzo”	10
2.5 - La legge 229/99. Riforma “Bindi” o riforma ter	13
2.6 - Il Decreto legislativo n. 517/1999. Rapporti tra SSN e Università	15
2.7 - Il Decreto legislativo n. 254/2000	15
2.8 - Il nuovo Titolo V della Costituzione	16
3. LE STRUTTURE DEL SSN	17
3.1 - Dalle USL si è passati alle ASL. L’evoluzione dell’Azienda Sanitaria Locale	17
3.2 - I presidi ospedalieri	19
3.3 - Le Aziende ospedaliere	19
3.4 - Continuità ospedale-territorio: l’Ospedale di comunità	21
3.5 - I Policlinici universitari e le Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU)	22
4. COVID E PNRR	22
5. DM 77/2022	26

5.1 – Il distretto sanitario	26
5.2 - Il nuovo Punto unico di accesso (PUA)	37
5.2.1 - Il personale dei PUA	40
5.3 – Le Case di Comunità	41
5.3.1 - Il personale delle Case di Comunità	45
5.4 – Gli Ospedali di Comunità	47
5.4.1 - Posti letto	48
5.4.2 – Il personale	53
5.5 – Le centrali operative territoriali (COT)	55
5.5.1 – Standard	56
5.5.2 - Il personale delle COT	57
5.6 – L’Infermiere di Famiglia o Comunità	59
5.7 – Telemedicina	64
6. NUOVI AMBITI ED OPPORTUNITA’ PER LO SVILUPPO DELLE PROFESSIONI SANITARIE ...	67
6.1 - Nuova strategia di organizzazione del lavoro: la <i>skill-mix</i>	69
7. RIFLESSIONE SUGLI AMBITI DI SVILUPPO DELLE PROFESSIONI SANITARIE ALL’INTERNO DELLE CASE DI COMUNITA’	74
8. RIFLESSIONE SUGLI AMBITI DI SVILUPPO DELLE PROFESSIONI SANITARIE NELL’ASSISTENZA TERRITORIALE DOMICILIARE	78
9. RIFLESSIONE SULLA TELEMEDICINA	80
9.1 - Motivazioni e benefici della Telemedicina	82
9.2 - Finalità della Telemedicina	85

9.3 - Le prestazioni di Telemedicina	87
9.4 – Formazione	88
10. CONCLUSIONI	89
11. BIBLIOGRAFIA	92
12. RINGRAZIAMENTI	94

1 - INTRODUZIONE

Con il recente Decreto Ministeriale 77, emanato il 23 maggio 2022, il Ministero della Salute introduce il “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”.

Si tratta di un atto molto importante ed atteso perché:

1. Vengono forniti degli standard per l’assistenza territoriale che costituiscono sia degli indispensabili punti di riferimento, dando finalmente la giusta importanza all’assistenza territoriale fortemente in difficoltà in questi ultimi anni;
2. Vengono introdotti dei modelli organizzativi ed assistenziali nuovi come le Case della Comunità;
3. Viene indicato il contesto organizzativo e professionale entro il quale si sviluppano gli investimenti del PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza);
4. Attorno all’attuazione di questo atto dovrebbe svilupparsi la riorganizzazione e il rilancio dell’assistenza territoriale.

Il D.M. 77/2022 assegna grandi potenzialità all’assistenza territoriale, ma contiene anche grandi sfide da affrontare, soprattutto nella fase attuativa che viene affidata alle Regioni, alle Aziende Sanitarie e, per qualche aspetto (PUA, Consultori, UVMD, ecc.), anche ai Comuni.

Anche la dimensione temporale assume una grande importanza perché le regioni sono chiamate a completare il nuovo assetto entro il 2026, l’anno della conclusione degli interventi del PNRR e non sarà facile per nessuno garantire tempi di costruzione e di riorganizzazione così stringenti. Ci sono due processi che in questo caso marcano in concomitanza e che sono destinati ad incontrarsi: da una parte la realizzazione di una serie di investimenti, nelle case della comunità, negli ospedali di comunità, nelle Centrali operative territoriali e nella telemedicina e dall’altra un processo di reperimento di risorse gestionali, soprattutto quelle riguardanti il personale sanitario e di riorganizzazione dei servizi che devono farsi trovare pronti all’appuntamento. Il processo di cambiamento del mondo sanitario era già stato innescato con il DM 70/2015 e in ultima revisione, mediante l’elaborazione di un “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera” dove erano state poste le basi per l’ottimizzazione di assistenza e gestione dei pazienti all’interno degli ospedali e in cui

venivano stabiliti gli standard sulla quantità di posti letto e ricoveri disponibili rispetto al numero di abitanti.

Tuttavia, da quando il DM 70/2015 ha iniziato ad essere applicato, ci si è resi conto che per facilitare il non scontato raggiungimento degli obiettivi quali-quantitativi dell'assistenza ospedaliera stabiliti nel Decreto stesso, era necessario concepire un nuovo modello di assistenza territoriale che rendesse più concreto e fattivo il supporto assistenziale alla rete ospedaliera.

È così che, a seguito della delibera del 21 aprile 2022 (pubblicata a maggio) del Consiglio dei Ministri, il 22 giugno 2022 venne pubblicato sulla Gazzata Ufficiale n.144 il Decreto Ministeriale 77 con cui, superando la mancata intesa sul provvedimento Stato Regioni, si è dato il via al nuovo modello di organizzazione territoriale. L'intento del Decreto è l'istituzione di un livello di assistenza intermedio tra la degenza ospedaliera e quella domiciliare o in RSA creando una rete territoriale capillare che fornisce una sorta di "zona cuscinetto" per poter gestire al meglio il paziente durante tutte le fasi della degenza fino al rientro presso il proprio domicilio o verso l'internamento presso una lunga degenza (RSA).

Negli ultimi 50 anni l'invecchiamento della popolazione italiana è stato uno dei più rapidi tra i Paesi maggiormente sviluppati e si stima che nel 2050 la quota di ultra-65enni ammonterà al 35,9% della popolazione totale, con un'attesa di vita media pari a 82,5 anni (79,5 per gli uomini e 85,6 per le donne). Da un lato l'aumento della longevità rappresenta indubbiamente una grande conquista, in quanto testimonia il crescente miglioramento delle condizioni di vita e i progressi della medicina, portandoci a riconsiderare concettualmente il paradigma stesso dell'invecchiamento. D'altro canto nel breve/medio termine potrebbe trasformarsi in una minaccia per l'intera struttura assistenziale e di welfare. Da qui la necessità di una rinnovata capacità di programmazione e attuazione di opportuni, sistematici e urgenti interventi di politica sanitaria che investano la strutturazione stessa dell'assistenza sanitaria e la ricerca. L'espandersi delle patologie cronicodegenerative sta infatti sensibilmente accrescendo il numero di prestazioni sanitarie ed il numero di degenze, sia brevi che a lungo termine ed è proprio per questo che si è resa necessaria l'attivazione di apposite politiche sociali i cui nuovi modelli di gestione, integrati nell'attuale sistema sanitario, vadano incontro alle specifiche esigenze di ogni paziente.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e il Decreto Ministeriale 77/2022, come vedremo, rappresentano l'opportunità per ridefinire il modello di assistenza territoriale con l'obiettivo di

garantire migliori condizioni possibili di equità di accesso alle cure, tempestività e qualità degli interventi creando risposte unitarie, coordinate e continuative, soddisfacendo i bisogni delle persone e dell'insieme della popolazione, ovvero delle comunità.

La missione 6 del PNRR contiene tutti gli interventi a titolarità del Ministero della Salute, suddivisi in due componenti.

M6C1 – Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale

1. Case della Comunità e presa in carico della persona.
2. Casa come primo luogo di cura e telemedicina:
 - a. casa come primo luogo di cura (ADI);
 - b. implementazione delle Centrali Operative Territoriali (COT);
 - c. telemedicina per migliore supporto e gestione dei pazienti cronici.
3. Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)

M6C2 – Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario

1. Aggiornamento tecnologico e digitale;
2. Formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico.

Spetterà ad AGENAS (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali), quale tramite per il Ministero della Salute, l'attuazione degli interventi relativi alla M6C1 (reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale con Casa di Comunità) ed è proprio in tale ambito che l'introduzione di nuove figure professionali potranno inserirsi nel nuovo contesto di assistenza territoriale, diventando attori essenziali di una sanità d'iniziativa volta al soddisfacimento delle esigenze di ogni singolo paziente.

In questo elaborato vedremo come, attraverso le riforme del SSN ed il succedersi negli anni di vari eventi, si sia arrivati a concepire il DM 77/2022, come questo atto vada ad integrarsi nel complesso di norme che regola il sistema sanitario nazionale e come andrà ad agire sul territorio nazionale, creando un terreno fertile di sviluppo per gli operatori sanitari e le loro rispettive professioni, ampliandone gli orizzonti e i confini.

2 - IL SISTEMA SANITARIO ITALIANO: CENNI STORIOGRAFICI E CONTESTO IN CUI SI INCERISCE IL DECRETO 77/2022

2.1 - La Costituzione

Il 2 giugno 1946 nasce la Repubblica Italiana e la relativa Costituzione entra in vigore il 1° gennaio 1948. Nella Costituzione italiana, composta da 139 articoli, sono due quelli che trattano materia sanitaria: il 32 e il 117. L'oggetto cardine dell'articolo 32 è il diritto alla salute, unico diritto per il quale la Carta riserva l'aggettivo "fondamentale". L'articolo farà da caposaldo e principio ispiratore alle future leggi in materia di sanità:

“La Repubblica Italiana tutela la salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”.

L'articolo 117 tratta invece delle rispettive potestà legislative di Stato e Regioni

“La potestà legislativa è esercitata dallo Stato e dalle Regioni nel rispetto della Costituzione, nonché dei vincoli derivanti dall'ordinamento comunitario e dagli obblighi internazionali. [...] Sono materie di legislazione concorrente quelle relative a: [...]; tutela della salute; [...]Spetta alle Regioni la potestà legislativa in riferimento ad ogni materia non espressamente riservata alla legislazione dello Stato. [...]”.

Ciò significa che nelle materie di legislazione concorrente, tra cui la tutela della salute, spetta alle Regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato. Le Regioni saranno pertanto il fulcro del Sistema Sanitario Nazionale, visto che attueranno quel decentramento decisionale ed organizzativo che porterà ad una migliore efficacia ed efficienza del sistema sanitario oltre che ad una copertura più estesa, in termini quantitativi, della popolazione.

2.2 - DM 833/78. La prima grande riforma sanitaria e istituzione del Servizio Sanitario Nazionale

Le basi amministrative e organizzative dell'attuale sistema sanitario (tutela della salute, igiene pubblica, assistenza sociale) sono state poste con l'istituzione del moderno Servizio Sanitario Nazionale (SSN) partorito dalla legge 23 dicembre 1978 n. 833.

Il nuovo ordinamento scardinava completamente l'allora vigente sistema mutualistico e ne decretava la fine: per apprezzarne la portata bisogna considerare che all'epoca le funzioni e gli istituti assistenziali erano ripartiti tra 13 organismi ministeriali, che l'apparato mutualistico per l'assistenza previdenziale e sanitaria si era esteso con un intreccio fittissimo di istituti nazionali ed anche locali, che la rete ospedaliera comprendeva 2.444 enti con più di 400.000 posti letto ed un movimento di oltre 4 milioni di degenti per anno.

Il principio ispiratore della Legge 833/1978 era il voler garantire a tutti i cittadini omogeneità e uguaglianza qualitativa dei servizi erogati. Gli obiettivi principali sono la rivalutazione della prevenzione e il recupero della salute fisica e psichica (cura e riabilitazione) di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali e sociali, in ossequio al principio già espresso nell'articolo 32 della carta costituzionale.

Gli aspetti fondamentali e caratterizzanti del neonato SSN erano:

- l'affidamento della gestione della Sanità non solo allo Stato ma anche alle Regioni e agli Enti locali;
- l'istituzione delle Unità Sanitarie Locali (USL) che gestiscono gli ospedali e tutti i servizi su base territoriale;
- la suddivisione del territorio di ogni USL in Distretti sanitari di base, allo scopo di potenziare l'assistenza sanitaria di primo livello;
- la possibilità per le strutture private di erogare servizi sanitari gratuiti, purché convenzionate.
- il riordino dell'apparato amministrativo-gestionale e la distribuzione delle risorse.

Uno dei principi ispiratori della Riforma Sanitaria è che la spesa debba essere proporzionata alla disponibilità di risorse e non possa rapportarsi unicamente all'entità dei bisogni. Assume quindi un

ruolo centrale il concetto di efficienza nell'erogazione delle prestazioni, cioè il raggiungimento dell'obiettivo utilizzando il minimo delle risorse. Il finanziamento del SSN viene assicurato attraverso l'istituzione del Fondo Sanitario Nazionale. Il Fondo viene ripartito tra le Regioni, che a loro volta ripartiscono le risorse tra le varie USL.

Dal punto di vista istituzionale il SSN sarà riordinato e articolato su tre livelli:

- livello nazionale

composto a sua volta da:

- organi di indirizzo: Parlamento, Consiglio dei Ministri, Ministero della Sanità, Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica (CIPE);
- organi ausiliari tecnico-scientifici, con funzioni di proposta, di studio, di consultazione e di amministrazione attiva: Consiglio Sanitario Nazionale (CSN), ISS, Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro (ISPESL);

- livello regionale:

per l'esercizio delle funzioni legislative in materia di assistenza sanitaria (soprattutto sul piano organizzativo) rispettando i principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato e per l'espletamento di funzioni amministrative proprie o delegate dallo Stato;

- livello locale:

Comuni, USL e Distretti sanitari di base.

Come già sottolineato, un altro aspetto nodale su cui si basa la Legge 833/1978 è l'istituzione delle USL. L'Unità Sanitaria Locale può essere definita come l'insieme delle strutture che, in un territorio, si occupano di produrre i servizi sanitari necessari al cittadino. L'USL è organizzata su tre livelli: l'Assemblea Generale, il Comitato di Gestione e il Presidente. È a questo livello che può esplicarsi la partecipazione diretta dei cittadini alla programmazione e gestione per mezzo di organismi istituzionali (partiti, sindacati, comitati, ecc.) o informali (associazioni, gruppi spontanei o di pressione, ecc.).

Nei suoi aspetti essenziali si può affermare che questo sistema, essendo razionale ed organico, è organizzato secondo una logica unitaria, ma altrettanto differenziato nelle sue componenti, e

pertanto le competenze appartengono, in una scala di responsabilità, allo stato, alle regioni, agli enti locali territoriali (Comuni singoli o associati, province, comunità montane) ed ai cittadini che possono partecipare o inserirsi nella programmazione, nella gestione e nel controllo dei servizi.

2.3 - Limiti e critiche al DM 833/78

La legge 833 ha indubbiamente avuto il grande merito di concepire un sistema sanitario omogeneo e universale, ma ha subito forti limitazioni in fase attuativa. Sarebbero stati necessari ulteriori adempimenti da parte di tutti i livelli coinvolti (Stato, Regioni ed Enti locali) atti a modulare ancor di più un sistema che allora risultò essere fondamentalmente incentrato sull'ospedale e non in grado di interagire con i Consultori, i medici di medicina generale, e tutte le strutture presenti sul territorio. La riforma avrebbe dovuto consentire il contenimento del debito pubblico attraverso un sistema che tenesse conto del principio dell'efficacia. In realtà l'ospedale ha continuato a rappresentare per il cittadino il "luogo della salute" e il sistema di risanamento del debito prodotto dalle USL, non ha limitato gli sprechi. Si succedettero Piani Sanitari Nazionali mai approvati, Piani Sanitari Regionali redatti in ritardo, livelli uniformi di assistenza mai determinati. Il Fondo Sanitario Nazionale, posto alla base della programmazione economica, era incerto nel suo stesso ammontare, che avrebbe dovuto essere calcolato annualmente in base al concetto di "spesa storica" riguardante l'anno precedente, ma non è stato mai definito con precisione.

2.4 - DL 502/92 e DL 517/93. La seconda Riforma "De Lorenzo"

Al fine di eliminare talune aberrazioni del sistema, negli anni successivi furono emanate specifiche leggi di "aggiustamento" della 833. A titolo di esempio si ricorda il Decreto Legge n°382/89 che ha portato all'introduzione del ticket. Tuttavia a causa del perdurare di numerose distorsioni da un lato e della domanda crescente di tutela della salute dall'altro, la spesa corrente per il funzionamento del SSN triplicò il proprio bilancio nel giro di pochi anni, contribuendo (anche se non prioritariamente) all'incremento esponenziale del debito pubblico.

La congiuntura rese quindi cogente la necessità di rivedere gli snodi fondamentali della spesa pubblica; a fine 1992 nell'ambito dell'imponente manovra finanziaria, fu emanata una Legge

delega (Legge 421/1992) che aveva come obiettivo prioritario la riforma della previdenza, della finanza locale, della funzione pubblica e della sanità. La riforma della sanità è stata realizzata dal Governo con il Decreto Legislativo 502 del 30 dicembre 1992 (*“Riordino della disciplina in materia sanitaria”*) a firma del Ministro De Lorenzo e, insieme alle modifiche introdotte l’anno successivo (DL 517/1993), può essere considerata la seconda riforma sanitaria italiana. Poiché operò una revisione estremamente profonda della legge 833, fu definita anche la “riforma della riforma”.

I principi fondamentali di "globalità" ed "universalità" del diritto alla tutela della salute sanciti con la legge 833/78, non sono stati messi in discussione con le norme di razionalizzazione introdotte con i Decreti Legislativi 502/92 e 517/93, che, nondimeno, modificano profondamente la natura giuridica delle USL, la loro "territorializzazione", le loro competenze in riferimento alla materia socio-assistenziale, l’impianto organizzativo, le modalità di finanziamento.

I punti principali del DL.vo 502/1992 e successive modifiche hanno riguardato:

1. La costituzione delle USL in Aziende (Aziende Sanitarie Locali o ASL) e Aziende Ospedaliere, cioè aziende a tutela della salute con finalità pubbliche, dotate di personalità giuridica, di autonomia amministrativa ed economica e condotte da manager, che avranno da un lato la possibilità di gestire e coordinare con autonomia l’attività, nell’ambito delle linee essenziali tracciate dagli organi pubblici, dall’altro la responsabilità per gli obiettivi pianificati e per la gestione delle risorse assegnategli;
2. La riduzione, sentite le Province interessate, del numero di USL, prevedendo per ciascuna un ambito territoriale coincidente di norma con quello della Provincia;
3. Il finanziamento derivato dal pagamento delle prestazioni erogate, sulla base di tariffe definite dalle singole Regioni;
4. La possibilità, per i grandi ospedali, di costituirsi in aziende, autonome dalle ASL;
5. L’istituzione delle figure del Direttore generale, del Direttore sanitario aziendale e del Direttore amministrativo; il Direttore generale, a cui compete la corretta ed economica gestione delle risorse attribuite e riscosse, nonché l’imparzialità e il buon andamento dell’azione amministrativa, viene eletto dalla Regione e deve avere requisiti di professionalità e di età; il Direttore sanitario

aziendale e il Direttore amministrativo sono nominati dal Direttore generale e sono responsabili rispettivamente della gestione dei servizi sanitari e della gestione dei servizi amministrativi;

6. La creazione della dirigenza del ruolo sanitario articolata in due livelli: il primo, che unifica le vecchie figure degli assistenti e degli aiuti e il secondo (gli ex primari) di nomina quinquennale;

7. L'introduzione del sistema dell'accreditamento delle strutture sanitarie correlato al diritto di libera scelta del cittadino nell'ambito delle strutture pubbliche e private dotate dei prescritti requisiti;

8. L'adozione del metodo della verifica e revisione della qualità e della quantità delle prestazioni, nonché del loro costo e della tenuta di una contabilità analitica che consenta l'analisi comparativa dei costi, dei risultati e dei rendimenti;

9. L'istituzione dei Dipartimenti di prevenzione cui vengono affidate le prestazioni di igiene e sanità pubblica, prevenzione e sicurezza in ambienti di lavoro, igiene degli alimenti e della nutrizione.

Le Regioni hanno così ridefinito i confini delle USL, riducendole di numero e trasformandole in

Aziende con a capo un Direttore generale e hanno identificato gli ospedali di rilievo nazionale e

di specializzazione, da trasformare a loro volta in Aziende ospedaliere con sistemi di gestione analoghi a quelli delle Aziende USL. Le Aziende sanitarie hanno dovuto organizzare la struttura gestionale in base al nuovo sistema di finanziamento, con pagamento a prestazione erogata (DRG/ROD) e non più "a piè di lista".

C'è da sottolineare che, nei successivi cinque anni, questa seconda riforma ha avuto attuazione solo in parte, a causa di una serie di difficoltà determinate da provvedimenti di carattere finanziario e occupazionale inseriti nelle varie leggi finanziarie.

Dopo le elezioni politiche dell'aprile del 1996, il Dicastero è stato affidato all'onorevole Rosy Bindi che ha reso possibile la terza riforma sanitaria.

2.5 - La legge 229/99. Riforma “Bindi” o riforma ter

La prima stesura di questa legge, che ha vissuto una fase di gestazione assai travagliata a causa di contrasti di natura politica, amministrativa e sindacale, è avvenuta ben prima della sua promulgazione.

Anche nel caso della cosiddetta “Riforma Bindi”, come era già avvenuto nel 1992 in occasione dell’approvazione della seconda riforma sanitaria, il Ministero della Sanità ha seguito l’iter di presentazione al Parlamento di un disegno di legge delega. Questo meccanismo legislativo prevede il varo di una legge delega da parte del Parlamento, contenente i criteri direttivi di uno o più provvedimenti ad hoc (i decreti legislativi o decreti delegati) che il Governo può emanare entro un lasso di tempo specificato e per oggetti definiti nella legge delega stessa. Dopo l’emanazione da parte del Presidente della Repubblica, i decreti legislativi approvati dal Governo diventano, a tutti gli effetti, leggi dello Stato.

È dell’ottobre 1997 la presentazione del disegno di legge delega *“Delega al governo per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale e per l’adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del servizio sanitario nazionale”*, ma, come sopra anticipato l’iter parlamentare del disegno di legge delega è stato molto tormentato. Soprattutto una forte mobilitazione di molti operatori del SSN, preoccupati che talune norme avrebbero potuto mutare le caratteristiche e le condizioni della professione medica e la gestione delle Aziende sanitarie, unitamente ad una vivace opposizione parlamentare contro specifici intenti normativi (abbassamento dell’età pensionabile, esclusività di rapporto, ostacoli alla libera concorrenza delle strutture private con quelle pubbliche, introduzione di una dirigenza del ruolo sanitario prevalentemente a contenuto gestionale), in parte emendati nelle revisioni successive, hanno fatto ritardare l’approvazione finale del provvedimento al 30 novembre del 1998 (Legge delega 419/98).

Infine, a causa di una intercorsa crisi di Governo (che tuttavia ha visto l’On. Rosy Bindi riconfermata al Ministero della Sanità) l’attuazione definitiva della legge delega è avvenuta solo nel luglio 1999 con l’emanazione del DL.vo 229/1999.

Tale decreto legislativo, conosciuto anche come leggi Bindi o 95 Riforma-ter, mantiene inalterati i punti cardine della legge 833 del 1978 e punta alla razionalizzazione dell'impianto organizzativo del sistema sanitario spingendolo verso principi di efficienza, qualità ed equità.

I punti principali del decreto sono:

1. conferma del principio costituzionale di tutela della salute come diritto fondamentale del singolo e della collettività (Art. 1), e riconferma del ruolo del SSN nel dover assicurare ai cittadini livelli essenziali e uniformi di assistenza in tutto il territorio nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana e del bisogno di salute, garantendo principi di equità nell'accesso ai servizi e livelli di qualità di cura e di accortezza nell'impiego delle risorse (i primi 2 articoli ribadiscono in pratica i principi e gli obiettivi della Legge 833/78);
2. l'assegnazione di un nuovo ruolo per il Servizio Sanitario Nazionale che assume funzioni di controllo e di coordinamento dei servizi sanitari a livello regionale; con lo Stato quindi posto a garante dei livelli essenziali di assistenza, e le Regioni con la responsabilità di promozione della salute e di prevenzione, cura e riabilitazione nei livelli essenziali di assistenza;
3. l'istituzione di una Commissione nazionale per la formazione continua (ECM), finalizzata all'aggiornamento professionale e alla formazione permanente per ogni operatore sanitario in modo tale da adeguare le conoscenze per tutto l'arco della sua vita professionale.
4. l'introduzione del principio dell'appropriatezza per l'erogabilità dei servizi (soprattutto terapie farmacologiche e accertamenti diagnostici) a carico del SSN,
5. l'introduzione dell'atto aziendale di diritto privato per quanto riguarda l'organizzazione e il funzionamento delle Unità Sanitarie Locali, che si costituiscono in Aziende (ASL) con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale
6. il rafforzamento del potere del Direttore generale e la specificazione del potere e delle competenze dei Direttori sanitario e amministrativo
7. l'introduzione del Collegio sindacale, organo di controllo che sostituisce le funzioni svolte dal collegio dei revisori, con compiti di verifica dell'amministrazione dell'azienda sotto il profilo economico e di vigilanza.

8. Il potenziamento del Distretto, come articolazione dell'Azienda sanitaria Locale, che assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie

9. la promozione della ricerca scientifica

In definitiva il decreto Bindi ha tentato di rendere omogenei i servizi e le prestazioni su tutto il territorio nazionale, in modo da evitare disparità tra le regioni nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, disparità derivanti essenzialmente dalle diverse condizioni economiche dovute al reddito pro capite della popolazione, rendendo ancora più evidente il divario tra il Nord e il Sud d'Italia.

I sindacati dei medici (soprattutto gli ospedalieri) hanno aspramente osteggiato il decreto in quanto le nuove norme imponevano la scelta dell'unicità del rapporto di lavoro con facoltà di esercitare la libera professione solo all'interno della struttura pubblica. Forti critiche furono espresse anche a livello politico: l'opposizione (ma qualche perplessità ci fu anche tra le forze di maggioranza) bollò la legge come "centralista e statalista" ispirata ad una visione burocratica e accentrata della funzione amministrativa; non a caso Regioni come Lombardia o Veneto, o le Province autonome di Trento e Bolzano hanno impugnato il decreto dinanzi la Corte Costituzionale ritenendo lesivo dell'autonomia costituzionale delle Regioni.

2.6 - Il Decreto legislativo n. 517/1999. Rapporti tra SSN e Università

Pochi mesi dopo la riforma del Decreto Legislativo n. 229, viene emanato un nuovo Decreto Legislativo, il n. 517 del 21 dicembre 1999, col quale si ridefiniscono i rapporti tra il Servizio Sanitario Nazionale e l'Università. Il fine è quello di precisare e migliorare la cooperazione tra il Servizio Sanitario Nazionale e i Policlinici Universitari prevedendo la stipula di protocolli di intesa tra Regioni ed Università per stabilire le modalità di partecipazione degli Atenei alla programmazione sanitaria regionale, stabilendo i volumi ottimali di attività, i posti letto, le strutture assistenziali.

Le strutture attraverso le quali si realizza la collaborazione sono le Aziende ospedaliero – universitarie organizzate in Dipartimenti, Strutture Complesse e Strutture Semplici e guidate da un Direttore Generale.

2.7 - Il Decreto legislativo n. 254/2000

Con questo ulteriore Decreto, che integra e corregge il Decreto Legislativo 229 si stabilisce, fra l'altro, il compito per le Regioni di programmare la realizzazione di strutture sanitarie per l'attività libero professionale intramuraria. Viene anche prorogato al 31 luglio 2003 l'uso degli studi professionali privati per questa attività. Viene stabilito, infine, che il responsabile di struttura complessa si chiami "Direttore" ed il responsabile di struttura semplice si chiami "Responsabile".

2.8 - Il nuovo Titolo V della Costituzione

La riforma del Titolo V della Costituzione, intervenuta con la legge costituzionale n. 3/2001, nel ridefinire all'articolo 117 le competenze di Stato e Regioni, ha ridisegnato anche le competenze in materia sanitaria.

I principi su cui si fonda il nostro Servizio sanitario nazionale sono: l'unitarietà dei livelli di assistenza su tutto il territorio, l'equità d'accesso ai servizi per tutti i cittadini e la solidarietà fiscale quale forma fondamentale di finanziamento del sistema.

Tali principi sono attuati mediante l'erogazione delle prestazioni e dei servizi ricompresi nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini con le risorse pubbliche, in modo completamente gratuito o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket). Le prestazioni e i servizi ricompresi nei LEA sono erogati uniformemente su tutto il territorio nazionale (ad esempio: trattamenti oncologici, come l'adroterapia; prestazioni per la procreazione medicalmente assistita, etc.). Ad oggi, i LEA sono definiti con DPCM, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni.

Nel complesso il nuovo articolo 117 della Costituzione stabilisce che lo Stato mantiene la competenza legislativa esclusiva in una serie di materie specificamente elencate, mentre il comma 3 dello stesso articolo decreta che le Regioni possono legiferare nelle materie di competenza concorrente, nel rispetto dei principi fondamentali definiti dallo Stato. Purtroppo, tale "concorrenza" ha perso il suo significato di complementarietà, configurando un'antitesi proprio sui principi fondamentali e generando un federalismo sanitario atipico e artificioso.

In definitiva, la riforma del Titolo V che, delegando a Regioni e Province autonome l'organizzazione e la gestione dei servizi sanitari, puntava ad un federalismo solidale, ha finito per generare una deriva regionalista, con 21 differenti sistemi sanitari dove l'accesso a servizi e prestazioni sanitarie è profondamente diversificato, caratterizzando l'Italia come il Paese più eterogeneo d'Europa.

3 - LE STRUTTURE DEL SSN

3.1 - Dalle USL si è passati alle ASL. L'evoluzione dell'Azienda Sanitaria Locale

Le Unità Sanitarie Locali (USL) hanno rappresentato indubbiamente l'innovazione principale della Legge 833/1978, con la mission di servire un bacino d'utenza da 50.000 ai 200.000 abitanti, a seconda delle caratteristiche socioeconomiche e morfologiche del territorio.

La legge precisava che alla gestione unitaria della tutela della salute si provvede in modo uniforme su tutto il territorio nazionale mediante una rete completa di USL che assieme al complesso dei presidi, degli uffici, dei servizi dei Comuni singoli o associati e delle Comunità montane assolvono ai compiti del SSN in un determinato territorio.

Per garantire l'interazione con il territorio, vale a dire la dimensione sociale e quella sanitaria, le USL potevano articolarsi in distretti sanitari di base, strutture tecnico-funzionali per garantire le prestazioni di primo livello come, ad esempio: tutela sanitaria dell'ambiente di vita e di lavoro, degli alimenti, delle attività fisico ricreative. Oltre a ciò, i distretti dovevano garantire il primo intervento in termini di distribuzione dei farmaci, attività diagnostiche e terapeutiche a domicilio e ambulatoriali.

L'introduzione del principio di aziendalizzazione nel Servizio Sanitario Nazionale risale al riordino operato con il D.lgs 502 del 1992 (riforma De Lorenzo).

Il principale compito delle neo-definite "Aziende" Sanitarie Locali o "Aziende USL" è quello di assicurare l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria per conto della Regione; ciò che rende le stesse aziende sanitarie soggetti dotati di una funzione (mission) costituzionalmente insopprimibile. Le aziende ospedaliere, a differenza delle aziende ASL, erogano soltanto prestazioni specialistiche, ospedaliere e di riabilitazione e non hanno un ambito territoriale di riferimento e di utenza predeterminata. Ulteriore differenza è data dal sistema di finanziamento.

Con la razionalizzazione del 1998-1999, la conferma della personalità giuridica di diritto pubblico delle aziende sanitarie è accompagnata dall'assorbimento delle sei autonomie originariamente previste (organizzativa, amministrativa, patrimoniale, gestionale, tecnica e contabile) nell'unica e pregnante autonomia imprenditoriale.

Organi dell'azienda sanitaria sono il Direttore generale e il Collegio sindacale. Il primo è nominato dalla Regione in presenza di requisiti obiettivi di professionalità (esperienza dirigenziale e diploma di laurea). Il suo rapporto di lavoro, che dev'essere esclusivo, è regolato da un contratto di diritto privato della durata minima di tre e massima di cinque anni. Il direttore generale, sul modello del management privato, ha tutti i poteri di gestione e deve assicurare l'equilibrio economico dell'Azienda, sia essa USL, ospedaliera o ospedaliero-universitaria.

Tra i compiti e le responsabilità attribuitigli si segnalano la nomina dei responsabili delle strutture operative e l'adozione dell'atto aziendale di diritto privato. Il direttore generale nomina, inoltre, un Direttore sanitario e un Direttore amministrativo, che lo coadiuvano, ciascuno per il settore di competenza.

Il Collegio sindacale, composto di cinque membri, ha poteri di ispezione e controllo anche di tipo economico (efficienza aziendale e delle strategie), vigila sull'osservanza della legge e sulla regolare tenuta della contabilità e dei bilanci.

L'Atto aziendale è la massima espressione della capacità di diritto privato delle aziende sanitarie e, nel rispetto degli indirizzi regionali, determina l'organizzazione e il funzionamento dell'azienda, dando pratica attuazione all'autonomia imprenditoriale.

A seconda della specificità o meno degli indirizzi regionali varia il grado di predeterminazione dei contenuti degli atti aziendali e conseguentemente la reale autonomia aziendale.

La legge statale fissa, in via generale, i principi di organizzazione dei servizi sanitari aziendalizzati, individuando nel Dipartimento e nel Distretto le due tipologie di riferimento e prevedendo l'istituzione in ciascuna azienda del Dipartimento di prevenzione.

L'organizzazione dipartimentale costituisce il modello ordinario di gestione operativa; che cosa sia il Dipartimento non è però predefinito a livello statale, lasciando spazio in tale ambito all'autonomia regionale e, a seconda dei contenuti di questa, aziendale.

Il Distretto è l'organizzazione territoriale dell'azienda USL che assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie. Dotato di autonomia tecnica, gestionale ed economico-finanziaria, il Distretto è soggetto a rendicontazione analitica con contabilità separata all'interno del bilancio aziendale, valuta i bisogni e definisce i servizi necessari relativi ai livelli essenziali di assistenza distrettuale, garantendo alla popolazione di riferimento l'accesso ai servizi e alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie; è guidato da un Direttore di Distretto, responsabile delle risorse assegnate e dell'integrazione tra i servizi e della continuità assistenziale. Il Dipartimento di prevenzione è la struttura operativa preposta all'erogazione di prestazioni e servizi relativi alla sanità pubblica, alla tutela della salute e della sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro e di sanità pubblica veterinaria; è dotato di autonomia organizzativa e contabile, organizzato in centri di costo e di responsabilità, soggetto a rendicontazione analitica e contabilità separata all'interno del bilancio aziendale.

3.2 - I presidi ospedalieri

I presidi ospedalieri sono gli ospedali non costituiti in Azienda ospedaliera. Essi realizzano a livello territoriale la distribuzione di presenza di servizio sanitario (si pensi ai piccoli Comuni), erogando prestazioni di servizi sanitaria specialistici non erogabili nell'ambito della rete territoriale.

3.3 - Le Aziende ospedaliere

Le Aziende ospedaliere sono gli ospedali scorporati dalla ASL e costituiti in aziende autonome dotate di personalità giuridica e autonomia imprenditoriale. Nella maggior parte delle Regioni esistono queste strutture che fanno capo al SSN, sono distinte dalle ASL e rispondono direttamente alla Regione e al Ministero.

Le aziende ospedaliere devono possedere precisi requisiti:

- a) organizzazione dipartimentale di tutte le unità operative presenti nella struttura;
- b) disponibilità di un sistema di contabilità economico-patrimoniale e di una contabilità per centri di costo;

- c) presenza di almeno tre unità operative di alta specialità;
- d) dipartimento di emergenza di secondo livello;
- e) ruolo di ospedale di riferimento in programmi integrati di assistenza su base regionale e interregionale;
- f) attività di ricovero in degenza ordinaria;
- g) disponibilità di un proprio patrimonio immobiliare.

I requisiti di cui alle lettere c) e d) non si applicano agli ospedali di alta specializzazione che sono presidi che erogano prestazioni specialistiche di diagnosi, cura e riabilitazione afferenti una disciplina medicochirurgica o più discipline medico-chirurgiche, fra loro strettamente complementari in relazione all'attività svolta.

Il D.M 70/2015 (*“Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”*) ha definito le condizioni necessarie per garantire livelli di assistenza ospedaliera omogenei su tutto il territorio nazionale, in termini di adeguatezza delle strutture, delle risorse umane impiegate in rapporto al numero dei pazienti trattati, fissando standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi.

La classificazione delle strutture ospedaliere è individuata in:

- presidi ospedalieri di base, con bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti;
- presidi ospedalieri di 1° livello, con bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300. 000 abitanti, che sono strutture sede di Dipartimento di Emergenza Accettazione (DEA di 1° livello);
- presidi ospedalieri di 2° livello, con bacino di utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti, sono strutture di DEA di 2° livello; sono riferibili alle Aziende Ospedaliere, alle Aziende Universitarie, a IRCCS e a presidi di grandi dimensioni (ASL).

All'interno delle reti ospedaliere è prevista un'articolazione delle reti per patologia che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale.

- rete infarto;

- rete ictus;
- rete traumatologica;
- rete neonatologica e punti nascita;
- rete medicine specialistiche;
- rete oncologica;
- rete pediatrica;
- rete trapiantologica;
- rete terapia del dolore;
- rete malattie rare.

Inoltre, nell'ambito di tali reti vengono evidenziate le reti infarto, ictus e traumatologica come le tre reti in riferimento alle quali la dimensione "tempo" assume un ruolo determinante.

In tale contesto organizzativo, il regolamento in esame dispone che la programmazione regionale deve attribuire le funzioni di lungodegenza e di riabilitazione entro il limite di 0,7 posti letto per mille abitanti, di cui almeno 0,2 per la lungodegenza.

3.4 - Continuità ospedale-territorio: l'Ospedale di comunità

Il punto 10 dell'Allegato I del D.M. n. 70/2015, è dedicato alla continuità tra le reti dell'assistenza ospedaliera e quella del territorio.

Vi si afferma espressamente che la riorganizzazione della rete ospedaliera sarà insufficiente se, in una logica di continuità assistenziale, non verrà affrontato il tema del potenziamento delle strutture territoriali, la cui carenza, o mancata organizzazione in rete, produce forti ed immediate ripercussioni sull'utilizzo appropriato dell'ospedale. In virtù di questa importante affermazione di principio, il D.M. qualifica il c.d. Ospedale di comunità, come la struttura che può fungere da elemento d'unione tra la rete ospedaliera e quella del territorio.

Nello specifico gli Ospedali di comunità devono essere strutture capaci di erogare una serie di cure che, pur non richiedendo il ricovero nelle strutture ospedaliere ordinarie, necessitano di un livello assistenziale superiore a quello domiciliare. Esse devono avere 15-20 posti letto, devono fare riferimento ai distretti sanitari e devono essere gestite esclusivamente da personale infermieristico. L'assistenza medica al loro interno deve essere assicurata da medici di medicina generale, pediatri o altri medici, secondo criteri da definirsi al livello regionale.

3.5 - I Policlinici universitari e le Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU)

I Policlinici universitari e le Aziende Ospedaliere Universitarie sono due modelli organizzativi attraverso i quali si è realizzata inizialmente la collaborazione tra Università e SSN.

Si distinguono due tipologie organizzative:

- aziende costituite in seguito alla trasformazione dei policlinici universitari a gestione diretta, denominate aziende ospedaliere universitarie integrate;
- aziende ospedaliere costituite mediante trasformazione di presidi ospedalieri nei quali insiste la prevalenza del corso di laurea in medicina e chirurgia, anche operanti in strutture di pertinenza delle università, denominate aziende ospedaliere integrate con l'università.

4 - COVID-19 E PNRR

Il DM 77/2022 è stato emanato in un particolare momento storico, con la pandemia COVID 19 il Sistema Sanitario Nazionale italiano è andato in forte crisi, chi ha subito maggiormente gli effetti di questa grave carenza da parte della sanità è stata principalmente la popolazione che ha pagato a caro prezzo la mancanza di cure immediate ed efficaci, gli stessi operatori sanitari che hanno visto incrementare incredibilmente il carico di lavoro, messi in prima linea senza efficaci misure di protezione dal virus; lo Stato infine che ha subito un forte rallentamento nell'economia, ma anche uno stress molto intenso nelle proprie istituzioni. La pandemia COVID-19 sicuramente è un evento limite, che però ha messo in evidenza le criticità del sistema, mandando quasi al collasso gli ospedali per mancanza di posti letto o zone adatte alla giusta cura dei pazienti.

La causa di queste forti criticità, sotto pandemia, sono sicuramente i forti tagli che la sanità ha subito nel corso degli anni. La grande riduzione di posti letto messi a disposizione all'interno degli ospedali per numero di abitanti (secondo il DM 70/2015: 3,7 per 1000 abitanti), la mancanza di personale nei reparti, l'età avanzata del personale sanitario hanno amplificato gli effetti della pandemia e gli ospedali sono passati dall'essere un luogo di cura e di salute ad un luogo da temere perché punto di spread del coronavirus, un luogo in cui spesso non si veniva assistiti con le dovute attenzioni. Nel corso della pandemia ci si è resi conto che la maggior parte delle infezioni dovevano essere gestite a distanza cercando, dove era possibile, di mantenere il paziente presso il proprio domicilio. Conseguentemente si è cercato di far gestire la maggior parte delle infezioni dai Medici di Medicina Generale (MMG) e dalle Guardie Mediche via telefonica o con visite domiciliari nei casi di aggravio della malattia.

Tuttavia si è notato fin da subito la scarsa efficacia della Medicina Generale operante in questi termini, ma ben più ampia si è rivelata la mancanza della rete capillare dell'assistenza territoriale tanto che, soprattutto nel territorio lontani dalle grandi città ci sono state zone quasi totalmente isolate in cui tardavano ad arrivare i vari controlli sanitari. Con il tempo sono emersi gli effetti delle errate scelte del passato, la centralizzazione delle risorse nei grandi ospedali, lasciando sfiorire l'assistenza territoriale dove viene trattata soprattutto la cronicità delle malattie e dopo il paziente instaura con il MMG o con il piccolo polo cittadini un senso di appartenenza e fiducia che dovrebbe essere sempre proprio del nostro SSN.

Laddove "il territorio" era più forte le difficoltà dell'epidemia sono state affrontate, dove i Distretti agivano come strutture ben organizzate sono stati contenuti i danni ed è aumentata la protezione (ad esempio, anche nella copertura vaccinale).

Le vicende COVID-19 hanno allargato le competenze dell'assistenza territoriale, non più legate solamente alle "cronicità" (come si usava dire in era pre-COVID), ma si sono rese necessarie per situazioni emergenziali e in casi di acuzie, dimostrandosi così la validità degli assunti della Primary Health Care: i sistemi sanitari devono oggi basarsi, anche nei paesi economicamente più ricchi, su interventi di primo livello, efficaci e di basso costo, a bassa tecnologia ed alta relazione, di pronto e facile accesso. Durante l'epidemia, ai cittadini è mancata un'offerta alternativa all'ospedale nell'assistenza territoriale; le Comunità locali chiedevano (chiedono) di trovare vicino ai luoghi di vita e di lavoro risposte adeguate, pronte, tempestive, continuative, coordinate rispetto ai propri bisogni, sempre più spesso complessi, come verificato anche nel corso della pandemia COVID-19.

Ed è proprio nel periodo della pandemia, quindi, che si è maturata la consapevolezza che gli investimenti nella sanità non possono essere destinati nella quasi totalità agli ospedali che, come abbiamo visto per quanto si possa investire su strutture e personale, nel caso di forte affluenza raggiungono facilmente la massa critica e perdono facilmente qualità di servizio creando forti disagi nella popolazione (tempi di attesa PS, liste di attesa per prestazioni, mancanza di posti letto per le degenze, ...).

La Salute intesa anche come fattore di benessere sociale e welfare deve perciò partire direttamente dalle abitazioni della popolazione italiana, cercando di gestire eventuali esigenze sanitarie lievi in primis nelle abitazioni ed attraverso i MMG o i PLS e solo in caso di emergenza muoversi verso le strutture ospedaliere. Così facendo i tempi di attesa e gli accessi ai Pronto Soccorso diminuiranno drasticamente.

Bisogna educare la popolazione all'uso del pronto soccorso, limitandone l'accesso solo in casi di vera necessità, considerando anche che nel caso di persone fragili è un forte punto di spread per malattie infettive. Per fare questo però bisogna offrire all'utenza una valida alternativa per gestire le patologie lievi, transitorie oppure note e croniche.

È partendo proprio da questo pensiero sulla Salute che nel 2021 è stato approvato il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza per rilanciare l'economia dopo la pandemia di COVID-19, al fine di permettere lo sviluppo verde e digitale del Paese.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) si inserisce all'interno del programma Next Generation EU (NGEU), il pacchetto da 750 miliardi di euro, costituito per circa la metà da sovvenzioni, concordato dall'Unione Europea in risposta alla crisi pandemica. La principale componente del programma NGEU è il Dispositivo per la Ripresa e Resilienza (Recovery and Resilience Facility, RRF), che ha una durata di sei anni, dal 2021 al 2026, e una dimensione totale di 672,5 miliardi di euro (312,5 in sovvenzioni, i restanti 360 miliardi in prestiti a tassi agevolati).

Il Piano si sviluppa intorno a tre assi strategici condivisi a livello europeo: digitalizzazione e innovazione, transizione ecologica, inclusione sociale. Si tratta di un intervento che intende riparare i danni economici e sociali della crisi pandemica, contribuire a risolvere le debolezze strutturali dell'economia italiana, e accompagnare il Paese su un percorso di transizione ecologica, ambientale e digitale. Il PNRR dovrebbe contribuire in modo sostanziale a ridurre i divari territoriali, quelli generazionali e di genere.

La missione 6 riguarda la “Salute”: stanziando complessivamente 18,5 miliardi (15,6 miliardi dal Dispositivo RRF e 2,9 dal Fondo) con l’obiettivo di rafforzare la prevenzione e i servizi sanitari sul territorio, modernizzare e digitalizzare il sistema sanitario e garantire equità di accesso alle cure.

Italia domani **PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA**
#NEXTGENERATIONITALIA

SALUTE

- ✓ **1.288 nuove Case di comunità e 381 ospedali di comunità per l’assistenza di prossimità**
- ✓ **Fornire assistenza domiciliare al 10% degli over 65**
- ✓ **602 nuove Centrali Operative Territoriali per l’assistenza remota**
- ✓ **Oltre 3.133 nuove grandi attrezzature per diagnosi e cura**

MISSIONE 1 MISSIONE 2 MISSIONE 3 MISSIONE 4 MISSIONE 5 **MISSIONE 6**

MEF Ministero dell’Economia e delle Finanze

Italia domani - PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA
#NEXTGENERATIONITALIA
MISSIONE 6: SALUTE – 1.288 nuove Case di comunità e 381 ospedali di comunità per l’assistenza di prossimità; Fornire assistenza domiciliare al 10% degli over 65; 602 nuove Centrali Operative Territoriali per l’assistenza remota; Oltre 3.133 nuove grandi attrezzature per diagnosi e cura

Per poter essere applicato alla Pubblica Amministrazione (PA), il PNRR deve essere necessariamente tradotto in una legge o un decreto, che poi si applicherà con un atto amministrativo. Con il varo del PNRR quindi si è resa necessaria la creazione di una nuova norma che porti un concreto potenziamento della rete assistenziale territoriale, che risponda ai bisogni socio-sanitari della popolazione, che si integri e sincronizzi con la rete ospedaliera esistente e faccia da rete di connessione tra la Short-Term Care e la Long-Term Care, creando una zona di transizione territoriale che colleghi la degenza ospedaliera e quella domiciliare o quella delle già esistenti RSA.

In questo contesto di forte rinnovamento le figure professionali che andranno ad occupare i nuovi “spazi” del sistema territoriale, dovranno forse affrontare la grande più sfida che mette in gioco il DM 77. Il compito sarà quello di porsi come promotori di cambiamento sia se stessi e del proprio lavoro progettando per il futuro una nuova sanità, di iniziativa, che mirerà ad adeguarsi alle nuove

esigenze delle persone creando un contesto socio-sanitario moderno ed adeguato per le nuove esigenze della popolazione.

5 - DM 77/2022

Il DM 77/2022 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale” viene emanato dopo il mancato superamento dell’intesa Stato Regioni sulla Gazzetta ufficiale n° 144 del 22 Giugno 2022, entrando in vigore ufficialmente il 07 Luglio dello stesso anno.

I principali standard stabili riguardano in linea con la missione 6 del PNRR:

1. il distretto sanitario
2. il nuovo Punto unico di accesso (PUA)
3. le Case della Comunità
4. gli ospedali di comunità
5. le Centrali operative territoriali (COT)
6. l’infermiere di famiglia o comunità (Ifoc)

5.1 – Il distretto sanitario

Il Distretto Sanitario è l'articolazione su base territoriale al cui livello il Servizio Sanitario Regionale attiva il percorso assistenziale e realizza l'integrazione tra attività sanitarie e sociali.

Il Distretto assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie nonché il coordinamento delle proprie attività con quelle dei dipartimenti e dei presidi ospedalieri.

un Distretto NON è un edificio, un luogo fisico, bensì una struttura operativa multifunzionale, multiprofessionale, multidisciplinare che agisce a tutto campo per la salute dei territori e delle Comunità, anche “oltre e fuori dai muri istituzionali”, ad esempio a livello domiciliare (“la casa

come primo luogo di cura”), a livello di scuole, Comuni, Associazioni, svolgendo una funzione integrante (in primis sociosanitaria) che rappresenta la sua peculiarità. Solamente il Distretto, non un edificio pur multifunzionale e con presenze multiprofessionali, potrà offrire le soluzioni oggi mancanti ai molti problemi, attuali (era COVID) e precedenti (pazienti con molte malattie croniche, fragili, longevi, disabili, famiglie multiproblematiche, ed altro riassumibile come “persone con bisogni complessi” da prendere in carico).

Rappresentazione Distretto sanitario



I Distretti Sanitari nascono per la prima volta con la legge 833/78 che definisce e prevede, all’art. 10 (organizzazione territoriale), che “i Comuni singoli o associati articolano le Unità sanitarie locali in Distretti sanitari di base, quali strutture tecnico-funzionali per l’erogazione dei servizi ambulatoriali di primo livello e pronto intervento”, demandando alle Regioni la definizione dei criteri per la loro costituzione. La Legge n. 833/1978, tuttavia, ha fornito solamente pochi elementi per la definizione delle caratteristiche specifiche del Distretto, cosa che ne ha inizialmente limitato le attività all’erogazione di alcuni servizi ambulatoriali di primo livello, lasciando poco definiti i

livelli di coinvolgimento delle molteplici figure professionali (ad es. infermieri, assistenti sociali, medici specialisti, fisioterapisti, Medici di Medicina Generale (MMG), PLS).

Agli inizi degli anni '90, con il Decreto legislativo (D.Lgs.) 30 dicembre 1992, n. 502, successivamente modificato dal D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517, vengono fornite le prime indicazioni sul Distretto nell'ambito di un processo di riforma del SSN basato sui principi di aziendalizzazione. Il Distretto si configura come articolazione organizzativa dell'Azienda Sanitaria, insieme ai Presidi Ospedalieri e al nascente Dipartimento di Prevenzione. Il Distretto, come i Presidi Ospedalieri e il Dipartimento di Prevenzione, deve essere un centro di governo e non solo di erogazione di servizi; deve, pertanto, portare i servizi il più possibile vicino ai luoghi di vita delle persone, e cercare di dare risposta ad un bisogno di integrazione socio-sanitaria. Tuttavia, non vengono ancora definite in modo specifico le caratteristiche organizzative del Distretto, ed in molti casi l'istituzione dei Distretti sanitari si limita ad un piano formale senza prevederne un'effettiva autonomia operativa e gestionale. Malgrado l'enfasi della letteratura e le normative nazionali e regionali, in questa fase spesso i Distretti risultano come articolazioni "deboli", caratterizzate da una diffusa difficoltà di riconoscimento di ruolo e di assegnazione di risorse.

È il Piano Sanitario Nazionale (PSN) 1994-1996 a fornire le prime indicazioni operative sulle funzioni del Distretto, identificandolo come il luogo naturale dove realizzare un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi che erogano le prestazioni sanitarie e tra questi e i servizi socio-assistenziali. Il Distretto deve assumersi il compito di garantire l'integrazione di servizi e professionisti di area sanitaria con i servizi e i professionisti dell'ambito sociale. Il Piano fornisce le prime indicazioni sulle attività collocabili a livello distrettuale identificando nel supporto all'attività dei MMG, l'assistenza domiciliare integrata (ADI), il coordinamento dell'assistenza semiresidenziale e residenziale.

Un importante momento di passaggio è costituito dal PSN 1998-2000 che inserisce il Distretto nell'ambito delle fondamentali strategie di cambiamento del SSN. Il Piano infatti colloca in un unico livello di assistenza sanitaria le attività distrettuali, comprese l'assistenza sanitaria di base, specialistica semiresidenziale e territoriale, residenziale per non autosufficienti e lungodegenti stabilizzati. In questo caso la scelta di ricondurre a unitarietà tutte le attività territoriali nel livello distrettuale mira ad agevolare l'effettiva realizzazione di una rete dei servizi territoriali centrata sul Distretto. Per la prima volta si prevede inoltre un nuovo equilibrio tra attività e risorse dedicate

all'ospedale e quelle dedicate al Distretto: alle cosiddette attività territoriali vanno dedicate più risorse di quelle previste per l'assistenza ospedaliera.

Il D.Lgs 19 giugno 1999, n. 229 (e successive modificazioni ed integrazioni) segna un'ulteriore svolta per i servizi sanitari del territorio, attribuendo al Distretto l'autonomia indispensabile per il raggiungimento degli obiettivi di salute, dotandolo di una forte connotazione organizzativa e valorizzando la riorganizzazione della medicina nel territorio. Le principali novità introdotte riguardano i servizi di Assistenza Primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie, il coordinamento delle attività distrettuali con quelle dei dipartimenti e dei servizi aziendali (inclusi i presidi ospedalieri), la disponibilità di risorse autonome in base agli obiettivi di salute della popolazione e l'autonomia economico-finanziaria e tecnico-gestionale con contabilità separata nell'ambito del bilancio dell'Azienda sanitaria. Nel decreto si prevede che le Regioni disciplinino l'organizzazione del Distretto in modo da garantire l'Assistenza Primaria, le cure primarie e la continuità assistenziale mediante l'approccio multidisciplinare tra MMG, PDF, servizi di guardia medica e presidi specialistici ambulatoriali. Il Distretto viene a definirsi anche nelle dimensioni, di norma 60.000 abitanti, salvo deroghe per aspetti territoriali e demografici, e tra i suoi compiti è inclusa l'erogazione dell'assistenza primaria e socio-sanitaria, nonché l'assistenza specialistica ambulatoriale.

Nel disegno del D.Lgs 229/1999 il Distretto è sostanzialmente configurato come il sistema al quale è riconosciuta la responsabilità di governare la domanda (ruolo di committenza – valutare quali servizi per quali bisogni di salute) e di assicurare la gestione dei servizi sanitari territoriali (ruolo di produzione). La norma non specifica le modalità di svolgimento di queste funzioni; rientra nella competenza regionale indicare, ad esempio, se la funzione di produzione è erogata con gestione diretta dei servizi e delle prestazioni o anche ricorrendo alla negoziazione e all'acquisto di prestazioni erogate dai soggetti pubblici e privati accreditati.

Il D.Lgs n. 229/1999 disciplina inoltre per la prima volta il ruolo e la funzione del Direttore di Distretto, che è responsabile degli obiettivi e delle risorse assegnate e fa parte integrante del collegio di direzione dell'azienda.

Si evidenziano anche alcuni aspetti fondamentali nella definizione delle attività. Il Distretto deve operare pianificando le proprie attività, tramite il Programma delle attività territoriali (PAT), anche definito – secondo l'indicazione di diverse Regioni – “piano territoriale della salute”. Questo si

configura come l'atto della programmazione negoziata con gli enti locali degli obiettivi e delle attività da erogare, sulla base delle risorse assegnate e tenendo conto delle indicazioni del Direttore generale e degli orientamenti regionali. Per il coordinamento con gli enti locali, il D.Lgs 229/1999 prevede la costituzione nel Distretto di un organismo di rappresentanza comunale, il Comitato dei sindaci di Distretto, la cui organizzazione e funzionamento sono disciplinati dalla Regione, e che concorre alla predisposizione del PAT e alla verifica del raggiungimento dei risultati di salute definiti dallo stesso.

Il Distretto così non è più solo luogo di produzione di servizi, ma diventa anche luogo di programmazione, che avviene sulla base dell'analisi dei bisogni della popolazione e delle risorse disponibili. Da qui iniziano la definizione delle priorità, delle attività e delle risorse necessarie per attuarle, e la scelta se utilizzare servizi interni all'Azienda o acquistarli all'esterno.

La riforma attribuisce al Distretto un ambito di autonomia analogo a quello previsto per le altre articolazioni organizzative dell'Azienda sanitaria, costituite dai presidi ospedalieri e dal dipartimento di prevenzione e specificamente:

- autonomia economico-finanziaria nell'ambito delle risorse assegnate, con contabilità finanziaria all'interno del bilancio della USL; Spetta al Direttore generale attribuire al Distretto un volume di risorse determinato in funzione degli obiettivi di salute e del volume programmato di attività ;
- autonomia gestionale nell'ambito dei programmi approvati dall'Azienda, tenendo conto degli accordi presi con i Comuni interessati in merito ai servizi, che vengono definiti assieme al Distretto all'interno dei documenti dei Piani di Zona.

Per quanto riguarda le funzioni di committenza e produzione del Distretto, il D.Lgs 229/1999 afferma che è compito istituzionale del Distretto garantire le prestazioni socio-sanitarie. Nello specifico il Distretto deve garantire:

- l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale; le modalità devono comprendere il coordinamento, in ambulatorio e a domicilio, tra MMG, PLS, servizi di guardia medica notturna e festiva e i presidi specialistici ambulatoriali;

- l'erogazione delle prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria delegate dai Comuni.

Riguardo gli aspetti di integrazione socio-sanitaria e la necessità di coordinamento con gli enti locali, è la Legge 8 novembre 2000, n. 328, conosciuta come legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, che indirizza in modo organico la materia e indica alle Regioni, come elemento non obbligatorio ma da considerare come importante e prioritario, la coincidenza tra Distretti sanitari e Ambiti sociali, aggregazioni intercomunali che hanno il compito di avviare nuove forme e modalità di progettazione, organizzazione e gestione associata dei servizi sociali. Spetta ancora alle Regioni, secondo questa norma, definire i criteri per l'articolazione dell'Azienda USL in Distretti, mentre il Direttore generale, nell'atto aziendale, deve individuarli specificamente e definirne le modalità organizzative e di funzionamento. La legge, inoltre, fa ulteriormente riferimento al coordinamento tra la pianificazione zonale e quella distrettuale: i Comuni afferenti al Distretto sanitario predispongono, in accordo con l'Azienda sanitaria, il Piano di zona in accordo con l'Azienda sanitaria, all'interno del quale sono definiti gli accordi in merito ai servizi sociosanitari. In quest'ottica il coordinamento della programmazione affidata al Distretto mira a favorire la realizzazione di programmi integrati per il cittadino e di un punto unico di riferimento per la comunità locale.

Negli anni successivi assume particolare rilevanza la modifica del titolo V della Costituzione (Legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3), la quale sposta l'attenzione su come garantire ai cittadini, dovunque essi si trovino, le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie territoriali rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (LEA). La definizione dei LEA inserisce una importante disaggregazione del livello "Assistenza distrettuale" in una serie di sotto-livelli:

- assistenza sanitaria di base
- attività di emergenza sanitaria territoriale
- assistenza farmaceutica erogata attraverso le farmacie territoriali
- assistenza integrativa
- assistenza specialistica ambulatoriale
- assistenza protesica
- assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare

- assistenza territoriale residenziale e semi-residenziale
- assistenza terminale

A valle di questa norma si verifica una forte diversificazione nell'organizzazione sanitaria a livello regionale, nella quale la rete distrettuale viene riconosciuta come "motore" per la mobilitazione delle risorse della comunità, e identificata come soluzione prioritaria per l'applicazione di nuove forme di assistenza.

Il successivo PSN 2003-2005 introduce un interessante cambio di prospettiva per il Distretto, invertendo il tradizionale sistema di offerta sanitaria fondata prioritariamente sui servizi attesi dai cittadini con le loro domande di assistenza e di salute, a favore di un approccio che identifica i servizi sociosanitari quali soggetti attivi che intercettano il bisogno sanitario e si fanno carico in modo unitario delle necessità sanitarie e socio-assistenziali dei cittadini. Il PSN 2003-2005 identifica due obiettivi di specifico rilievo per il Distretto:

"Promuovere il territorio quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi Sanitari e Socio-Sanitari";

"Promuovere una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili".

Un ulteriore obiettivo, più generale, ha notevole rilevanza per i servizi sociosanitari distrettuali: l'attuazione dei LEA e la riduzione delle liste di attesa, con particolare attenzione agli aspetti di appropriatezza ed integrazione, temi rispetto ai quali si possono delineare molte linee di intervento per l'assistenza territoriale e per l'integrazione con i servizi ospedalieri.

Con il successivo PSN 2006-2008 si mira a rafforzare l'integrazione del MMG/PDF nel sistema promuovendo lo sviluppo delle forme di aggregazione innovative della medicina generale, quali le équipes territoriali e i nuclei o unità di cure primarie. Il Piano sottolinea la necessità di completare l'offerta dei servizi nel raccordo ospedale-territorio e lo sviluppo, laddove ne ricorrano le condizioni secondo l'organizzazione dei servizi regionali, dell'ospedale di comunità. Il Piano, inoltre, stabilisce che le Regioni attribuiscono maggiori risorse finanziarie all'assistenza territoriale, fino a raggiungere i seguenti parametri tendenziali: 51% assistenza distrettuale; 44% assistenza ospedaliera; 5% prevenzione.

Il PSN 2011-2013 continua l'opera di approfondimento e promozione delle cure primarie all'interno delle attività distrettuali, precisando che *“la funzione delle cure primarie deve essere riconosciuta nelle strategie aziendali mediante la definizione, nei momenti istituzionali e nei documenti di pianificazione e di strategia aziendale, del ruolo e degli obiettivi assegnati ad esse e al Distretto. A quest'ultimo è, inoltre, affidata la governance del sistema per l'erogazione di livelli appropriati”*. Si prevede quindi lo sviluppo da parte delle Aziende sanitarie di soluzioni sempre più integrate nel campo delle cure primarie, dove i professionisti vedono rafforzato il loro ruolo attraverso la realizzazione di sistemi d'integrazione tra coloro che operano nei servizi territoriali (rete orizzontale) e tra le diverse strutture d'offerta, in particolare tra servizi sociosanitari territoriali e sistema ospedaliero (rete verticale). Questa integrazione *“prevede appositi percorsi e la presa in carico costante nel tempo da parte di un team caratterizzato da competenze sociali e sanitarie, nonché il monitoraggio mediante adeguati strumenti di valutazione di appropriatezza, delle fasi di passaggio tra i vari setting assistenziali”*. Inoltre, *“il coordinamento e l'integrazione di tutte le attività sanitarie e socio-sanitarie a livello territoriale vengono garantiti dal Distretto, al quale sono altresì affidati i compiti di ricercare, promuovere e realizzare opportune sinergie tra tutti i sistemi di offerta territoriale e di fungere da strumento di coordinamento per il sistema delle cure primarie (MMG e altre professionalità convenzionate). Il Distretto rappresenta, inoltre, l'interlocutore degli Enti locali ed esercita tale funzione in modo coordinato con le politiche aziendali”*.

Il più recente D.Lgs n. 159/2012 definisce la funzione e la composizione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), chiamate a *“condividere in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi, nonché forme organizzative multi professionali, denominate unità complesse di cure primarie (UCCP), che erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei professionisti delle cure primarie e del sociale a rilevanza sanitaria tenuto conto della peculiarità delle aree territoriali”*. Il decreto prevede che le UCCP *“possano adottare, anche per il tramite del Distretto sanitario, forme di finanziamento a budget”*, e che *“definiscono i conseguenti livelli di spesa programmati, in coerenza con gli obiettivi e i programmi di attività del Distretto”*.

La definizione delle UCCP come strutture complesse all'interno delle AFT nell'organizzazione dell'assistenza e delle cure territoriali e la loro integrazione anche informativa all'interno dell'organizzazione Distrettuale viene ulteriormente ribadita e approfondita nel testo del Patto per

la Salute 2014-2016, in cui si definiscono i limiti entro cui dimensionare le nuove AFT, che “coprono un bacino di utenza riferito a non più di 30.000 abitanti, e rappresentano l’insieme dei professionisti che hanno in carico il cittadino che esercita la scelta nei confronti del singolo medico”. Le UCCP vengono quindi ad identificarsi come “parte fondamentale ed essenziale del Distretto, integrandosi all’interno della rete dei servizi distrettuali e permettendo una relazione diretta tra l’assistenza territoriale e gli altri nodi della rete assistenziale”. Il testo ribadisce inoltre l’importanza dell’utilizzo di nuovi strumenti di governance, affermando che “per un efficientamento delle cure primarie, è importante una ridefinizione dei ruoli, delle competenze e delle relazioni professionali con una visione che assegna a ogni professionista responsabilità individuali e di equipe su compiti, funzioni ed obiettivi, abbandonando una logica gerarchica per perseguire una logica di governance responsabile dei professionisti coinvolti prevedendo sia azioni normativo/contrattuali che percorsi formativi a sostegno di tale obiettivo”.

Per quanto riguarda l’assistenza socio-sanitaria, il Patto per la Salute 2014-2016 introduce un’innovazione organizzativa prevedendo l’accesso ai servizi tramite l’utilizzo di “un punto unico, che indirizza il cittadino al percorso socio-sanitario e socio-assistenziale adeguato alle sue condizioni e necessità”. Non vengono ancora identificati i livelli minimi di servizi da garantire al cittadino condivisi a livello nazionale, ma il compito spetta invece alle Regioni, che “si impegnano ad armonizzare i servizi socio-sanitari, individuando standard minimi qualificanti di erogazione delle prestazioni socio-sanitarie che saranno definite anche in relazione al numero e tipologia del personale impiegato”.

In sintesi, l’insieme delle direttive sui servizi sociosanitari ha portato negli anni ad una riconsiderazione del ruolo del Distretto, chiamato ad essere “funzionalmente forte”, rendendolo una struttura aziendale con ruolo organizzativo, gestionale e di facilitazione allo svolgimento delle attività sanitarie e sociosanitarie di un ambito territoriale. La funzione di governance trova un punto di forza nella somma delle funzioni di coordinamento e gestione delle prestazioni anche specialistiche con quello del governo della domanda e valutazione dei servizi. Il “Distretto funzionalmente forte” è tenuto a svolgere una serie di funzioni che lo rendono centrale nella rete dei servizi sociosanitari:

- valutare il fabbisogno e la domanda di salute;
- elaborare un’adeguata e condivisa pianificazione strategica;
- sviluppare la programmazione operativa delle attività (budgeting);

- definire un sistema di obiettivi e indicatori per valutare efficienza, qualità e sicurezza dell'assistenza;
- assicurare lo sviluppo di iniziative di promozione/educazione alla salute e prevenzione anche in accordo con il dipartimento di prevenzione;
- monitorare il buon uso delle risorse, l'appropriatezza ed l'equità dei percorsi assistenziali;
- facilitare l'accesso all'erogazione dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali da parte dei professionisti che lavorano individualmente, ma soprattutto in team mono o multi-professionali;
- creare una rete di presidi territoriali sociosanitari, che comprenda al suo interno il sistema della domiciliarità e residenzialità, servizi sociali, ospedale, ambulatori, dipartimento di salute mentale, SERT, neuropsichiatria infantile ed altri servizi che possano fornire cure in maniera integrata;
- creare un sistema informativo integrato che permetta l'interoperabilità dei vari sistemi in dotazione alle figure professionali.

Accanto a queste funzioni sono essenziali gli strumenti di integrazione dei servizi, sia rispetto all'organizzazione (intra-aziendale, regionale, con i comuni) sia rispetto ai pazienti, con riduzione della variabilità diagnostico assistenziale e del percorso di fruizione.

In definitiva, sebbene negli anni i ruoli e le funzioni del Distretto siano state definite sempre più nel dettaglio, queste rimangono un campo in continua evoluzione, per le quali diverse Regioni hanno contribuito negli anni con esperienze e sviluppi che hanno poi in parte guidato la normativa nazionale. L'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari Regionali (Age.na.s.) ha realizzato diverse valutazioni sullo stato attuativo del distretto sanitario, che hanno portato alla produzione di numerosi report che definiscono lo stato attuativo dei Distretti sia a livello nazionale che regionale.

Attualmente lo scenario è dominato dall'eterogeneità: tra le Regioni ed al loro interno esistono realtà distrettuali molto diverse. Le diversità riguardano ampiezza/dimensioni, mandati, finalità, funzioni, risorse assegnate ed obiettivi, in un quadro di grande disomogeneità, conseguenza di scelte regionali ed aziendali differenti in tema di sanità territoriale.

Grazie al DM 77 il Distretto “guadagna” funzioni essenziali per definirlo ed equiparlo a livello nazionale; il Dm recita:

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

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

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

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

Il concetto viene arricchito con la seguente frase:

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

Ed ancora, la garanzia è per

“... assicurare l’accesso ai servizi, l’equità all’utenza attraverso il monitoraggio continuo della qualità dei servizi medesimi, la verifica delle criticità emergenti nella relazione tra i servizi e tra questi e l’utenza finale”.

Se al primo posto sta la funzione di **garanzia**, al secondo va quella di **integrazione**. Il Distretto deve essere **integrante le molteplici azioni ed interventi per la salute** svolti dalla pluralità di attori, anche informali, che in esso sono inclusi, e integrante anche strutture, istituzioni, servizi. L’integrazione è, nei fatti, oltre che nelle premesse, il modus operandi e vivendi del Distretto. Ogni Regione ed ogni ASL dovranno (dovrebbero) avere un modello di Distretto con cui si assicurano risposte assistenziali integrate, con meccanismi integranti anche i vari nuovi servizi che si andranno ad attivare post DM 77.

4. DISTRETTO: FUNZIONI E STANDARD ORGANIZZATIVI

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

La programmazione deve prevedere i seguenti standard:

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

5.2 - Il nuovo Punto unico di accesso (PUA)

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

Il Punto Unico di Accesso (PUA) promuove l'integrazione sociosanitaria dei servizi finalizzata a soddisfare i bisogni di salute della persona intesa nella sua globalità, adottando moduli organizzativi integrati con i servizi sociali diretti all'orientamento e alla presa in carico dei bisogni del cittadino.

Le funzioni del PUA sono:

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

E' il luogo dove il cittadino e l'operatore (sociale, sanitario, educativo, etc.) possono ricevere informazioni e orientamento in maniera qualificata, semplificando l'accesso alla rete integrata dei servizi sanitari e sociali:

- accoglienza e ascolto (adozione di una scheda di accoglienza standard e informatizzata);
- informazioni sui servizi sanitari e sociali e sulle modalità di attivazione;
- valutazione del caso segnalato (risoluzione casi semplici e orientamento verso i servizi competenti o attivazione dell'Unità di valutazione multidisciplinare).

Il PUA è il luogo dove avviene la valutazione e garantita la successiva presa in carico della persona con un bisogno complesso che necessita contestualmente, o in maniera coordinata, di interventi sanitari e sociali:

1) attivazione dell'unità di valutazione multidisciplinare (individuazione dei percorsi assistenziali, del piano assistenziale individualizzato, del responsabile del caso);

2) monitoraggio periodico del caso e valutazione degli esiti.

Il Punto unico si colloca a servizio delle persone, adulti e minori di età, con bisogni sociosanitari complessi, in situazioni di fragilità, tali da richiedere l'intervento strutturato, coordinato e sinergico di più servizi, professionalità, interventi. E' rivolto a tutti i cittadini in situazione di fragilità che richiedono una presa in carico integrata sociale e sanitaria anche a causa delle condizioni di marginalità ed esclusione sociale; anziani non autosufficienti, persone affette da disabilità (fisiche e psichiche) o con gravi patologie croniche e invalidanti; persone dipendenti da sostanze di abuso o con problemi di salute mentale e loro famigliari; bambini e adolescenti in precarie o traumatiche situazioni familiari, vittime di maltrattamenti e abusi, con disagio psichico, anche al fine di tutelare la salute mentale in età evolutiva.

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

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

Un altro riferimento normativo è rinvenibile nell'Accordo Stato-Regioni del 25/3/2009, con il quale si approvano e si finanziano gli obiettivi prioritari e di rilievo nazionale per l'anno 2009. Uno di questi obiettivi prevede l'incremento dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) anche attraverso "la costituzione, in ambito territoriale, dei punti unici di accesso (PUA) per la presa in carico delle

persone non autosufficienti attraverso la segnalazione del medico curante, del MMG, dei familiari, dei servizi sociali, dell'utente stesso".

A questo punto, per tutto il decennio successivo la normativa nazionale si occupa dell'attuazione dei PUA nei diversi riparti annuali del Fondo nazionale per le non autosufficienze. I diversi decreti di riparto che si sono succeduti, hanno previsto la realizzazione o il rafforzamento di punti unici di accesso alle prestazioni e ai servizi localizzati negli ambiti territoriali da parte di Aziende Sanitarie e Comuni, così da agevolare e semplificare l'informazione e l'accesso ai servizi socio-sanitari.

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

Infine, un passo avanti è stato realizzato con il Decreto del Ministro della Salute n. 77/2022 sui modelli e standard dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. Nel decreto viene stabilita la presenza obbligatoria del Punto unico di accesso all'interno di tutte le Case della Comunità (sia Hub che Spoke), ma nel contempo si stabilisce che lo stesso ha solo competenze sanitarie. Le CdC spoke sono invece articolazioni territoriali della Hub con dotazioni di servizi molto più ridotta, ma il cui numero e popolazione di riferimento, 40-50.000 abitanti, sarà autonomamente stabilito dalle singole regioni, perché non vi sono standard nazionali di riferimento a questo proposito. I PUA sono previsti obbligatoriamente in tutte le Case della Comunità, sia in quelle Hub che in quelle spoke (Pesaresi, 2022). I Punti unici di accesso saranno pertanto molto diffusi a regime quando cioè saranno realizzate tutte le nuove Case della Comunità previste e saranno riconvertite le Case della Salute in CdC. A conclusione di questo percorso, e comunque entro il 2026, è atteso un PUA ogni 35.000-40.000 abitanti.

5.2.1 - Il personale dei PUA

La normativa nazionale non si occupa di tutto il personale dei PUA demandando la sua organizzazione alle regioni. Nel merito occorre invece rammentare che le regioni che si sono

esprese sul personale indicano una dotazione minima di 3-4 persone per ogni PUA, escluso ovviamente il personale delle UVM.

Quasi tutte le Regioni indicano la necessità della presenza di infermieri, assistenti sociali, amministrativi e medici garantiti dalle ASL e dai comuni/Ambiti sociali secondo le rispettive competenze. La Legge di bilancio 2022 si occupa invece di dare alcune indicazioni sul personale delle Unità valutative multidimensionali integrate previste all'interno dei PUA. Esse sono composte da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente, appartenente al Servizio sanitario e agli Ambiti territoriali sociali (ATS). Il Servizio sanitario nazionale e gli ATS garantiscono le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza. Non viene indicata puntualmente la composizione delle UVM perché spetta alle regioni, ma si richiama la responsabilità degli enti coinvolti per quel che riguarda la dotazione adeguata di personale e il suo funzionamento.

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

- un medico;
- un infermiere professionale;
- un assistente sociale.

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

5.3 – Le Case di Comunità

Con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e il decreto n. 77/2022 sui “Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale”, si sono definite le caratteristiche delle Case della Comunità. Si tratta di uno strumento nuovo del Servizio sanitario nazionale che, con i finanziamenti del PNRR, si svilupperà diffusamente per cui è necessario comprenderlo appieno per utilizzare bene i finanziamenti e per collocarlo in modo appropriato nel sistema delle cure territoriali.

La Casa della Comunità (CdC) è il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento. La CdC è una struttura facilmente riconoscibile e raggiungibile dalla popolazione di riferimento, per l'accesso, l'accoglienza, l'orientamento dell'assistito, la progettazione e l'erogazione degli interventi sanitari.

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

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

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

- è il luogo dove la comunità, in tutte le sue espressioni e con l'ausilio dei professionisti, interpreta il quadro dei bisogni, definendo il proprio progetto di salute, le priorità di azione e i correlati servizi;
- è il luogo dove professioni integrate tra loro dialogano con la comunità e gli utenti per riprogettare i servizi in funzione dei bisogni della comunità, attraverso il lavoro interprofessionale e multidisciplinare;
- è il luogo dove le risorse pubbliche vengono aggregate e ricomposte in funzione dei bisogni della comunità attraverso lo strumento del budget di comunità;
- è il luogo dove la comunità ricomponi il quadro dei bisogni locali sommando le informazioni dei sistemi informativi istituzionali con le informazioni provenienti dalle reti sociali

In Italia strutture simili erano già state istituite nel 2007 con la legge finanziaria e presero il nome di Case della Salute, strutture che ugualmente prevedevano visite mediche in regime ambulatoriale sia da parte dei MMG e PLS, ma anche dai vari specialisti ambulatoriali interni; inoltre nelle case della salute potevano essere attivati ambulatori infermieristici per urgenze minori che non richiedevano l'accesso al PS o per il controllo di pazienti usciti recentemente da una degenza ospedaliera, che necessitavano comunque di assistenza infermieristica.

Con il nuovo decreto le Case di Comunità assorbiranno interamente le Case della Salute come riportato dallo stesso:

“tutte le strutture fisiche territoriali già esistenti devono utilmente rientrare nella progettazione della nuova geografia dei servizi e strutture territoriali e quindi delle CdC e dei servizi correlati in rete. Il piano di sviluppo dei servizi territoriali di ogni singolo contesto regionale deve quindi tendere ad una progettazione dei servizi in rete, con una precisa selezione delle infrastrutture fisiche esistenti da valorizzare, riorientare con altre vocazioni e servizi o dismettere”.

Questo perché sostanzialmente il ruolo delle nuove CdC è sovrapponibile alle Case della Salute e similari, ma porrà una uguaglianza di servizi nelle Regioni, settando appunto lo standard minimo con il quale operare.

Per rispondere alle diverse esigenze territoriali vengono disposti due modelli organizzativi secondo il modello Hub & Spoke. La CdC hub è la struttura di riferimento, completa nelle sue dotazioni di servizio e punto di riferimento per la programmazione sanitaria. Le CdC spoke sono invece sue articolazioni territoriali con dotazioni di servizi molto più ridotte, il cui numero sarà autonomamente stabilito dalle singole regioni perché non vi sono standard nazionali di riferimento a questo proposito. Sia nell'accezione hub sia in quella spoke, la CdC costituisce l'accesso unitario fisico per la comunità di riferimento ai servizi di assistenza primaria. Entrambe, quindi, propongono un'offerta di servizi costituita da MMG, PLS, specialisti ambulatoriali interni, infermieri di famiglia o comunità, infermieri che operano nell'assistenza domiciliare, presenza di tecnologie diagnostiche di base. Anche in questo caso il Ministero, con il DM 77/2022, fornisce direttive molto specifiche sulle due tipologie di CdC che hanno a tutti gli effetti un valore prescrittivo.

Il PNRR prevede l'attivazione di 1.350 Case della Comunità entro la metà del 2026, per le quali si potranno utilizzare sia strutture già esistenti sia nuove.

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

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

Case della Comunità finanziate con il PNRR e Case della Salute

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

Altre funzioni delle CdC è quello di garantire in modo coordinato:

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

5.3.1 - Il personale delle Case di Comunità

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

- 7-11 Infermieri;

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

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

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

Sono poi previsti tutti i professionisti indicati nel Decreto che provvedono a garantire l'assistenza primaria attraverso un approccio di sanità di iniziativa e la presa in carico della comunità di riferimento, con i servizi h 12 e integrandosi con il servizio di continuità assistenziale h 24. In particolare si segnala che nelle CdC hub e spoke è garantita l'assistenza medica H12, 6 giorni su 7, attraverso la presenza dei MMG afferenti alle AFT del Distretto di riferimento. Tale attività ambulatoriale sarà aggiuntiva rispetto alle attività svolte dal MMG nei confronti dei propri assistiti e dovrà essere svolta presso la CdC hub e spoke. Questa attività, secondo l'Agenas, dovrebbe coinvolgere 30-35 medici di medicina generale (MMG) per ogni CdC hub che garantiscono la loro presenza per 2 ore la settimana ciascuno.

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

Il Piano nazionale di Ripresa e resilienza (PNRR), che ha programmato lo sviluppo delle Case della Comunità finanziando le opere strutturali, non ha però finanziato il costo del personale necessario per farle funzionare. Si tratta di un costo molto consistente perché, ipotizzando il massimo del

personale previsto nel Decreto Ministro della Salute n. 77/2022, si può preventivare una spesa aggiuntiva annua a regime di un miliardo e mezzo di euro.

Costi del personale delle 1.350 Case della Comunità

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

5.4 – Gli Ospedali di Comunità

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

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

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

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

L'ospedale di Comunità quindi, strumento di raccordo tra il sistema delle cure primarie e quello delle cure ospedaliere e come modalità di completamento dell'offerta dei servizi di cure intermedie (intermediate health care). Successivamente, un lungo articolo della rivista Monitor dell'Agenas del 2011 identificava tali presidi come Strutture di cure intermedie (SCI).

Per avere un ulteriore riferimento normativo occorre aspettare fino al Patto per la Salute 2014-2016. In tale accordo Stato-Regioni si parla esplicitamente di Ospedali di Comunità da attivare al fine di promuovere la riduzione dei ricoveri inappropriati ed i percorsi di deospedalizzazione, garantendo un'omogenea risposta assistenziale territoriale in tutto il territorio nazionale. In tali presidi l'assistenza medica è assicurata dai Medici di Medicina Generale (MMG), dai Pediatri di Libera Scelta (PLS) o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN che effettuano ricoveri brevi per casi non complessi, che necessitano:

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

Una prima vera caratterizzazione degli Ospedali di Comunità avviene però solo l'anno successivo con il D.M. Salute 70/2015. Si tratta, come è noto, del Decreto sull'organizzazione ospedaliera anche se, con gli Ospedali di Comunità, siamo in presenza di una struttura territoriale, come il D.M. 70/2015 peraltro precisa doverosamente. L'OdC può avere una sede propria, essere collocato in strutture sanitarie polifunzionali, presso presidi ospedalieri riconvertiti, presso strutture residenziali oppure essere situato in una struttura ospedaliera, ma è sempre riconducibile all'assistenza territoriale. In prossimità di Ospedali Pediatrici è possibile prevedere la realizzazione di OdC dedicati a pazienti pediatrici, con la responsabilità clinica del pediatra e la presenza di personale di assistenza specificamente formato e competente per tale target di pazienti.

5.4.1 - Posti letto

Lo standard di riferimento prevede la presenza di almeno un Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti (standard organizzativo con valore prescrittivo). 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. Le stanze sono da 1, 2 o 4 letti.

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

Ospedali di Comunità esistenti al 2021 e finanziati dal PNRR

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

L'Ospedale di Comunità (OdC) è rivolto a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minore o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità

clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che vengono ricoverati in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare) e necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio. Possono accedere all'OdC pazienti con patologia acuta minore che non necessitano di ricovero in ospedale o con patologie croniche riacutizzate che devono completare il processo di stabilizzazione clinica, con una valutazione prognostica di risoluzione a breve termine (entro 30 giorni), provenienti dal domicilio o da altre strutture residenziali, dal Pronto soccorso o dimessi da presidi ospedalieri per acuti.

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

a) pazienti fragili e/o cronici, provenienti dal domicilio, per la presenza di riacutizzazione di condizione clinica preesistente, insorgenza di un quadro imprevisto, in cui il ricovero in ospedale risulti inappropriato;

b) pazienti prevalentemente affetti da multimorbilità, provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, clinicamente dimissibili per conclusione del percorso diagnostico terapeutico ospedaliero, ma con condizioni richiedenti assistenza infermieristica continuativa;

c) pazienti che necessitano di assistenza nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi, dispositivi, di interventi di affiancamento, educazione ed addestramento del paziente e del caregiver prima del ritorno al domicilio;

d) pazienti che necessitano di supporto riabilitativo-rieducativo, il quale può sostanziarsi in:

– valutazioni finalizzate a proporre strategie utili al mantenimento delle funzioni e delle capacità residue (es. proposte di fornitura di ausili);

– supporto ed educazione terapeutica al paziente con disabilità motoria, cognitiva e funzionale; interventi fisioterapici nell'ambito di Percorsi/PDTA/Protocolli già attivati nel reparto di provenienza e finalizzati al rientro a domicilio.

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

Gli OdC possono prevedere ambienti protetti, con posti dedicati a pazienti con demenza o con disturbi comportamentali, in quanto affetti da patologie croniche riacutizzate a domicilio o in dimissione ospedaliera. Queste strutture potrebbero ridurre l'istituzionalizzazione e l'ospedalizzazione in ambienti ospedalieri non idonei (cfr. Piano nazionale demenze). In prossimità di Ospedali Pediatrici è possibile prevedere la realizzazione di OdC dedicati a pazienti pediatrici, con la responsabilità clinica del pediatra e la presenza di personale di assistenza specificamente formato e competente per tale target di pazienti. Tra gli obiettivi primari del ricovero deve essere posto anche l'aumento di consapevolezza dei pazienti e del familiare/caregiver, attraverso l'addestramento alla migliore gestione possibile delle nuove condizioni cliniche e terapeutiche e al riconoscimento precoce di eventuali sintomi di instabilità.

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

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

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

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

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

	LDPA	Ospedale di Comunità	RSA
Setting	Ospedale	Struttura residenziale	Struttura residenziale per anziani
Posti letto	Obiettivo: almeno 0,2 pl ogni 1000 abitanti	Obiettivo: 0,4 pl ogni 1000 abitanti	Attivi 1,5 pl ogni 1000 abitanti
Durata degenza massima	60 giorni	Non superiore a 30 giorni.	In molte regioni anche permanente
Tariffe	154 euro. Nessuna quota di partecipazione dell'assistito.	Media 133 euro. Il costo può essere suddiviso in una quota sanitaria ed una alberghiera a carico dell'utente.	Media 107,5 euro. Viene richiesta all'assistito una quota alberghiera.
Soglia dimensionale minima	Minima: 20 pl Ottimale: 30 pl	Di norma 15-20 pl	20 pl
Standard di personale non medico	Per modulo di 32 pl: - 13 infermieri più capo sala; - 4 tecnici della riabilitazione; - 8 ausiliari socio-sanitari (1988).	Per 20 posti letto: 7-9 Infermieri (compreso coordinatore), 4-6 Operatori Sociosanitari, almeno 1-2 unità di altro personale sanitario con funzioni riabilitative e un Medico per almeno 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7.	Orientamento prevalente delle regioni: - ass. infermieristica 20-40 minuti al giorno, - ter. riabilitazione 5-15 minuti al giorno, - OSS 100-135 minuti al giorno.
Assistenza medica	Soluzione regionale prevalente: presenza 24/24 ore.	Per 20 posti letto: nel turno diurno (8-20) deve essere garantita per almeno 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7 mentre nel turno notturno (20-8) e diurno festivo e prefestivo in forma di pronta disponibilità. L'assistenza notturna può essere garantita anche da Medici della Continuità Assistenziale.	Soluzione regionale prevalente: pochi minuti al giorno per ospite. Spesso geriatra.
Modalità di accesso	I pazienti sono inviati dall'ospedale.	L'accesso avviene su proposta di: medico di medicina generale; medico di continuità assistenziale; medico specialista ambulatoriale interno ed ospedaliero; medico del pronto soccorso; pediatra di libera professione.	I pazienti possono essere inviati sia dall'ospedale che dal territorio. L'ingresso è regolato attraverso l'UVM.
		Per l'accesso è necessario che siano soddisfatti i seguenti criteri: <ul style="list-style-type: none"> • diagnosi già definita; • prognosi già definita; • valutazione del carico assistenziale e della stabilità clinica eventualmente attraverso scale standardizzate; • programma di trattamento già stilato e condiviso con il paziente e/o con la famiglia (ad eccezione del Pronto Soccorso). 	
Lavoro multidisciplinare e multidimensionale	Elaborazione di un programma assistenziale individualizzato o di un progetto riabilitativo individualizzato per ogni paziente.	E' auspicabile una valutazione multidimensionale anche in fase d'accesso.	Usati sistematicamente strumenti di valutazione multidimensionale e PAI definito per tutti i pazienti.

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

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

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

5.4.2 – Il personale

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

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

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

Le attività di coordinamento sono assicurate da un infermiere con funzioni di coordinamento per uno o per i due moduli, se presenti nell'OdC. L'assistenza infermieristica è garantita nelle 24 ore 7 giorni su 7 (standard organizzativo con valore prescrittivo) con il supporto degli operatori sociosanitari, in coerenza con gli obiettivi del Progetto di assistenza individuale integrato (PAI) e in stretta sinergia con il responsabile clinico e gli altri professionisti sanitari e sociali coinvolti. Gli OdC verranno completati entro il 2026, per cui il personale dovrà essere messo a disposizione dal 2027.

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

L'Ospedale di Comunità non svolge un ruolo emergenziale, ma accoglie pazienti stabili per degenze brevi fornendo, come già detto, un tramite tra l'assistenza ospedaliera e il domicilio o la

lunga degenza, oppure il ricovero suggerito dal medico nel caso di patologie note e trattabili con brevi degenze. L'accesso presso l'OdC avviene su proposta del:

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

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

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

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

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

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

Risulta evidente che l'OdC, pur avendo un'autonomia funzionale, opera in forte integrazione con gli altri servizi sanitari, quali la rete delle cure intermedie, i servizi di assistenza specialistica ambulatoriale, le cure domiciliari e i servizi di emergenza-urgenza territoriali. A tal fine devono essere predisposte specifiche procedure operative volte a garantire la continuità assistenziale e la tempestività degli interventi necessari, valorizzando la funzione di coordinamento e raccordo garantito dalle Centrali operative territoriali (COT). Devono essere definiti appositi collegamenti funzionali con i servizi di supporto diagnostico specialistico per la valutazione continuativa della salute dei pazienti ricoverati, perciò esami diagnostici radiologici e laboratoristici risultano essenziali per monitorare l'evoluzione clinica del paziente e per informare il personale sanitario delle condizioni dello stesso. Sarà perciò di fondamentale rilevanza dotare questi ospedali di questi strumenti per fornire un'assistenza più adeguata. La sfida maggiore sarà quindi quella di dotare gli OdC di strumenti diagnostici ed operatori che siano attivi h 24 7 giorni su 7, soprattutto gli esami diagnostici radiologici, richiedono la presenza di personale addetto e risultano determinanti per costruire una diagnosi. Se l'organizzazione degli OdC non sarà costituita in questa maniera l'unica strada percorribile, al variare delle condizioni del paziente, è quella del ricovero ospedaliero, ma in questo ultimo caso, otterremmo lo stesso fenomeno che si verifica nelle RSA, spesso portando al sovraccarico dei punti emergenza ospedaliera. Tutto ciò incrementa incredibilmente i tempi di attesa nei pronto soccorso, problematica attualissima e dolente del nostro SSN.

Si dovrà quindi mirare a rendere autonomi gli OdC implementandoli almeno con dotazioni diagnostiche minime per esami di primo livello ed auspicabilmente, in alcuni OdC strategici per il territorio, con alcune apparecchiature diagnostiche di II livello.

5.5 – Le centrali operative territoriali (COT)

La Centrale Operativa Territoriale (COT) è un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona, di raccordo tra servizi e professionisti coinvolti

nei diversi setting assistenziali, attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e di dialogo con la rete dell'emergenza-urgenza.

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

5.5.1 - Standard

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

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

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

- coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali (transizione tra i diversi setting: ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere, ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o dimissione domiciliare);
- coordinamento/ottimizzazione degli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale;
- tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro;
- supporto informativo e logistico, ai professionisti della rete assistenziale (MMG, PLS, MCA, IFoC ecc.), riguardo le attività e servizi distrettuali;

- raccolta, gestione e monitoraggio, anche attraverso strumenti di telemedicina, dei percorsi integrati di cronicità (PIC), dei pazienti in assistenza domiciliare e gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona (telemedicina, teleassistenza, strumenti di e-health, ecc.), utilizzata operativamente dalle Case della Comunità (CdC) e dagli altri servizi afferenti al Distretto, al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno.

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

5.5.2 - Il personale delle COT

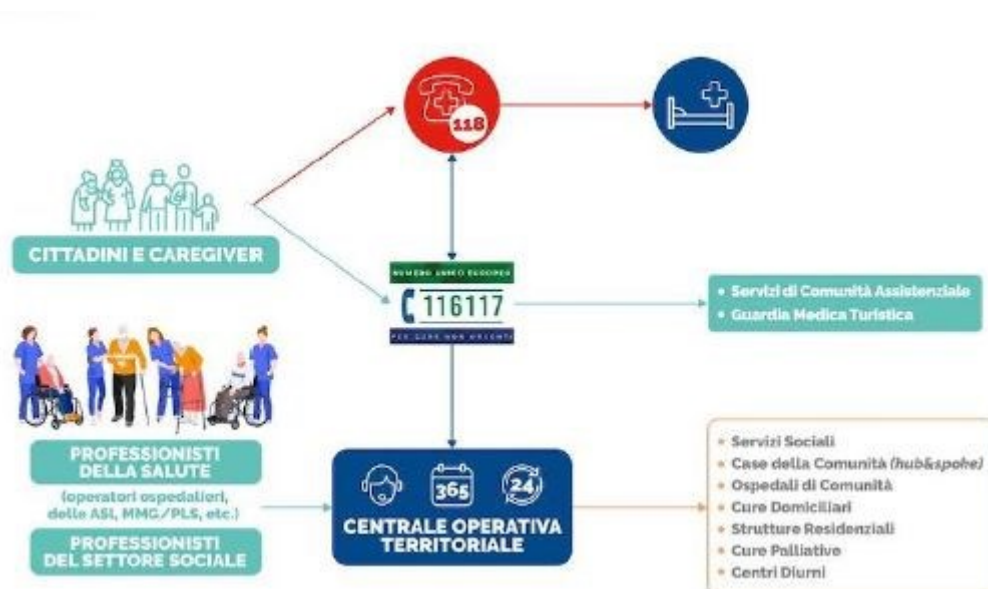
Lo Standard di personale di una COT per 100.000 abitanti: 1 coordinatore infermieristico, 3-5 Infermieri, 1-2 unità di Personale di Supporto (standard prescrittivo).

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

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

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

Le relazioni funzionali delle Centrali operative territoriali



Le Centrali operative territoriali previste dal PNRR

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

Secondo il PNRR, le Centrali Operative Territoriali (COT) saranno dotate dei mezzi tecnologici per garantire il controllo remoto dei dispositivi di telemedicina forniti ai pazienti, sosterranno lo

scambio di informazioni tra gli operatori sanitari coinvolti nella cura, costituiranno un punto di riferimento per i caregiver, sia per la formazione alla cura che per la sua attuazione, e fungeranno da punto di riferimento in caso di ulteriori necessità assistenziali del paziente.

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

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

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

5.6 – L’Infermiere di Famiglia o Comunità

La figura dell’infermiere di famiglia è stata prevista dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), nel 2000, attraverso il documento *“The family health nurse - Context, conceptual framework and curriculum”* che introdusse un nuovo tipo di infermiere, l’infermiere di famiglia, individuato come componente di un team multidisciplinare di operatori sanitari per il raggiungimento dei 21 obiettivi per il ventunesimo secolo stabiliti dall'OMS Europa nel 1998. L’infermiere di famiglia, secondo l’OMS, è colui che aiuta gli individui ad adattarsi alla malattia e alla disabilità cronica, trascorrendo buona parte del suo tempo a lavorare a domicilio della persona assistita e della sua famiglia. Proprio sull’aiuto al nucleo familiare è incentrato il suo lavoro e sotto

il profilo organizzativo il modello prevede che l'infermiere di famiglia sia responsabile di un gruppo predefinito di "famiglie". In Italia, la figura dell'infermiere di famiglia o di comunità è stata istituita con il Decreto "Rilancio" (DL 34/2020).

Secondo il DM 77/2022 l'Infermiere di Famiglia o Comunità è la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera, perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona. L'Infermiere di Famiglia o Comunità interagisce con tutti gli attori e le risorse presenti nella comunità formali e informali. L'Infermiere di Famiglia o Comunità non è solo l'erogatore di cure assistenziali, ma diventa la figura che garantisce la risposta assistenziale all'insorgenza di nuovi bisogni sanitari espressi e potenziali che insistono in modo latente nella comunità.

È un professionista con un forte orientamento alla gestione proattiva della salute. È coinvolto in attività di promozione, prevenzione e gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e di comunità all'interno del sistema dell'assistenza sanitaria territoriale nei diversi setting assistenziali in cui essa si articola. E' previsto un Infermiere di Famiglia o Comunità ogni 3.000 abitanti. È da sottolineare però che tale standard va inteso come numero complessivo di Infermieri di Famiglia o Comunità (IFoC) impiegati nei diversi setting assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola (DMS 77/2022).

Quello appena indicato è lo standard generale che viene stabilito per tutte le attività distrettuali; poi il D.M.S. n. 77/2022 indica anche uno standard di personale specifico per le Case della Comunità Hub.

Viene stabilito infatti che le CdC hub14 dovranno essere dotate di 7-11 Infermieri di Famiglia o Comunità organizzati indicativamente secondo il modello di seguito descritto:

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

In sostanza, per fare un esempio, la norma prevede che, in un distretto sanitario di 100.000 abitanti, possano operare almeno 33 IFoC; di questi, ipotizzando che in un distretto siano collocate due Case della Comunità (CdC), un numero di 14-22 IFoC opereranno all'interno delle CdC; gli altri saranno occupati in altre attività del distretto sanitario.

L'IFoC, secondo il D.M. 77/2022, è inserito all'interno dei servizi e delle strutture del distretto sanitario e sicuramente nelle Case della Comunità sia Hub che Spoke, operando altresì anche nei luoghi di vita e socialità locale ove sia possibile agire interventi educativi, di prevenzione, cura ed assistenza. L'IFoC è un professionista responsabile dei processi infermieristici in ambito familiare e comunitario che, attraverso una presenza continuativa e proattiva nell'area/ambito o comunità di riferimento, assicura l'assistenza infermieristica in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità (MMG/PLS, assistente sociale, professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, ecc.), perseguendo l'integrazione interdisciplinare sanitaria dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona. L'introduzione dell'Infermiere di Famiglia o di Comunità ha l'obiettivo di rafforzare il sistema assistenziale sul territorio, per promuovere una maggiore omogeneità ed accessibilità dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria a rilevanza sanitaria. L'IFoC interagisce con tutte le risorse presenti nella comunità formali e informali e concorre a realizzare la rete del welfare di comunità/generativo. È un professionista che ha un forte orientamento alla gestione proattiva della salute e ricopre le diverse funzioni, erogando prestazioni assistenziali sanitarie, a seconda del setting in cui opera. L'IFoC si attiva per facilitare e monitorare percorsi di presa in carico e di continuità dell'assistenza in forte integrazione con le altre figure professionali del territorio. In sintesi, l'Infermiere di Famiglia o Comunità:

- collabora all'intercettazione del bisogno di salute, agendo sulla promozione, prevenzione e gestione della salute in tutte le fasce d'età;
- contribuisce alla programmazione delle attività anche attraverso gli strumenti propri della gestione degli assistiti finalizzati a mantenere la popolazione in condizioni di buona salute, rispondendo ai bisogni del singolo paziente sia in termini di prevenzione sia di cura delle condizioni croniche;
- favorisce l'accessibilità e l'orientamento ai servizi al fine di garantire un'effettiva presa in carico della persona assistita;

- promuove il coinvolgimento attivo e consapevole della comunità, organizzando processi e momenti di educazione sanitaria di gruppo in presenza o in remoto, in collaborazione con tutti i livelli e gli attori sanitari, in linea con le indicazioni del Dipartimento di prevenzione e di sanità pubblica; promuove attività di informazione/comunicazione sia ai singoli sia alla comunità, in collaborazione con le idonee competenze relazionali di linguaggi, format e modalità di interazione in base alla popolazione a cui si rivolge;
- svolge attività di counseling infermieristico e contribuisce ad attività di supporto motivazionale per la promozione di corretti comportamenti, al fine di favorire la partecipazione e la responsabilizzazione individuale e collettiva;
- valorizza e promuove il coinvolgimento attivo della persona e del suo caregiver;
- utilizza sistematicamente strumenti digitali e di telemedicina e teleassistenza;
- lavora in forte integrazione con le reti sociosanitarie a valenza sanitaria e con le risorse della comunità (associazioni, volontariato, ecc.), e collabora in team con i MMG, i PLS e gli altri professionisti sanitari.

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

L'IFoC con il suo operato, sostanzialmente produrrà 2 azioni. La prima azione sarà a base **individuale e familiare** attraverso interventi diretti e indiretti che hanno come destinatari la persona, la sua famiglia e le sue persone di riferimento. Favorisce la promozione e il mantenimento della salute della persona attraverso il rafforzamento della sua autonomia decisionale, grazie ad un'offerta assistenziale capace non solo di garantire prestazioni che può comunque erogare specie se complesse, ma anche di anticipare la lettura dei bisogni ancora inespressi, con l'obiettivo finale di accompagnare i cittadini nel loro percorso di gestione del

processo di salute e di vita, del quale diventano protagonisti portando alla luce i potenziali di cura dei singoli e delle famiglie.

Operando in maniera proattiva e proponendosi attivamente come operatore non solo sanitario, ma anche sociale, produrrà la seconda azione a base **comunitaria** attraverso iniziative rivolte alle comunità, all'interno di una rete di relazioni e connessioni formali e informali, in cui il problema trova soluzione perché vengono modificate le relazioni che lo hanno generato. L'IFoC interagisce con tutte le risorse presenti nella comunità sotto forma di volontariato, associazioni, parrocchie, vicinato, famiglie disponibili a dare aiuto ai concittadini che si trovano temporaneamente in una situazione di fragilità e contribuisce a supportare la rete del welfare di comunità. L'IFoC svolge attività trasversali di implementazione dell'integrazione con l'obiettivo di favorire l'attivazione e l'integrazione tra i vari operatori sanitari e sociali e le possibili risorse formali e informali presenti sul territorio utili a risolvere problematiche inerenti ai bisogni di salute (FNOPI).

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

5.7 - TELEMEDICINA

La telemedicina è una modalità di erogazione di servizi e prestazioni assistenziali, sanitarie, sociosanitarie a rilevanza sanitaria a distanza, abilitata dalle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, e utilizzata da un professionista sanitario per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti (telemedicina professionista sanitario – assistito) o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari (telemedicina professionista sanitario – professionista sanitario).

La telemedicina rappresenta un approccio innovativo alla pratica sanitaria, già consolidato in diversi ambiti sanitari, consentendo - se inclusa in una rete di cure coordinate - l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione. La telemedicina supporta l'interazione dei diversi professionisti sanitari con l'assistito nelle diverse fasi di valutazione del bisogno assistenziale, di erogazione delle prestazioni e di monitoraggio delle cure. Facilita inoltre lo scambio di informazioni tra professionisti e la collaborazione multiprofessionale e multidisciplinare sui singoli casi clinici. Implica il trasferimento di dati e informazioni, anche personali e relativi alla salute, in diversi formati (numerici, testuali, grafici, multimediali, etc.) e modalità di interazione (sincrona o asincrona). Le diverse prestazioni e servizi di telemedicina, quali la televisita specialistica, la teleassistenza, il telemonitoraggio, la teleriabilitazione, il teleconsulto medico, la teleconsulenza medico sanitaria, o la telerefertazione, costituiscono un'opportunità e un fattore abilitante la strutturazione di modelli di gestione integrata dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria a rilevanza sanitaria, in grado di rispondere sia alle necessità dei sistemi sanitari, con particolare riferimento alla gestione della cronicità, sia, in un'ottica di medicina personalizzata, a quelle individuali del singolo assistito, così come previsto anche dal "Patto per la Salute 2019-2021".

L'importanza del ruolo della sanità digitale e della telemedicina nel favorire i processi di presa in carico del paziente cronico, consentendo una migliore gestione domiciliare della persona, è riconosciuta anche nel Piano Nazionale della Cronicità del 2016. Del resto, l'utilizzo della telemedicina per l'erogazione di prestazioni e servizi assistenziali abilita e supporta l'attuazione delle disposizioni di cui all'articolo 21 del DPCM del 12 gennaio 2017, nell'ambito dei percorsi assistenziali integrati e assistenza territoriale. Lo sviluppo della telemedicina va considerato come un elemento abilitante per l'attuazione della riorganizzazione dell'assistenza territoriale, poiché può favorire:

- 1) la riduzione delle distanze tra operatori sanitari e pazienti e tra operatori sanitari stessi;
- 2) il tempestivo intervento per pazienti cronici trattati a domicilio in occasione di episodi di acuzie;
- 3) la diagnosi precoce dell'evento acuto e il tempestivo intervento per pazienti trattati a domicilio e/o in condizioni di emergenza;
- 4) l'efficientamento delle prestazioni assistenziali erogate in zone interne e/o disagiate con una ottimizzazione delle risorse, offrendo servizi di prossimità che aumentino l'appropriatezza e l'aderenza terapeutica;
- 5) la correlazione degli interventi per una presa in carico integrata tra ospedale e territorio, anche assicurando processi di de-ospedalizzazione, quali ad esempio le dimissioni protette;
- 6) la collaborazione tra gli operatori appartenenti alle diverse reti assistenziali ospedaliere e territoriali, consentendo una più efficace ed efficiente operatività dei gruppi di lavoro, in particolare per tutti quei contesti nei quali la multidisciplinarietà è elemento essenziale per una corretta presa in carico e gestione dell'assistito.

La telemedicina è dunque l'insieme di tecnologia e organizzazione che, se inclusa in una rete di cure coordinate (coordinated care), contribuisce in modo rilevante a migliorare la capacità di risposta del Servizio Sanitario Nazionale.

Nel disegno di riorganizzazione dell'assistenza territoriale delineato dal presente documento, la telemedicina diviene parte integrante del progetto di salute, sia esso semplice o complesso, definito per il singolo assistito in base ai propri bisogni di salute. Le esperienze sinora condotte dimostrano che, nella presa in carico continuativa e di lungo periodo del paziente multi-patologico e/o fragile, le modalità di adozione di modelli di servizio innovativi supportati dalla telemedicina sono legate strettamente alla maturità e capacità dei contesti locali e possono implicare importanti modifiche dell'operatività e delle competenze dei professionisti. Tale visione è coerente con quanto richiamato nelle "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina", approvate in Conferenza Stato-Regioni il 17 dicembre 2020, in base alle quali le prestazioni ed i servizi di telemedicina sono assimilati a qualunque altra prestazione o servizio diagnostico/terapeutico/assistenziale/riabilitativo, come tali devono quindi sempre rispettare tutti

i diritti e gli obblighi propri di qualsiasi atto sanitario. Anche se, per quel che concerne il rapporto personale medico-paziente, le prestazioni di telemedicina non sostituiscono completamente le prestazioni assistenziali tradizionali, ma le integrano per migliorarne efficacia, efficienza, appropriatezza e sostenibilità. A tal fine le regioni e le aziende sanitarie erogano prestazioni e servizi per cui, attraverso studi comparativi, siano state scientificamente dimostrate pari condizioni di sicurezza per gli assistiti ed i professionisti sanitari, e pari o migliori condizioni in termini di costo-efficacia rispetto alla pratica clinica tradizionale.

In coerenza con l'obiettivo di aumentare l'accessibilità, ridurre le diseguaglianze nell'accesso alle cure e garantire un approccio quanto più omogeneo possibile sul territorio, anche in considerazione delle potenzialità delle moderne tecnologie ICT, i sistemi che erogano prestazioni di telemedicina, che operino a qualsiasi livello aziendale, regionale, interregionale e/o nazionale, devono:

1) interoperare con i diversi sistemi nazionali (ANA, NSIS, TS, PAGOPA, SPID, etc.) e regionali (FSE, CUP, etc.) a supporto dell'assistenza sanitaria, garantendo il rispetto degli standard di interoperabilità nei dati;

2) supportare la convergenza di processi e strutture organizzative, seppur con la necessaria flessibilità in base alle esigenze specifiche, anche superando la frammentazione tecnologica;

3) supportare l'attivazione di servizi di telemedicina per i singoli pazienti, in base alle indicazioni del Progetto di salute;

4) uniformare le interfacce e le architetture per la fruizione delle prestazioni di telemedicina, sia per l'utente che per il professionista, in un'ottica di semplificazione, fruibilità e riduzione del rischio clinico, assicurando anche l'integrazione con i sistemi di profilazione regionali/nazionali (es. SPID);

5) mettere a disposizione servizi strutturati in modo uniforme e con elevati livelli di sicurezza, sull'intero territorio, sviluppati con approccio modulare e che garantiscono il rispetto delle vigenti indicazioni nazionali.

6 - NUOVI AMBITI ED OPPORTUNITA' PER LO SVILUPPO DELLE PROFESSIONI SANITARIE

Il DM 77/2022, assieme al PNRR, ha ridefinito il sistema sanitario territoriale, fornendo alle Regioni un nuovo dispositivo per distribuire e capillarizzare la salute in maniera più omogenea nel territorio. Nel decreto si menzionano nuove figure sanitarie che andranno ad occupare le varie posizioni della rinnovata assistenza territoriale. L'assistenza territoriale configurata dal DM 77/2022 rappresenta quindi un nuovo terreno di confronto per le varie professioni sanitarie, che aspirano legittimamente ad occupare nuovi ambiti e ruoli di rilievo in quello che probabilmente sarà il segmento sanitario in cui si investirà maggiormente nei prossimi anni.

La partita si giocherà soprattutto sulla capacità delle professioni di essere dinamiche, proattive e propositive per andare ad occupare ruoli nell'assistenza territoriale espletata in maniera estensiva. L'assetto sin qui in essere dell'assistenza territoriale dovrà necessariamente essere ridefinito per poter gestire la crescente mole di prestazioni sanitarie, mantenendo un buon livello qualitativo. Per soddisfare tale richiesta le varie professioni dovranno assolvere compiti e mansioni non solo nell'ambito delle attuali attribuzioni, ma saranno chiamate ad acquisire nuove competenze.

Con il DM 77/2022 le opportunità per il rilancio delle varie professioni si stanno quindi effettivamente concretizzando; quello che ora bisogna chiedersi è quale figura, per ogni professione, si farà promotrice del cambiamento. Per avere la piena legittimazione si dovrebbe teoricamente attendere un nuovo decreto che sancisca la definizione delle nuove figure professionali; tuttavia le tempistiche per ottenere ciò potrebbero diventare molto lunghe, soprattutto considerando che le Regioni stanno iniziando ora ad approcciare il decreto, e sono focalizzate soprattutto sulla realizzazione delle nuove strutture.

In futuro ci sarà sicuramente bisogno di formare le nuove figure professionali e sarebbe auspicabile, a questo fine, attivare delle vere e proprie specializzazioni universitarie, preferibili a corsi integrativi come Master e corsi di aggiornamento, magari effettuabili anche in università telematiche, nei quali è più alto il rischio di non avere un buon standard qualitativo nella formazione del professionista. Una formazione universitaria garantirebbe la formazione di professionisti altamente qualificati con competenze approfondite e appositamente definite per l'ambito assistenziale territoriale, ma le tempistiche per attuare questa misura potrebbero essere particolarmente dilatate.

Le prime proposte, sia a breve che a lungo termine, si configurano comunque in un iter legislativo che porti all'evoluzione anche in termini di inquadramento contrattuale, ivi compresi i requisiti di selezione interna ed esterna per valorizzare i corsi formativi:

1. Corso di laurea triennale per ogni profilo, di cui 1 anno di contenuti trasversali;
2. Master a livello universitario di I e II livello con eventuale corso di perfezionamento, come vincolo per la progressione di carriera;
3. 2 anni di specialistica ad indirizzo professionale o manageriale entrambi come vincolo per la progressione di carriera;
4. Corso di laurea di 5 anni a ciclo unico di cui 3 anni con contenuti professionali per specifico profilo che abilitano allo svolgimento della professione + 2 anni con contenuti trasversali da completare obbligatoriamente per determinare le progressioni di carriera.

Un ruolo importante per stimolare l'evoluzione della professione lo ricoprono gli Ordini professionali, deputati a rappresentare e tutelare le funzioni proprie delle varie professioni e ad operare per il loro sviluppo. Tuttavia gli Ordini professionali tendono spesso a privilegiare maggiormente il ruolo corporativo di garanzia della professionalità, il che in genere porta ad un irrigidimento sugli aspetti relativi alle mansioni professionali risultando infine un ostacolo per la progressione della professione stessa. Come gli stessi professionisti che rappresenta, è necessario che anche l'Ordine abbia un approccio proattivo nel proporre nuovi ambiti di sviluppo della professione e sia attore importante nel dialogo con le Regioni e con le Aziende sanitarie, mostrando di essere aperto e proiettato verso nuovi modelli e dinamiche sanitarie.

È comunque dal panorama molto eterogeneo delle organizzazioni sanitarie, che può arrivare il primo impulso per avviare l'evoluzione delle professioni, sia a livello sanitario, ma anche a livello sociale, cambiando il modo in cui vengono percepite e considerate da parte dell'utenza.

In definitiva sarà necessaria una ridefinizione di profili, competenze, mansioni, funzioni, responsabilità e, soprattutto, autonomia professionale per la promozione di un nuovo modello di gestione imprenditoriale, che colga la necessità di interpretare:

1. paradigmi, standard e modelli dinamici di risposta ai bisogni, a base trasversale e non più solamente per silos;

2. introduzione di nuovi modelli organizzativi che possano consentire il reale sviluppo professionale anche in aree trasversali e gestionali oltre che tecnico-professionali specialistiche (dipartimenti/strutture/unità);
3. massima fruibilità dei professionisti, con competenze trasversali e distintive per specifico settore, anche in nuovi possibili ambiti, non solo quelli definiti dal DM 77/2022;
4. percorsi di carriera all'interno dei sistemi sanitari, anche attraverso nuovi criteri di organizzazione del lavoro sia in ambito professionale e specialistico, che gestionale-manageriale e di governance.

6.1 - Nuova strategia di organizzazione del lavoro: la *skill-mix*

Il rapporto OASI (Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano) in collaborazione con l'Osservatorio FIASO (Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere) ha osservato che le Aziende, soprattutto durante l'emergenza COVID-19, hanno operato delle scelte di *skill-mix change* per rispondere alle varie contingenze che si sono presentate durante il periodo della pandemia, ma esse non sono state corroborate da un piano di sviluppo strategico.

Nel contesto emergenziale della pandemia era comprensibile, ma oggi, con la disponibilità dei fondi del PNRR e con il DM 77/2022, è indispensabile che le Aziende assumano, in particolare nella sfera della gestione delle risorse umane, una visione prospettica nel formulare e perseguire obiettivi quali-quantitativi strategici atti ad aumentare l'efficacia e l'efficienza delle cure sanitarie.

L'elevata qualificazione del personale sanitario, rimodulata in un mix di professionalità e competenze, può rappresentare un fattore critico di successo per rispondere alle esigenze degli *stakeholders*, contribuendo a migliorare l'*outcome* a parità di costi.

Bisognerà porre attenzione a non limitarsi a considerare solo i rapporti quantitativi tra le professioni basandosi sui costi del personale. Tale approccio infatti alimenta il conflitto tra le organizzazioni professionali che competono per il "territorio organizzativo" ed elaborano strategie di sviluppo spesso autoreferenziali rispetto alle finalità istituzionali.

Invece lo *skill-mix* tra professioni andrà utilizzato come una leva di gestione multidimensionale che non si limita alla definizione di confini tra diversi gruppi professionali, ma supporta anche una riflessione sulla composizione del personale sia all'interno delle singole professioni (livello intra-professionale), che sul set di competenze e responsabilità del singolo operatore sanitario (livello individuale) e sulla definizione di nuove professioni e ruoli (livello extra-professionale).

Attualmente nelle Aziende si può notare una organizzazione di tipo *staff-mix*, ovvero si ha un certo numero di tipologie di personale sanitario con una specifica composizione numerica che va a comporre una precisa organizzazione sanitaria (reparto, unità operativa, poliambulatorio, ecc.) volta a svolgere specifiche mansioni atte, nel loro insieme, a soddisfare i fabbisogni dei pazienti. La nuova concezione organizzativa auspicabile per le Aziende sanitarie dovrebbe invece basarsi sulle competenze del singolo operatore sanitario (*skill-mix*) e sul loro completo utilizzo nel contesto lavorativo. Ciò permetterà di superare la composizione dogmatica del personale di servizio, introducendo un approccio integrato e dinamico di *skill management* finalizzato a sviluppare le competenze, i ruoli e le professionalità sanitarie necessarie per rispondere a mutevoli condizioni e bisogni esterni. In quest'ottica le Aziende sanitarie possono adottare diverse strategie di cambiamento delle *skills* del personale sanitario, senza limitarsi alla ridefinizione dei confini inter-professionali in termini quantitativi.

Strategie skill-mix per le professioni sanitarie



Questo approccio più fluido alle mansioni rappresenta una opportunità di arricchire gli incarichi svolti da una specifica categoria professionale, incrementandone contestualmente il livello di

responsabilità e, soprattutto, di autonomia nello svolgimento delle prestazioni. Si tratta quindi di ampliare i ruoli e le competenze di un particolare gruppo di operatori, richiedendo a un professionista di eseguire nuovi compiti che prevedono livelli di responsabilità superiori rispetto e quelli precedentemente svolti, pur rimanendo sempre all'interno del medesimo ambito disciplinare.

A livello intra-professionale è possibile attivare una seconda modalità di *skill-mix*, che prevede lo spostamento delle responsabilità tra specifici gruppi all'interno della medesima professione sanitaria. In questo modo, l'Azienda sanitaria sceglie di delegare lo svolgimento di un compito all'interno dello stesso gruppo professionale. Ad esempio, è stato studiato l'impatto generato dall'impiego di medici specialisti al posto di medici non specialisti nella cura del cancro. In una concezione più tradizionale di *skill-mix* è possibile decidere di sostituire una tipologia di professionisti con un'altra ("*substitution*", sostituzione), allargando l'ampiezza del lavoro di un gruppo di operatori sanitari e modificando i confini tra gruppi professionali. In questa prospettiva inter-professionale, molti studi hanno esplorato ad esempio la possibilità di sostituire medici con infermieri nell'ambito delle cure primarie. Da ultimo, un cambiamento nello *skill-mix* può essere generato al di fuori dell'attuale configurazione professionale attraverso la progettazione e creazione *ex novo* di ruoli e posizioni di lavoro che richiedono lo sviluppo di specifiche competenze professionali ("*innovation*", innovazione). In questo caso, non si tratta di incrementare le responsabilità di una figura professionale esistente (valorizzazione), o spostare le responsabilità tra diversi soggetti all'interno del medesimo gruppo professionale (delega), oppure trasferire le responsabilità tra diversi gruppi (sostituzione), bensì reclutare e formare una figura professionale innovativa per gestire l'erogazione di uno specifico servizio sanitario (nuovo o esistente). In questo ambito rientrano anche il trasferimento di compiti standardizzati a non professionisti sanitari ("*laicizzazione*") o alle macchine (automatizzazione attraverso robotica e intelligenza artificiale).

La scelta di quale strategia adottare dipende dal contesto istituzionale e organizzativo in cui si trovano le Aziende, che potranno pertanto adottare le politiche di *skill-mix* ritenute più funzionali per la trasformazione dei servizi sanitari e concretizzare il modello di cure territoriali voluto. L'obiettivo sarà di sistematizzare le diverse pratiche di *skill-mix* adottate dalle Aziende sanitarie all'interno di quattro possibili scelte strategiche: **valorizzazione, sostituzione, delega e innovazione.**

Riguardo a questi ambiti di evoluzione dei ruoli dell'organizzazione aziendale, il panorama sembra purtroppo tutt'altro che in evoluzione. Le Aziende sanitarie in questo momento sono focalizzate sulla gestione dei fondi del PNRR per la realizzazione delle nuove strutture territoriali, mentre per quanto riguarda il reclutamento professionale esse tendono ancora a restare nel tradizionale solco di approvvigionamento del personale e alla costituzione di organizzazioni sanitarie che operano sempre con il tradizionale "sistema a silos", non prendendo ancora in considerazione le possibilità offerte dallo *skill-mix*.

L'allungamento dei percorsi formativi, la codificazione dei saperi (che facilita il trasferimento dei compiti), l'evoluzione tecnologica, la moltiplicazione delle professioni, la stessa demografia che incide sul numero di nuovi operatori: queste potenti dinamiche spingono, e in una certa misura, impongono, di ricercare l'equilibrio tra offerta e domanda di professionisti, non solo sul lato dell'offerta (di quanti e quali professionisti avremo bisogno fra 5, 10 o 15 anni?), ma anche su quello della domanda.

Attualmente sembra che tali problematiche non siano considerate così urgenti dalle Aziende ed è quindi assai probabile che nel prossimo futuro certe criticità possano emergere. Di queste le principali sono:

- *shortage* del personale sanitario: se prima avevamo carenza di medici ora si sommano anche le carenze delle professioni sanitarie;
- necessità di personale per la nuova assistenza territoriale (PNRR e DM 77/2022);
- eterogeneità dei fabbisogni degli *stakeholders* (sia l'utenza, che le organizzazioni sanitarie);
- Professioni Sanitarie che si stanno moltiplicando formando un panorama eterogeneo, ma sono poco disposte a trattare sulla condivisione di mansioni, compiti e conoscenze.

Portare la questione al livello di attenzione che merita non è ovviamente un compito semplice e implica un impegno di un insieme di attori su fronti diversi. Due terreni, fra gli altri, possono risultare decisivi.

Il primo attiene alla necessità di riuscire a ricondurre il dibattito sul futuro del Sistema Sanitario Nazionale a fare i conti con la realtà dei dati. È difficilmente comprensibile, per esempio, che, come continua ad accadere, attori di grande responsabilità nel sistema a fronte delle tensioni sul

mercato del lavoro dei medici perorino la liberalizzazione degli ingressi a medicina, fingendo di ignorare che ogni decisione su questo fronte presa oggi produce i suoi effetti fra almeno dieci anni ed è rispetto a quel futuro che dobbiamo ragionare. In secondo luogo è poco comprensibile il mantenimento delle quote di produzione di personale sanitario senza nessun riferimento alle reali necessità di professionisti per soddisfare le esigenze.

Anche se spesso non intenzionalmente governati e in misura magari non soddisfacente rispetto alle esigenze, processi di *skill-mix* e, in generale, di indebolimento dei confini professionali nella concreta pratica di erogazione dei servizi si stanno comunque diffondendo nel sistema. Si tratta, come si è cercato di fare in questo capitolo, di individuare e valorizzare le esperienze, anche attraverso schemi interpretativi che possano fungere da guida per tutti i soggetti coinvolti e aumentarne la replicabilità.

Un'ultima notazione riguarda il quadro strategico di riferimento nel quale inserire lo *skill-mix* a livello di sistema. I principali soggetti cui è possibile affidare la responsabilità della trasformazione sono essenzialmente due: da una parte, le professioni e le loro rappresentanze e, dall'altra, il SSN e le Aziende. In termini molto semplificati è perciò possibile immaginare due scenari diversi.

Nel primo sono le professioni a guidare il cambiamento, rinegoziando tra loro e in accordo con il SSN, i reciproci confini in termini meno rigidi e più coerenti rispetto alle evoluzioni in atto. A livello di aziende tale scenario vedrebbe un ruolo centrale nell'innovazione affidato alle partizioni organizzative che le stesse professioni esprimono.

Il secondo scenario vedrebbe le Aziende come protagoniste. Si tratterebbe per le Aziende di appropriarsi dell'organizzazione del lavoro, pur rispettando la natura professionale dei servizi erogati, attraverso un profondo ripensamento sul ruolo e le competenze dei servizi del personale e una focalizzazione sugli aspetti professionali degli attuali servizi delle professioni e delle Direzioni sanitarie. A livello centrale le rappresentanze delle professioni e il SSN nei suoi organi centrali dovrebbero definire i perimetri professionali di massima e garantire, comunque, uno spazio adeguato all'azione delle Aziende.

I due scenari prefigurano evoluzioni a diversa velocità e intensità di cambiamento, ma in questo momento l'importante è che il sistema si metta in moto.

7 - RIFLESSIONE SUGLI AMBITI DI SVILUPPO DELLE PROFESSIONI SANITARIE ALL'INTERNO DELLE CASE DI COMUNITÀ

Il DM 77 /2022 ha sancito la nascita delle Case di Comunità fornendo dei nuovi standard per l'assistenza territoriale; riguardo le figure sanitarie operanti all'interno si elencano qui di seguito i concetti generali espressi nel Decreto.

La Casa di Comunità 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;
- 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;
- avviene la presa in carico delle cronicità e fragilità della popolazione secondo il modello della sanità di iniziativa;
- si elabora la valutazione del bisogno della persona e l'accompagnamento alla risposta più appropriata;
- si risponde alla domanda di salute della popolazione e la garanzia della continuità dell'assistenza anche attraverso il coordinamento con i servizi sanitari territoriali (es. DSM, consultori, ecc.);
- si attivano dei percorsi di cura multidisciplinari, che prevedono l'integrazione tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, e tra servizi sanitari e sociali;

Questi punti, nel loro insieme, esprimono la volontà da parte del legislatore di delineare un luogo familiare, ad alta valenza sociale, che la comunità senta come proprio. L'utenza si interfacerà e dialogherà con i vari professionisti della salute per ricevere il sostegno e le cure adatte alle proprie esigenze; con il DM è stata data anche la grande possibilità di portare ambulatori che gestiscono le varie fasi riabilitative, croniche e non, all'esterno dei grandi ospedali. Escludendo le acuzie e le degenze, le CdC possono quindi diventare i nuovi luoghi di cura ed assumere un'elevata valenza sociale. All'atto pratico si prefigura che un paziente, dopo aver effettuato un accesso ad un pronto soccorso ospedaliero per una determinata patologia, venga preso in carico e gestito in acuzie dal reparto di competenza e che una volta che sia stata gestita la fase critica, il paziente possa essere mandato presso il proprio domicilio ed i controlli successivi possano essere effettuati presso la propria Casa di Comunità. Pertanto, oltre che rispondere ai bisogni dell'utenza esterna di

riferimento, le CdC prenderanno in carico anche le fasi di riabilitazione e/o di gestione cronica, garantendo un ulteriore servizio socio-sanitario, prezioso soprattutto nei territori più distanti dai grandi ospedali. Affinché la Casa di Comunità assuma valenza e peso nel territorio, limitando il sovraccarico degli ospedali, andrà strutturata secondo un modello polivalente, funzionale a soddisfare l'eterogenea richiesta dell'utenza, con molteplici ambulatori specialistici che coinvolgeranno diverse professioni sanitarie.

In linea generale nel decreto viene configurata un'equipe multiprofessionale:

- MMG, PLS e Medico di Comunità e dei Servizi: definito come referente principale, in quanto titolare del rapporto di fiducia con il singolo assistito, relativamente agli aspetti diagnostico-terapeutici in tutte le fasi della vita; referente clinico per le attività che garantisce presso la CdC, nell'ambito della programmazione distrettuale e degli obiettivi aziendali/regionali.
- Infermiere: referente della risposta ai bisogni assistenziali e di autocura, contempla tra le sue attività la prevenzione e la promozione della salute nella presa in carico del singolo e della sua rete relazionale, si relaziona con gli attori del processo ed è di supporto per l'assistito nelle diverse fasi di presa in carico;
- Specialista: assume un ruolo di rilevanza strategica in relazione alla complessità diagnostica e terapeutica che caratterizza le fasi della malattia; in caso di cronicità multipla il ruolo potrà essere assunto dallo specialista che segue la cronicità prevalente per gravità/instabilità sulle altre e quindi questa figura potrà variare nel corso del processo. La figura ha un ruolo di spicco nelle fasi centrali del processo, dove le sue competenze fanno sì che assuma un ruolo di guida nella decisione clinica;
- Farmacista: referente dell'uso sicuro ed efficace dei farmaci contenuti nel programma terapeutico (interazioni farmacologiche, dosaggio, formulazione, farmacovigilanza, sostenibilità economica);
- Psicologo: referente delle valutazioni e risposte ai bisogni psicologici del paziente e della sua rete di supporto;
- Assistente Sociale: referente della risposta ai bisogni sociali del paziente e della sua rete relazionale;
- Altre figure professionali: i professionisti sanitari coinvolti possono assumere il ruolo di *case manager* nelle diverse fasi della presa in carico, in considerazione della predominanza di

specifici bisogni assistenziali riconducibili alla professione ostetrica, alle professioni sanitarie tecniche, della prevenzione e della riabilitazione.

Delle figure elencate la Casa di Comunità deve avere la dotazione minima di:

- 7-11 Infermieri;
- 1 assistente sociale;
- 5-8 unità di Personale di supporto, (socio-sanitario, amministrativo)
- MMG e PLS che lavora in regime ambulatoriale presso la CdC, ma con la possibilità di ruotare su ambulatori diversi rispetto alla casa di comunità.

Preso in questi termini minimi, il personale risulterebbe veramente sottodimensionato. Parte del personale dovrà infatti essere riservato all'assistenza domiciliare sul territorio, limitando ad appena di 2-3 le unità infermieristiche operanti in sede per l'attività ambulatoriale e la gestione dei pazienti in dimissione dagli ospedali. In questi termini le Case di Comunità non avrebbero ragione di esistere perché il loro supporto al sistema sanitario in ambito territoriale sarebbe praticamente nullo.

L'approccio che le Aziende sanitarie dovranno avere sarà invece quello di spostare il baricentro delle prestazioni sanitarie ambulatoriali d'elezione il più possibile verso le Case di Comunità, cercando di alleggerire le strutture ospedaliere che si concentreranno elettivamente:

- della parte emergenziale,
- dei pazienti con quadri clinici complessi,
- delle gravi patologie non trattabili in regime ambulatoriale
- nel caso delle AOU dei casi correlati a studi o trial clinici

Il DM 77/2022 spinge soprattutto sulle professioni sanitarie e lascia un ampio terreno su cui operare e svilupparsi. Riprendendo la parte finale in cui fa riferimento alle *altre figure sanitarie*, cita espressamente:

“I professionisti sanitari coinvolti possono assumere il ruolo di case manager nelle diverse fasi della presa in carico, in considerazione della predominanza di specifici bisogni assistenziali riconducibili alla professione ostetrica, alle professioni sanitarie tecniche, della prevenzione e della riabilitazione”

È un passaggio dirimente: implica che i professionisti sanitari coinvolti attuino la “presa in carico” del paziente agendo in autonomia, individuando le necessità ed i bisogni della persona malata, determinandone il miglior percorso assistenziale e agevolandone il rientro al domicilio o l'inserimento presso le strutture sanitarie.

Al di là della mera prestazione clinica e senza cercare di sostituirsi ad altre figure sanitarie, le professioni sanitarie possono apportare un ulteriore valore aggiunto nelle Case di Comunità sotto il profilo dell’empatia e delle relazioni umane: riuscire ad instaurare un rapporto fiduciario con il paziente sarà fondamentale per far percepire all’utenza la Casa di Comunità come luogo adeguato e sicuro a cui affidare la cura della propria salute e quella dei propri cari.

Sviluppare una Casa di Comunità “completa”, che includa professionalità sanitarie eterogenee, ne massimizzerà l’efficacia, consentendo di fornire un’assistenza socio-sanitaria più adeguata, ed aumentandone il senso di vicinanza della cittadinanza alla struttura stessa, facendola diventare il luogo di cura principale per l’utenza esterna e per i pazienti con particolari fragilità e/o con patologie croniche. Solo esaltandone la valenza multidisciplinare potrà supportare al meglio la rete di cure a livello territoriale, alleggerendo le strutture ospedaliere.

Escludendo gli infermieri e gli assistenti sociali, che sono espressamente citati nel decreto, ma invece riferendoci all’espressione “altre figure professionali”, al suo interno possiamo racchiudere:

Professioni Tecnico Sanitarie - Area diagnostica

1. Tecnico Sanitario di Radiologia Medica
2. Tecnico Audiometrista
3. Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico
4. Tecnico di Neurofisiopatologia

Professioni Tecnico Sanitarie - Area assistenziale

1. Tecnico Ortopedico
2. Tecnico Audioprotesista
3. Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusioni Cardiovascolari
4. Igienista dentale
5. Dietista

Professioni Sanitarie della Riabilitazione

1. Podologo

2. Fisioterapista
3. Logopedista
4. Ortottista - Assistente di Oftalmologia
5. Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva
6. Tecnico Riabilitazione Psichiatrica
7. Terapista Occupazionale
8. Educatore Professionale

Professione Sanitaria Ostetrica

1. Ostetrica /o

Considerando le professioni appena elencate e i loro ambiti di attività, i possibili ambulatori che esse potrebbero supportare sono molteplici e lasciano ipotizzare la formazione di un grande poliambulatorio dove al suo interno le diverse professioni cooperano a creare salute. Questi ambulatori potranno vicariare da remoto all'attività "ambulatoriale" post-degenza dei reparti ospedalieri mantenendo, attraverso la telemedicina, un contatto con lo specialista fino alla completa guarigione del paziente.

8 - RIFLESSIONE SUGLI AMBITI DI SVILUPPO DELLE PROFESSIONI SANITARIE NELL'ASSISTENZA TERRITORIALE DOMICILIARE

Come già espresso dal DM 77/2022, il potenziamento della rete assistenziale territoriale beneficerà soprattutto le persone con forte invalidità, mediante una rete assistenziale domiciliare il cui obiettivo è quello di cercare di diminuire gli spostamenti dei pazienti con limitata mobilità e con gravi patologie croniche non ricoverati in reparti o nelle RSA. Nel decreto l'assistenza domiciliare è prevista mediante gli Infermieri di Famiglia o di Comunità (IFoC) che assistono i pazienti nelle varie fasi di riabilitazione o nelle loro cronicità direttamente presso le loro abitazioni: è un grande investimento in quanto l'ospedalizzazione ha costi decisamente maggiori rispetto alle cure prestate presso il domicilio del malato stesso.

Oltre a ciò, secondo il decreto, la domiciliazione del paziente non rappresenta solo una mera fonte di risparmio, ma è anche un mezzo per salvaguardare l'autonomia degli individui garantendone il

più possibile la permanenza all'interno del proprio nucleo familiare e della propria residenza durante il processo di cura, con tutti i benefici umanitari che questo comporta. Sono proprio tali benefici che hanno portato le organizzazioni sanitarie ad investire sulla formazione di professionisti nella cura e riabilitazione integrata. Oltre al medico e all'infermiere, molte sono le professioni che possono essere coinvolte in maniera diversificata come il fisioterapista, il TSRM, l'OSS, l'assistente sociale etc., portando ognuna un proprio contributo di professionalità e competenze specifiche.

Il decreto configura come domiciliare la fase riabilitativa o cronica e delega alle CdC la presa in carico del paziente. Pertanto, all'atto di dimissione dalla struttura ospedaliera, l'assistito viene ripreso in carico dal proprio MMG operante all'interno della Casa di Comunità, il quale recepisce la lettera di dimissione ospedaliera e imposta il piano terapeutico su indicazione dello specialista di reparto. Una volta redatto il piano terapeutico, questo viene trasmesso all'equipe degli IFoC di competenza, i quali eseguiranno visite periodiche presso il domicilio del paziente erogando la terapia stabilita ed informeranno il MMG sulle condizioni del paziente, aggiornando il suo fascicolo sanitario. Ovviamente, nel corso della degenza domiciliare il MMG potrà andare a visitare il paziente secondo necessità. La procedura fin qui riportata è definita come *"Cure domiciliari di livello Base"*.

Per raggiungere l'obiettivo di assicurare comunque un'adeguata assistenza sanitaria nelle abitazioni delle persone senza la necessità di dover muovere il paziente, il Decreto prevede anche livelli superiori di assistenza domiciliare, denominati *"Cure domiciliari Integrate"* (ADI di I livello, ADI di II livello, ADI di III livello), in cui altre professionalità assumono un ruolo fondamentale. Questi consistono in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, diagnostici, ecc., prestati da personale sanitario qualificato, atti a stabilizzare il quadro clinico e arrestare/limitare il declino funzionale di persone non autosufficienti e/o in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse. Un paziente non monitorato e non assistito con adeguate cure domiciliari integrate, spesso rischia l'aggravamento delle condizioni fino a manifestare un'urgenza clinica che necessita un nuovo accesso al pronto soccorso, quasi ad alimentare il circolo vizioso che contribuisce al prolungamento delle liste d'attesa emergenziali. L'obbiettivo è quindi quello di evitare il rientro nella rete ospedaliera se non necessario.

9 – RIFLESSIONI SULLA TELEMEDICINA

La digitalizzazione è indubbiamente una priorità per la crescita e la modernizzazione del Paese tanto che nel PNRR è assunta a Missione numero 1 (M1C1 Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione), ma viene espressamente citata anche in entrambi i titoli della Missione 6 attinente alla Salute, sia in M6C2 relativa alla digitalizzazione in toto del Sistema Sanitario Nazionale, sia in M6C1 come Telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale. In questo capitolo prenderemo in esame proprio quest'ultimo ambito.

L'innovazione tecnologica può contribuire in maniera determinante alla riorganizzazione dell'assistenza sanitaria, in particolare sostenendone lo spostamento del fulcro dall'ospedale verso il territorio. Diverse sono le modalità con cui la Telemedicina può intervenire agevolando l'erogazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie; a titolo semplificativo ma non esaustivo si può citare: equità nell'accesso alle cure nei territori remoti, supporto alla gestione delle cronicità, canale di accesso facilitato all'alta specializzazione, migliore continuità della cura attraverso il confronto multidisciplinare, facilitazione per i servizi di emergenza-urgenza.

A livello nazionale si contano molteplici iniziative di Telemedicina, tuttavia queste, specialmente in fase iniziale, hanno spesso avuto connotati di sperimentazioni, prototipi, progetti, e sono state caratterizzate da casistica limitata e... elevata mortalità delle iniziative stesse. A fronte di tale diffusione non organica, oltretutto con grandissima differenza tra le Regioni (con netto divario tra Nord e Sud), ci si è resi conto che sarebbe stato auspicabile disporre di un modello condiviso di *governance* della Telemedicina teso ad armonizzare indirizzi e criteri di applicazione, quale presupposto alla interoperabilità dei servizi.

In Italia una delle prime esperienze organiche in questo senso, con apposita convenzione stipulata con il Ministero della Salute, è stata quella della Regione Emilia Romagna con la partecipazione delle Regioni Toscana, Liguria, Marche e Campania, a cui si sono poi aggiunte anche le Regioni Veneto, Sicilia, Lombardia, che ha istituito nel 2007 l'Osservatorio Nazionale *e-Care* (www.onecare.cup2000.it). Obiettivo dell'Osservatorio è quello di costruire la mappa delle reti *e-care*, di favorire lo scambio delle buone pratiche e delle correlate tecnologie, al fine di migliorare l'accessibilità e l'efficacia dei servizi erogati on line ai cittadini. La costituzione dell'Osservatorio tiene inoltre conto delle strategie europee per l'*e-health* (vedi sotto) e degli obiettivi del Piano sanitario nazionale, con particolare riferimento alla presa in carico dei pazienti cronici e fragili e alla continuità assistenziale. Tale Osservatorio, inizialmente focalizzato sull'*home care*, sta

progressivamente estendendo il suo perimetro a tutti gli ambiti di Telemedicina per definire un modello di riferimento a livello nazionale.

Al fine di disporre costantemente di una visione chiara e completa delle iniziative progettuali di Telemedicina attivate sul territorio nazionale, l'Osservatorio ha messo a disposizione delle Regioni uno strumento che consente la compilazione *on line* di schede relative ai progetti presenti sul territorio regionale. Nelle schede sono riportate la descrizione dei progetti, la tipologia di servizi e relativi ambiti di applicazione, lo stato di avanzamento e la tipologia del destinatario del servizio, nonché l'ambito territoriale del progetto.

Nel 2010, il Consiglio Superiore di Sanità (CSS) ha poi istituito un Tavolo di lavoro per la Telemedicina, cui partecipano componenti ed esperti del CSS, Direttori Generali e Funzionari del Ministero. Tenuto conto delle priorità del SSN ed in coerenza con le iniziative intraprese a livello comunitario, il Tavolo si è posto come obiettivo quello di creare i presupposti abilitanti alla diffusione di servizi di Telemedicina concretamente integrati nella pratica clinica, con cui fornire risposte efficaci ai modificati bisogni di salute dei cittadini.

Un settore così strategico non poteva sfuggire alle Istituzioni comunitarie. Risale al 4 novembre 2008 la Comunicazione della Commissione Europea COM(2008)689 recante "Telemedicina a beneficio dei pazienti, dei sistemi sanitari e della società", finalizzata a sostenere gli Stati membri nella realizzazione, su larga scala, di servizi di Telemedicina attraverso specifiche iniziative quali: creare fiducia nei servizi di Telemedicina, favorirne l'accettazione, apportare chiarezza giuridica, risolvere i problemi tecnici ed agevolare lo sviluppo del mercato. Nell'ambito della citata Comunicazione, la Commissione Europea ha individuato specifiche azioni da intraprendere a livello di ciascuno Stato membro. Tali azioni prevedono, in particolare, che ciascuno Stato membro valuti le proprie esigenze e priorità in materia di Telemedicina affinché divengano parte integrante delle strategie nazionali in materia di sanità, e che ciascuno di essi valuti ed adegui le rispettive normative nazionali al fine di consentire un accesso più ampio ai servizi di Telemedicina, affrontando questioni quali l'accreditamento, la responsabilità, i rimborsi, la tutela della sfera privata e dei dati personali.

In diversi paesi Europei la Telemedicina è molto diffusa, sostenuta da interventi normativi, da documenti strategici, da progetti a livello nazionale. Si descrivono di seguito, in modo rappresentativo e non esaustivo, alcuni aspetti salienti delle strategie che alcuni paesi hanno adottato nei confronti della *e-health* e più in particolare della Telemedicina.

In Svezia, nel 2006 è stata pubblicata la *National Strategy for e-health*. Si tratta di un documento in evoluzione, sviluppato attraverso una serie di report regolari (ultima versione nel 2010). La Telemedicina in Svezia è molto diffusa; nel 2008 era in uso in oltre 100 applicazioni e in oltre il 75% degli Ospedali. Le principali aree applicative sono la Televisita (paziente-medico), il Telemonitoraggio e il Teleconsulto radiologico.

Anche la Norvegia ha investito sulle soluzioni di *e-health* e Telemedicina in ragione della bassa densità della popolazione a fronte delle grandi distanze per raggiungere l'Ospedale più vicino. Molte sono le applicazioni in uso, tra cui: il Teleconsulto tra medico di medicina generale e specialista, la Tele-patologia, la Tele-radiologia, la Tele-psichiatria e servizi per il miglioramento della cura dei tumori.

In Spagna i Sistemi Sanitari Regionali, che fanno parte del Sistema Sanitario Nazionale, negli ultimi 15 anni hanno focalizzato l'attenzione sull'*e-health*, con alcune linee di azione condivise tra cui lo sviluppo di sistemi o servizi di Telemedicina.

In Gran Bretagna, nel maggio 2008 il *Department of Health* ha finanziato un vasto programma di Teleassistenza e Telesalute, il *Whole System Demonstrator (WSD) Programme*, rivolto alle persone fragili e ai malati cronici, che ha coinvolto in 2 anni oltre 6000 pazienti e oltre 200 medici, probabilmente la più grande sperimentazione sistematica di Telemedicina mai condotta. I risultati dello studio sono tali da incoraggiare il *Department of Health* verso un nuovo programma ("*Three Million Lives*" campaign), in collaborazione con l'industria, il *National Health System*, le associazioni professionali e le organizzazioni sociali, rivolto a potenziali 3 milioni di candidati che potrebbero trarre beneficio da servizi di Teleassistenza e Telesalute.

Il Ministero della Salute francese ha pubblicato nell'ottobre 2010 sul *Journal Officiel de la République Française* un decreto che, definendo chiaramente i servizi di Telemedicina e determinandone le condizioni di attuazione, riconosce ufficialmente la Telemedicina all'interno del Servizio Sanitario Francese.

9.1 - Motivazioni e benefici della Telemedicina

Di seguito si sintetizzano le principali motivazioni e benefici attesi che spingono allo sviluppo ed all'adozione di tecniche e strumenti di Telemedicina:

- *Equità di accesso all'assistenza sanitaria*

L'equità dell'accesso e la disponibilità di una assistenza sanitaria qualificata in aree remote possono essere grandemente aumentate dall'uso della Telemedicina (si pensi alla montagna, alle piccole isole, ma anche semplicemente ad aree rurali poco collegate alle città di riferimento); la Telemedicina inoltre può concorrere a migliorare l'assistenza sanitaria in carcere, che presenta disagi e costi aggiuntivi dovuti all'organizzazione dei trasferimenti, una difficoltosa gestione delle emergenze, lunghi tempi di attesa per gli accertamenti diagnostici/specialistici ed una limitata attività di diagnosi preventiva.

- *Migliore qualità dell'assistenza e continuità delle cure*

A questa motivazione è legata tutta la Telemedicina mirata a portare direttamente presso l'abitazione del paziente il servizio del medico, senza che questo si allontani dal suo studio e senza che il paziente stesso sia costretto a muoversi. La cura delle malattie croniche può rappresentare un ambito prioritario per la applicazione di modelli di Telemedicina; il Telemonitoraggio può migliorare la qualità della vita di pazienti cronici attraverso soluzioni di auto-gestione e monitoraggio remoto, anche ai fini di una de-ospedalizzazione precoce.

- *Migliore efficacia, efficienza, appropriatezza*

L'introduzione della Telemedicina può rendere fruibile e continua la comunicazione fra i diversi attori e orientare gli erogatori verso un utilizzo appropriato delle risorse, riducendo i rischi legati a complicanze, riducendo il ricorso alla ospedalizzazione, contenendo i tempi di attesa, ottimizzando l'uso delle risorse disponibili. La disponibilità di informazioni tempestive e sincrone offre inoltre la possibilità di misurare e valutare i processi sanitari attraverso indicatori di processo e di esito.

L'utilizzo di strumenti di Telemedicina, a titolo esemplificativo, può anche essere a supporto della terapia farmacologica per migliorare la compliance del farmaco. Sono disponibili dispositivi e sistemi per aiutare il paziente nel processo terapeutico e migliorare i risultati con riduzione degli eventi avversi da farmaci.

- *Contenimento della spesa*

La Telemedicina non può più essere considerata come un settore a sé stante, quanto piuttosto come una specializzazione nell'ampio settore della Sanità Elettronica. Quest'ultima ricomprende in senso più ampio l'uso dell'*Information and Communication Technology* (ICT) a supporto dell'intera gamma di funzioni e processi operativi che investono il settore sanitario, ed il Fascicolo Sanitario

Elettronico ne rappresenta certamente il fronte più avanzato ed innovativo che sta impattando progressivamente le realtà europea, nazionale e regionale.

Uno dei vantaggi dei nuovi modelli organizzativi basati sulla Telemedicina è rappresentato da una potenziale razionalizzazione dei processi sociosanitari con un possibile impatto sul contenimento della spesa sanitaria, riducendo il costo sociale delle patologie. Se correttamente utilizzati, i servizi di Telemedicina possono contribuire a una trasformazione del settore sanitario ed a un cambiamento sostanziale dei modelli di business che ad esso sottendono. Alla luce delle precedenti osservazioni, è chiaro infatti come la disponibilità di servizi di Telemedicina per aree o pazienti disagiati permetterebbe una diminuzione delle spese concomitanti ad un aumento dell'efficienza del sistema. Inoltre, la Telemedicina può essere di supporto alla dimissione protetta ospedaliera, alla riduzione delle ospedalizzazioni dei malati cronici, al minor ricorso ai ricoveri in casa di riposo degli anziani, alla riduzione della mobilità dei pazienti, alla ricerca di migliori cure.

- *Contributo all'economia*

Quello della Telemedicina e sanità elettronica, e più in generale quello delle tecnologie applicate alla medicina (dispositivi medici), è uno dei settori industriali a maggior tasso di innovazione. Quella *dell'e-health* è considerata la più vasta industria sanitaria dopo quella farmaceutica e dei dispositivi medici, con valore potenziale di miliardi di euro. L'importanza economica della Telemedicina si esplica pertanto non solo in un potenziale contenimento della spesa sanitaria, ma anche in un contributo significativo all'economia, in un settore in cui l'industria europea, ma anche quella nazionale (comprese numerose piccole e medie imprese), è in buona posizione e ha subito nell'ultimo decennio una rapida espansione, che si prevede continui con ritmo sostenuto.

- *Continuità delle cure e integrazione Ospedale - Territorio*

La gestione della cronicità e la continuità dell'assistenza si avvalgono fortemente del contributo delle tecnologie innovative, e più in generale dell'ICT, per garantire la realizzazione di una modalità operativa a rete, che integri i vari attori istituzionali e non istituzionali deputati alla presa in carico delle cronicità. In particolare, nelle nuove forme d'aggregazione dei medici di medicina generale, la Telemedicina e la Teleassistenza rappresentano esempi di come la tecnologia possa supportare un'efficace operatività di tali forme organizzative, anche ai fini della gestione della cronicità. Analogamente per patologie croniche a stadi avanzati e gravi, il supporto della Telemedicina specialistica consente di mantenere il paziente a casa.

- *Patologie rilevanti*

Sono state realizzate esperienze di Telemedicina nazionali e internazionali in molti settori della patologia medica e chirurgica, dalle patologie cardiovascolari e cerebrovascolari alle malattie respiratorie, dal diabete alla patologia psichiatrica, nella acuzie e nella cronicità, in pediatria, nella cura dell'adulto e nell'anziano fragile fino alla riabilitazione.

Ad esempio nel campo delle Malattie rare, l'uso delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione quali la Telemedicina può garantire l'individuazione e l'accesso a distanza all'assistenza sanitaria super-specialistica necessaria.

- *Sistema dell'Emergenza Urgenza*

Gli interventi di assistenza in emergenza-urgenza possono avvalersi delle tecnologie al fine di gestire le attività di pronto intervento sanitario mirate all'eliminazione del rischio, anche attraverso il collegamento ad altri nodi della rete sanitaria. L'utilizzo della Telemedicina in questo contesto può rendere disponibili in modo tempestivo informazioni cliniche utili alla gestione di pazienti critici.

- *Riorganizzazione della diagnostica di laboratorio e diagnostica per immagini*

Il rilevante impatto economico ed organizzativo delle iniziative di sviluppo del settore della diagnostica di laboratorio (incluse le tecniche diagnostiche avanzate) e della diagnostica per immagini ha reso indispensabile attivare iniziative finalizzate, tra l'altro, ad assicurare l'interoperabilità dei sistemi ospedalieri e delle ASL (intra e inter-regionali), con particolare riferimento al Teleconsulto. I settori diagnostici da sempre hanno lavorato a stretto contatto con la tecnologia; la grande progressione delle professioni diagnostiche è andata infatti di pari passo con l'innovazione tecnologica e con l'evoluzione delle apparecchiature sanitarie e dei relativi sistemi informatici. Per lo sviluppo della telemedicina territoriale le professioni diagnostiche possono giocare un ruolo di capofila per guidare e accelerare la diffusione e l'utilizzo di apparecchiature elettroniche e sistemi informativi digitali, favorendo lo *sharing* delle informazioni sanitarie, accorciando le distanze fisiche nel territorio.

9.2 - Finalità della Telemedicina

La Telemedicina si può concorrere a realizzare per le seguenti finalità sanitarie:

- *Prevenzione secondaria*

Si tratta di servizi dedicati alle categorie di persone già classificate a rischio o persone già affette da patologie (ad esempio diabete o patologie cardiovascolari) le quali, pur conducendo una vita normale, devono sottoporsi a costante monitoraggio di alcuni parametri vitali, come ad esempio il tasso di glicemia per il paziente diabetico, al fine di ridurre il rischio di insorgenza di complicazioni.

- *Diagnosi*

Si tratta di servizi che hanno come obiettivo quello di muovere le informazioni diagnostiche anziché il paziente. Un iter diagnostico completo è difficilmente eseguibile attraverso l'uso esclusivo di strumenti di Telemedicina, ma la Telemedicina può costituire un completamento o consentire approfondimenti utili al processo di diagnosi e cura, ad esempio, attraverso la possibilità di usufruire di esami diagnostici refertati dallo specialista, presso l'ambulatorio del medico di medicina generale, la farmacia, il domicilio del paziente.

- *Cura*

Si tratta di servizi finalizzati ad operare scelte terapeutiche ed a valutare l'andamento prognostico riguardante pazienti per cui la diagnosi è ormai chiara, a titolo di esempio servizi di Teledialisi o interventi chirurgici a distanza.

- *Riabilitazione*

Si tratta di servizi erogati presso il domicilio o altre strutture assistenziali a pazienti cui viene prescritto l'intervento riabilitativo come pazienti fragili, bambini, disabili, cronici, anziani.

- *Monitoraggio*

Si tratta della gestione, anche nel tempo, dei parametri vitali, definendo lo scambio di dati (parametri vitali) tra il paziente (a casa, in farmacia, in strutture assistenziali dedicate...) in collegamento con una postazione di monitoraggio per l'interpretazione dei dati.

La Telemedicina può diventare un fulcro per i Servizi di Telemedicina del Territorio erogati dai Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS). Essa comprende le varie

modalità con cui si forniscono servizi medici anche specialistici a distanza e può avvenire tra medico e paziente oppure tra medici e altri operatori sanitari.

9.3 - Le prestazioni di Telemedicina

Un servizio di Telemedicina ben strutturato potrà avere una copertura territoriale

- aziendale
- inter-aziendale
- regionale
- inter-regionale
- nazionale

Nell'ambito di comunità a cui il servizio sarà rivolto, esso potrà integrare l'assistenza nel territorio andando a comprendere cittadini a domicilio (pazienti a rischio, cronici, pediatrici, anziani), cittadini presso Strutture Assistenziali dedicate e detenuti.

In relazione al tipo di relazione tra gli attori coinvolti, le prestazioni della Telemedicina si possono realizzare secondo le seguenti modalità:

- *Televisita*

La Televisita è un atto sanitario in cui il medico interagisce a distanza con il paziente. L'atto sanitario di diagnosi che scaturisce dalla visita può dar luogo alla prescrizione di farmaci o di cure. Durante la Televisita un operatore sanitario che si trovi vicino al paziente, può assistere il medico. Il collegamento deve consentire di vedere e interagire con il paziente e deve avvenire in tempo reale o differito.

- *Teleconsulto*

Il Teleconsulto è un'indicazione di diagnosi e/o di scelta di una terapia senza la presenza fisica del paziente. Si tratta di un'attività di consulenza a distanza fra medici che permette a un medico di chiedere il consiglio di uno o più medici, in ragione di specifica formazione e competenza, sulla base di informazioni mediche legate alla presa in carico del paziente.

- *Telecooperazione sanitaria*

La Telecooperazione sanitaria è un atto consistente nell'assistenza fornita da un medico o altro operatore sanitario ad un altro medico o altro operatore sanitario impegnato in un atto sanitario. Il termine viene anche utilizzato per la consulenza fornita a quanti eseguono una prestazione in un regime di alterate condizioni del paziente prima di essere trasportato in una struttura d'urgenza.

- *Telemonitoraggio*

Il Telemonitoraggio sanitario è un atto di assistenza fornita da un medico, ma anche da un professionista sanitario nel caso di una patologia cronica, di una patologia che ha un decorso a lungo termine, oppure viene utilizzato nel caso di riabilitazioni e nel caso si debbano tenere in osservazione ferite chirurgiche, bendaggi, sondini, pic, peg, ecc.

- *Telerefertazione*

La Telerefertazione è un atto che compie il medico radiologo per la refertazione di esami a distanza. Grazie all'invio di immagini a grande distanza, l'esame può essere condotto dal Tecnico di Radiologia in una sede distaccata o direttamente presso il domicilio del paziente per poi essere inviato direttamente al sistema di archiviazione RIS e PACS centrale, dove il medico radiologo può tranquillamente produrre il referto radiologico. Con la telerefertazione sono grandi le opportunità di sviluppo della radiologia domiciliare nel nuovo modello di organizzazione sanitaria territoriale; creando infatti le radiologie domiciliari nelle case di comunità, i tecnici di radiologia possono supportare fortemente la domiciliarità, permettendo al paziente di non muoversi verso strutture ospedaliere. La radiologia domiciliare e la telerefertazione infine contribuirebbero allo svuotamento dei pronto soccorso ospedalieri riducendone i tempi di attesa e ridurrebbero anche le liste di attesa per alcuni esami eseguiti in elezione.

9.4 - Formazione

Ai fini di una ampia e corretta diffusione della Telemedicina, particolare attenzione va dedicata a formazione e aggiornamento dei professionisti della salute che ne dovranno utilizzare gli strumenti. La formazione dovrà riguardare innanzitutto le nuove apparecchiature di acquisizione delle informazioni e le tecnologie di trasmissione dei dati che sono alla base di una prestazione di Telemedicina. Ma non solo, poiché saranno implementate nuove modalità di dialogo e interazione con il paziente, il personale sanitario, a partire da coloro che avranno contatti per

telefono oppure attraverso lo schermo, dovrà aver ricevuto anche una apposita formazione psicologica, in modo da umanizzare la comunicazione a distanza, vicariando la eventuale minore empatia dovuta alla mancanza della interrelazione fisica.

Come per ogni materia anche per la Telemedicina sarà determinante che l'apprendimento diventi un'azione di sistema e non un evento estemporaneo. Sarà indispensabile mettere in atto un programma strutturato di formazione universitaria con progressivo inserimento nei curricula formativi delle professioni sanitarie, di primo e secondo livello. Fortemente auspicabili anche percorsi di formazione post laurea specifici per *l'e-health* (inclusa la Telemedicina) rilascianti titoli di valore universitario utili all'inserimento professionale in Centri Erogatori e Centri Servizi.

La Telemedicina dovrebbe infine anche essere inserita tra le tematiche oggetto di ECM ed in particolare nell'ambito dell'obiettivo relativo all'innovazione tecnologica.

10 - CONCLUSIONI

Il DM 77/2022 è stato emanato sulla base dell'esperienza vissuta con il COVID-19 ed organizza in maniera legislativa la Missione 6 del PNRR, apportando sostanziali cambiamenti al sistema sanitario in particolar modo all'assistenza territoriale.

Come si è discusso in questo elaborato, 4 sono le principali organizzazioni potenziate del DM 77/2022 attraverso i fondi del PNRR:

- Ospedali di Comunità: istituiti per fornire una degenza intermedia tra quella breve ospedaliera e di lunga durata presso il domicilio o le RSA.
- Case di Comunità: istituite per potenziare l'assistenza territoriale formando un polo rappresentativo di una quota di popolazione, che comprenda multidisciplinarietà e multiprofessionalità che cooperano in maniera proattiva per garantire la salute all'utenza, soprattutto nei casi di cronicità e di fragilità. Le CdC andranno ad assorbire ed integrare le Case della Salute
- Rete Assistenza Domiciliare: un sistema che parte dalle CdC che ha come target la popolazione di riferimento, soprattutto gli over 65 anni ed i pazienti con cronicità e grandi fragilità, la cui mobilitazione verso le varie strutture potrebbe aggravarne la salute; la popolazione presa in carico dall'ADI potrà ricevere diversi servizi sanitari partendo da un

livello di cure base, fino ad arrivare alla completa presa in carico da parte dei professionisti coinvolti, che andranno ad integrarsi anche con un'assistenza a carattere sociale.

La domiciliazione del paziente ha costi decisamente inferiori rispetto a quella ospedaliera e salvaguarda l'autonomia degli individui coinvolti.

- Telemedicina: nell'ottica di questa nuova organizzazione territoriale sarà il "collante" della nuova rete sanitaria. L'integrazione dei sistemi informativi dovrà essere virtuosa e partirà dai poli ospedalieri centrali fino ad arrivare a casa dei pazienti. L'approccio allo sviluppo dovrà essere proiettato verso l'utenza, collegando team multidisciplinari ad ogni singolo paziente cercando di portare la salute all'interno delle abitazioni delle persone e non le persone verso le strutture sanitarie. L'e-health dovrà essere l'obiettivo principale degli investimenti regionali, per migliorare le prestazioni, ridurre i tempi di attesa ed ottimizzare il sistema migliorando la qualità del sistema sanitario a livello nazionale.

In questo nuovo contesto di innovazione la sfida più importante dovranno sostenerla i professionisti che compongono il sistema sanitario nazionale. Per poter raggiungere il nuovo *setting* della sanità, le professioni dovranno ampliare i propri orizzonti professionali tendendo verso un orizzonte di multidisciplinarietà e multiprofessionalità. Non si tratta solo di un insieme diversificato di competenze e diversi saperi da mettere astrattamente al servizio dei bisogni di salute dei pazienti, ma della loro interazione in nuovi luoghi fisici che non rispecchiano più la tradizionale separazione delle competenze, tipica dei contesti ospedalieri nei vari reparti definiti su base disciplinare. Uscire dai contesti ospedalieri e proiettarsi verso contesti domiciliari, potrebbe essere un *asset* determinante per disgregare gli artificiosi confini disciplinari. Inoltre la nuova spinta alla digitalizzazione favorirà la connessione tra professionisti ed utenza accorciando distanze fisiche e abbreviando i tempi per l'elaborazione di diagnosi o piani di cura, il tutto a vantaggio del paziente.

In questo contesto i vari ordini professionali dovranno mettersi in discussione abbattendo i confini professionali, spesso impliciti, vigenti fino ad ora, per formulare e costruire nuove strategie professionali di sviluppo dell'operatore sanitario. Categorie statiche e poco propense all'espansione dei propri confini rischiano di perdere le grandi opportunità che in questo momento le riforme in atto offrono e invece di ridursi ad occupare un ruolo di nicchia in futuro, sarebbe meglio perseguire gli obiettivi di aumentare la rappresentanza professionale nel territorio, di

essere rappresentati in più tipi di organizzazione aziendale, territoriale e non, e di essere maggiormente valorizzati dal sistema sanitario, dalle regioni e dalle organizzazioni aziendali.

Un altro aspetto importante da sottolineare sta nel fatto che le professioni e le loro leadership devono tenere bene a mente che l'assistenza territoriale è effettivamente un nuovo terreno di sviluppo che esula dal tradizionale sistema delle prestazioni sanitarie, ad oggi perno centrale dell'organizzazione sanitaria e per molti sacro ed imprescindibile, in cui risiede una sfida futura riposta nel bisogno assistenziale socio-sanitario della persona, Si dovrà andare a valorizzare ed acquisire una nuova area volta a soddisfare i bisogni di una persona che non si limitano solamente all'area fisica, ma anche a bisogni psicologici e di fiducia verso l'operatore sanitario, cosa che una prestazione sanitaria fine a se stessa non riesce ad offrire. Per gli operatori sanitari i pazienti non dovranno essere solo una somma di prestazioni sanitarie da completare per ottenere la guarigione della persona, ma bisognerà accogliere il paziente come un individuo che porti con se una sua autonomia, garantendogli una tutela della sua individualità nel momento di difficoltà e mettendo a disposizione tutta l'umanità e la professionalità possibili.

Sicuramente il DM 77/2022 da un lato ha caratterizzato un nuovo Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale segnando un punto di chiarezza in un sistema prima poco chiaro e molto variegato quale l'assistenza territoriale regionale, dall'altro ha aperto nuovi orizzonti di sviluppo della sanità dove concetti come la centralizzazione della salute nei grandi ospedali, la suddivisione in reparti, il sistema delle prestazioni sanitarie, il ricovero nei reparti ospedalieri, nell'ottica dell'assistenza territoriale risultano obsoleti e inadatti alla domiciliarità. Sarà compito di tutto il servizio sanitario nazionale proiettarsi con slancio verso queste nuove prospettive, tralasciando gli attuali dogmi di professionalità ed aver come caposaldo che l'unico vero obiettivo che un operatore sanitario deve avere a mente è la salute ed il benessere del paziente.

11 - BIBLIOGRAFIA

1. GAZZETTA UFFICIALE - MINISTERO DELLA SALUTE - DECRETO 23 maggio 2022, n. 77 Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. (22G00085) (GU Serie Generale n.144 del 22-06-2022)
2. GAZZETTA UFFICIALE - MINISTERO DELLA SALUTE-DECRETO 2 aprile 2015, n. 70 Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. (15G00084) (GU Serie Generale n.127 del 04-06-2015)
3. L'evoluzione dei profili professionali delle professioni TSRM e PSTRP Documento di posizionamento della FNO TSRM e PSTRP
4. AGENAS, Istituto Superiore di Sanità, Ministero della Salute, 2021
5. "IL DM 77/2022 SULL'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE - la norma, gli approfondimenti, le valutazioni" - FRANCO PESARESI
6. Le politiche di skill-mix change per la trasformazione dei servizi Del Vecchio, Giacomelli, Montanelli, Sartirana, Vide - Rapporto OASI 2022 - Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano – Cergas Bocconi
7. 1978-2018: quaranta anni di scienza e sanità pubblica - La voce dell'Istituto Superiore di Sanità - A cura di Walter Ricciardi, Enrico Alleva, Paola De Castro, Fabiola Giuliano, Sandra Salinetti - Istituto Superiore di Sanità
8. Ministero della Salute – TELEMEDICINA - Linee di indirizzo nazionali – componente 17 – pubblicazione 2129
9. LA SANITA' IN ITALIA DALLE SUE ORIGINI AD OGGI - Antonio Marchini
10. Monitoraggio fase 2 concernente l'attuazione del DM n. 77 del 2022 - Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali
11. Supplemento monografico Sanità 4.0 - Sfide e opportunità per il S.S.N. - I professionisti della Salute leva per il cambiamento
12. POSITION STATEMENT DELLA CARD PER L'APPROPRIATA STRUTTURAZIONE DEI DISTRETTI E LE PROCEDURE DI SELEZIONE DEI DIRETTORI DI DISTRETTO – riepilogo CARD
13. Risultati da Forum Management Sanità: Il Middle Management nella sanità italiana - stato dell'arte e prospettive gestionali - FIASO

14. L'evoluzione delle professioni sanitarie tecnico sanitarie, della riabilitazione e della prevenzione – FNO TSRM e PSTRP
15. Il middle management nella sanità italiana: stato dell'arte e prospettive gestionali – Istituto di tecnologie biomediche, Consiglio nazionale ricerche – FIASO
16. Il dirigente delle professioni sanitarie: Ruolo e prospettive nel contesto della Pubblica Amministrazione – Rosaria Alvaro, Giovanni Antonetti, Massimo Guerrieri Wolf, Mauro Petrangeli
17. Legislazione e organizzazione del servizio sanitario – Raffaella Giorgetti
18. Il servizio sanitario nazionale guarda al futuro: verso nuovi e più evoluti schemi di governance – Andrea Urbani

12 – RINGRAZIAMENTI

Dedico questa ultima parte per ringraziare l'Università Politecnica delle Marche assieme a tutti i professori che mi hanno accolto ed accompagnato per la seconda volta, attraverso questo percorso che mi ha portato a conseguire questa laurea magistrale.

Ringrazio il professore Massimo Mazzieri, Tutor, supporto e guida sapiente per la creazione di questo elaborato che attraverso, senza i suoi suggerimenti questo lavoro non esisterebbe.

Un ringraziamento particolare va ai miei compagni di corso, in particolare Ilenia e Michele, che hanno reso speciali gli anni passati assieme.

Vorrei infine ringraziare le persone a me più care: i miei amici, la famiglia e la mia dolce compagna di vita assieme ai miei figli, che mi sostengono in ogni momento della vita, a voi è dedicato questo lavoro.