

Nel Decreto ministeriale 77 il nuovo modello di sanità territoriale: come funzionerà

Pubblicato: Giovedì 30 Giugno 2022



Case e ospedali di comunità, infermieri di famiglia, distretti, telemedicina, consultori. **È stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale il Decreto Ministeriale 77 che ridisegna la rete della sanità territoriale.** Le novità principali erano note da tempo e collegate anche agli obiettivi stabiliti da Piano nazionale di ripresa e resilienza a cui sono collegati i fondi per l'attuazione.

Il cuore della sanità territoriale **sarà la “casa di comunità”, attiva 24 ore al giorno, 7 giorni su sette.** Parte importante avranno i **medici di medicina generale** che saranno tra gli attori dell'assistenza per 12 ore, anche se, su questo punto, si attende l'inquadramento giuridico che avranno i medici e su cui c'è ancora aperto il confronto tra Stato e Regioni.

LA CASA DELLA COMUNITA'

In dettaglio, la Casa della Comunità sarà **un luogo vicino alle comunità di riferimento**, dove le persone potranno trovare diverse risposte ai bisogni di cura ma anche per problematiche di tipo socio assistenziale e sociale.

Il DM 77 prevede:

- almeno 1 Casa della Comunità hub ogni 40.000-50.000 abitanti;
- Case della Comunità in rete con gli ambulatori di Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta per assicurare una presenza capillare dei servizi e una maggiore equità di accesso
- Nelle Casa della comunità saranno impiegati tra i 7 e gli 11 infermieri e tra i 5 e gli 8 operatori sociosanitari e amministrativi.

Nella casa di comunità verrà proposto **un modello di intervento integrato e multidisciplinare** e sarà la sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari. Saranno presenti, quindi, anche **specialisti ambulatoriali**, **gli infermieri di famiglia o comunità**, **altri professionisti** come per esempio Psicologi, Ostetriche, Professionisti dell'area della Prevenzione, della Riabilitazione e Tecnica, e Assistenti Sociali al fine di consentire il coordinamento con i servizi sociali degli enti locali del bacino di riferimento.

ASSISTENZA H12

L'assistenza primaria sarà garantita h 12 con un modello di medicina d'iniziativa e presa in carico della comunità di riferimento **d'intesa con il servizio di continuità assistenziale h 24.**

A seconda dell'organizzazione aziendale ci saranno CdC hub e CdC spoke:

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

- Equipe multiprofessionali (MMG, PLS, Continuità Assistenziale, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie e sociosanitarie);
- Presenza medica h24 – 7 giorni su 7 anche attraverso l'integrazione della Continuità Assistenziale;

- Presenza infermieristica h12 – 7 giorni su 7;
- Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario e sociale;
- Punto prelievi;
- Servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicità (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, oct, spirometro, ecc.) anche attraverso strumenti di telemedicina (es. telerefertazione);
- Servizi ambulatoriali specialistici per le patologie ad elevata prevalenza (cardiologo, pneumologo, diabetologo, ecc.);
- Servizi di prevenzione collettiva e promozione della salute a livello di comunità, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC), ambulatori infermieristici per la gestione integrata della cronicità e per la risposta ai bisogni occasionali;
- Interventi di prevenzione e promozione della salute a livello di comunità, anche attraverso i Consultori familiari e l'attività rivolta ai minori – ove esistenti – che si articolano con il mondo educativo e scolastico per gli specifici interventi sulla popolazione 0-18 anni (facoltativo);
- Attività di profilassi vaccinale in particolare per alcune fasce di età o condizioni di rischio e di fragilità. Tutte le attività di profilassi vaccinale e di sorveglianza di malattie infettive sono in linea con le indicazioni del Dipartimento di Prevenzione;
- Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale;
- Servizio di assistenza domiciliare di base;
- Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini e volontariato;
- Integrazione con i servizi sociali.

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

- Équipe multiprofessionali (MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie e sociosanitarie);
- Presenza medica e infermieristica almeno h12 – 6 giorni su 7 (lunedì-sabato);
- Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario e sociale;
- Alcuni servizi ambulatoriali per patologie ad elevata prevalenza (cardiologo, pneumologo, diabetologo, ecc.);
- Servizi infermieristici, sia in termini di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC), sia di continuità di assistenza sanitaria, per la gestione integrata delle patologie croniche;
- Programmi di screening;
- Collegamento con la Casa della Comunità hub di riferimento;
- Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale;
- Partecipazione della Comunità e valorizzazione co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini, volontariato.

Le CdC hub dovrà essere dotata di 7-11 Infermieri di Famiglia o Comunità così distribuiti: 1 Coordinatore Infermieristico, 2-3 per le attività ambulatoriali, 1-2 Iper l'attività di triage e di valutazione dei bisogni di salute e 4-6 per l'assistenza domiciliare di base, le attività di prevenzione e teleassistenza.

Nelle CdC hub e spoke, inoltre, è garantita l'assistenza medica H12 – 6 giorni su 7 attraverso la presenza dei MMG afferenti alle Aggregazioni Funzionali Territoriali (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.

L'Infermiere di Famiglia e 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.** Sarà il punto di

riferimento della complessa rete di soggetti interessati alla cura della persona che sarà al centro.

È un erogatore di cure assistenziali, ma anche colui che **garantisce la riposta assistenziale all'insorgenza di nuovi bisogni sanitari e sociosanitari espressi e potenziali** che insistono in modo latente nella comunità. È coinvolto in attività di promozione, prevenzione e gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e di comunità all'interno del sistema dell'assistenza sanitaria territoriale.

Standard:

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

OSPEDALI DI COMUNITA'

Gli Ospedali di Comunità avranno una connotazione a **forte indirizzo infermieristico** e saranno utilizzati sia per la presa in carico dei pazienti nelle fasi post ricovero ospedaliero sia per tutti quei casi in cui c'è bisogno di una particolare assistenza vicino al domicilio del paziente.

Standard:

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

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

7- 9 Infermieri, 4-6 Operatori Sociosanitari, almeno 1-2 unità di Altro personale sanitario e un Medico per almeno 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7.

Gli ospedali di comunità del Varesotto saranno 4: due dell'Asst Sette Laghi da 20 letti ciascuno a **Luino e a Cuasso** e due dell'ASST Valle Olona dislocati in due strutture diverse di **Somma Lombardo** con quella all'interno del Bellini con forte vocazione per l'assistenza post ricovero ospedaliero e quello che sarà allestito nel distretto a disposizione della medicina territoriale.

CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI

Saranno le Centrali operative territoriali a coordinare i vari servizi presenti nel distretto vi saranno. La COT è un modello organizzativo di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.

Forte impulso verrà dato al **numero di assistenza territoriale 116117** che i cittadini potranno chiamare per richiedere tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensità assistenziale:

- almeno 1 Centrale Operativa NEA 116117 ogni 1-2 milioni di abitanti o comunque a valenza regionale (se con popolazione inferiore allo standard).
- 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il distretto abbia un bacino di utenza maggiore.
- Standard di personale di 1 COT per 100.000 abitanti: 1 Coordinatore infermieristico, 3-5 Infermieri, 1-2 unità di Personale di Support azione attivo 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 per tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensità assistenziale.

L'Unità Continuità Assistenziale

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

- almeno 1 medico e 1 infermiere ogni 100.000 abitanti.

I DISTRETTI

Tutte le figure e le sedi descritte serviranno a costituire il Distretto che avrà queste caratteristiche:

- in media un Distretto ogni circa 100 mila abitanti;
- almeno 1 Casa della Comunità hub ogni 40.000-50.000 abitanti;
- Case della Comunità spoke e ambulatori di Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine. Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente;
- almeno 1 Infermiere di Famiglia e Comunità ogni 3.000 abitanti;
- almeno 1 Unità Speciale di Continuità Assistenziale (1 medico e 1 infermiere) ogni 100.000 abitanti;
- 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il distretto abbia un bacino di utenza maggiore;
- almeno 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti;

L'Assistenza Domiciliare

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

Si prevede un presa in carico progressiva del 10% della popolazione over 65

La rete delle cure palliative

È costituita da servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, domiciliare e in hospice. I servizi della rete garantiscono cure e assistenza a favore di persone affette da patologie ad andamento cronico, evolutivo e a prognosi infausta per le quali non esistono terapie o se esistono sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita.

Standard:

- 1 Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCP – DOM) ogni 100.000 abitanti;
- 1 Hospice con almeno 8-10 posti letto ogni 100.000 abitanti.

Il Consultorio Familiare

È la struttura aziendale a libero accesso e gratuita, che si occupa di prevenzione, promozione della salute, consulenza e cura specifiche della donna, del minore, della famiglia in senso ampio

- Almeno 1 consultorio ogni 20.000 abitanti con la possibilità di 1 ogni 10.000 nelle aree interne e rurali. L'attività consultoriale può svolgersi all'interno delle Case della Comunità, privilegiando soluzioni logistiche che tutelino la riservatezza.

Il Dipartimento di Prevenzione (DP)

Ha il compito di promuovere azioni volte a individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale, mediante iniziative coordinate con i distretti e con i dipartimenti dell'azienda sanitaria locale e delle aziende ospedaliere, prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline. Standard massimo di popolazione per DP = 1: 500.000 abitanti (necessario per mantenere efficienza organizzativa e conoscenza del territorio che ha identità, omogeneità culturale e socioeconomica imprescindibili nell'azione preventiva).

Telemedicina

La telemedicina è una modalità di erogazione di servizi e prestazioni assistenziali sanitarie sociosanitarie a distanza, grazie alle tecnologie, all'informazione e alla comunicazione, ed è 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).

Farmacie

In questo ambito le farmacie convenzionate con il SSN dislocate uniformemente sull'intero territorio nazionale, costituiscono presidi sanitari di prossimità e rappresentano un elemento fondamentale ed integrante del Servizio sanitario nazionale. La rete capillare delle farmacie convenzionate con il SSN assicura quotidianamente prestazioni di servizi sanitari a presidio della salute della cittadinanza: in tale ambito vanno inquadrare la dispensazione del farmaco, per i pazienti cronici la possibilità di usufruire di un servizio di accesso personalizzato ai farmaci, la farmacovigilanza, le attività riservate alle farmacie dalla normativa sulla c.d. "Farmacia dei Servizi" e l'assegnazione delle nuove funzioni tra le quali le vaccinazioni anti-Covid e antinfluenzali, la somministrazione di test diagnostici a tutela della salute pubblica.

[Redazione VareseNews](#)

redazione@varesenews.it