LE GUIDE DI CONSULCESI CLUB

IL NUOVO MODELLO DI ASSISTENZA TERRITORIALE SECONDO IL PNRR: SSN E ONE HEALTH

CONSULCESI CLUB

INDICE

1. IL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA E LA MISSIONE 6 (SALUTE) 3

2. LA RIFORMA DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE – IL DECRETO INTERMINISTERIALE 23 MAGGIO 2022 4

3. L'ASSISTENZA PRIMARIA E LE ATTIVITÀ DISTRETTUALI DEL S.S.N. 4

4. LA MEDICINA DI POPOLAZIONE 6

5. LA CASA COME PRIMO LUOGO DI CURA 9

6. LA CASA DELLA COMUNITÀ 9

7. L'OSPEDALE DI COMUNITÀ 12

8. LE CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI (COT) 13

IL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA E LA MISSIONE 6 (SALUTE)

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Italia Domani, approvato dalla Commissione Europea il 22 aprile 2021, fa parte del più ampio programma Next Generation EU che l'Unione Europea ha varato per far fronte alla crisi generata dalla pandemia del 2020.

Gli investimenti totali, finanziati attraverso il cosiddetto Dispositivo per la Ripresa e la Resilienza, sono pari a 191,5 miliardi di euro, cui vanno ad unirsi altri 30,6 miliardi di euro presi dal Fondo Complementare, finanziato tramite lo scostamento pluriennale di bilancio approvato nell'aprile 2021.

Il PNRR, sviluppato in sei Missioni, si pone tre obiettivi principali:

1. Riparare, nel breve termine, i danni economici e sociali causati dalla crisi pandemica;
2. Affrontare, nel medio-lungo termine, le debolezze del sistema economico e sociale italiano, azzerando (nelle intenzioni) i divari territoriali, le disparità di genere, la scarsa crescita produttiva e il basso investimento in capitale umano e fisico;
3. Avviare la transizione ecologica.

La Missione 6 del PNRR, cui è destinato l'8,16% dell'investimento (circa € 15,63 miliardi) riguarda la Salute, ed ha lo scopo di migliorare il Sistema Sanitario Nazionale, rendendo le strutture più moderne, inclusive e digitali, per garantire a tutti un equo accesso alle cure mediche, rafforzando la prevenzione e i servizi territoriali di medicina, con un occhio di riguardo alla promozione della ricerca medica.

La Missione 6 Salute è costituita da due componenti:

1. Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale (denominato M6C1),
2. Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale (abbreviato con la sigla M6C2).

LA RIFORMA DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE – IL DECRETO INTERMINISTERIALE 23 MAGGIO 2022

La prima componente della Missione 6 del P.N.R.R. mira ad istituire un nuovo modello organizzativo del Sistema Sanitario Nazionale tramite la riforma dell'assistenza territoriale, per ottenere una sanità maggiormente vicina – nel senso letterale del termine – alle persone e superare (almeno nelle intenzioni) le disuguaglianze.

La riforma del Sistema Sanitario Nazionale (S.S.N.), uno dei primi al mondo per qualità e sicurezza, istituito con la legge n. 833/78, è basata su tre principi fondamentali:

1. **Universalità,**
2. **Uguaglianza,**
3. **Equità.**

Per perseguire questi principi, sarà necessario rafforzare la capacità del S.S.N. di operare come un sistema vicino alla comunità, progettato "*per le persone e con le persone*", tramite:

- Potenziamento dei servizi assistenziali territoriali per perseguire la garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA);
- Riduzione delle disuguaglianze tra i pazienti e gli operatori sanitari a livello territoriale;
- Costruzione di un modello di erogazione dei servizi condiviso e omogeneo su tutto il territorio nazionale.

L'ASSISTENZA PRIMARIA E LE ATTIVITÀ DISTRETTUALI DEL S.S.N.

La Direzione Generale della Commissione Salute Europea (DG SANCO) nel 2014 ha definito l'Assistenza primaria come "*l'erogazione di servizi universalmente accessibili, integrati, centrati sulla persona in risposta alla maggioranza dei problemi di salute del singolo e della comunità nel contesto di vita. I servizi sono erogati da equipe multiprofessionali, in*

collaborazione con i pazienti e i loro caregiver, nei contesti più prossimi alla comunità e alle singole famiglie, e rivestono un ruolo centrale nel garantire il coordinamento e la continuità dell'assistenza alle persone".

L'Assistenza Primaria, perciò, rappresenta il primo incontro tra il paziente e il servizio sanitario.

Per perseguire la visione inclusiva, territoriale e di prossimità dell'Assistenza Primaria, la riforma del S.S.N. prevede una serie di misure di rafforzamento, valorizzazione e pianificazione dei servizi territoriali, tramite:

- Lo sviluppo di strutture di prossimità, come le **Case di Comunità**, che dovranno rappresentare il punto di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria, sociosanitaria a rilevanza sanitaria per la popolazione del territorio;
- Il potenziamento delle **cure domiciliari**, affinché la casa diventi il luogo privilegiato dell'assistenza medica;
- L'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale e lo sviluppo di equipe multiprofessionali che prendano in carico la persona con un approccio integrato (***One Health***) e olistico (***Planetary Health***), con particolare riguardo alla salute mentale e alle condizioni di maggiore fragilità;
- L'utilizzo di logiche sistematiche di **medicina di iniziativa e di presa in carico**, stratificando la popolazione per intensità dei bisogni;
- L'istituzione di **modelli di servizi digitalizzati**, utili per individuare le persone da assistere e gestire il loro percorso medico, sia per l'assistenza a domicilio che per l'integrazione della rete professionale ospedaliera territoriale e nazionale, sfruttando strumenti di telemedicina e telemonitoraggio;
- La valorizzazione della **co-progettazione con gli utenti**;
- La valorizzazione della **partecipazione all'Assistenza Primaria di tutte le componenti locali**, quali ad esempio le A.S.L., i Comuni e/o le Unioni di Comuni, i professionisti sanitari, i pazienti, i *caregiver* le associazioni del terzo settore.

La riforma del S.S.N. attribuisce un ruolo fondamentale alle **farmacie convenzionate con il S.S.N.**, che sono distribuite in maniera uniforme

su tutto il territorio nazionale, e costituiscono un presidio sanitario di prossimità.

Le farmacie convenzionate con il S.S.N., proprio nell'ottica di sviluppo dell'assistenza di prossimità, innovazione e digitalizzazione dell'assistenza sanitaria così come delineata dal P.N.R.R., assicurano quotidianamente ai cittadini molti servizi sanitari a presidio della salute:

- La dispensazione del farmaco,
- La possibilità, per i pazienti cronici, di usufruire di un servizio di accesso personalizzato ai farmaci,
- La farmacovigilanza,
- Le attività, in generale, riservate alle farmacie dalla norma sulla Farmacia dei Servizi (d.lgs. n°153/09),
- Le vaccinazioni anti-covid,
- Le vaccinazioni antinfluenzali,
- La somministrazione di test diagnostici (i c.d. tamponi) per la tutela della salute pubblica.

LA MEDICINA DI POPOLAZIONE

La Medicina di Popolazione ha l'obiettivo di promuovere la salute della popolazione di riferimento, tramite l'utilizzo di **modelli di stratificazione e identificazione dei bisogni di salute basati sull'utilizzo dei dati**, per tutelare la salute dell'intera popolazione nazionale, mantenendo così l'utenza in condizioni di buona salute, rispondendo ai bisogni del singolo paziente in termini di prevenzione e di cura.

Nell'ottica dello sviluppo della Medicina di Popolazione viene posta particolare attenzione alle **patologie croniche**, per le quali il Piano Nazionale della Cronicità ha individuato le diverse fasi principali del percorso assistenziale:

1. Valutazione del profilo epidemiologico della popolazione di riferimento (c.d. stratificazione del rischio);
2. Valutazione delle priorità di intervento;

3. Definizione del profilo d'offerta più appropriata di servizi socioassistenziali;
4. Promozione della salute, prevenzione e diagnosi precoce;
5. Presa in carico e gestione del paziente attraverso il piano di cura;
6. Erogazione di interventi personalizzati;
7. Valutazione della qualità delle cure erogate.

Il Progetto di Salute richiederà, per poter funzionare, un'equipe multiprofessionale minima, costituita da:

1. MMG e PLS e Medico di Medicina di Comunità e Medici dei Servizi, quali titolari del rapporto di fiducia con il paziente, nonché referenti clinici per le attività garantite presso le Case della Comunità;
2. Infermiere, quale referente della risposta ai bisogni assistenziali e di autocura, con il compito di occuparsi di prevenzione e promozione della salute nella presa in carico del singolo e della sua rete relazionale, fornendo supposto al paziente nelle diverse fasi della presa in carico;
3. Medico Specialista, che grazie alle sue competenze avrà un ruolo di guida nella decisione clinica, specie nel caso di pazienti cronici;
4. Farmacista, quale referente dell'uso sicuro ed efficace dei farmaci contenuti nel programma terapeutico;
5. Psicologo, quale referente delle valutazioni e risposte ai bisogni psicologici del paziente e della sua rete di supporto;
6. Assistente Sociale, quale referente della risposta ai bisogni sociali del paziente e della sua rete relazionale;
7. Altre professioni dell'Equipe, come *case manager* o professionisti dedicati a soddisfare i singoli bisogni assistenziali dei pazienti (ad esempio ostetrico, professionisti sanitari tecnici, della prevenzione o della riabilitazione), in base alle specifiche necessità territoriali.

I pazienti, secondo la riforma del S.S.N., devono essere classificati sulla base di sei livelli di valutazione e stratificazione del rischio, determinati in base ai bisogni socioassistenziali.

Il **I livello** individua una persona in salute che non presenta condizioni patologiche, né necessità assistenziali, per il quale non serve mettere in atto

azioni di promozione della salute e di prevenzione primaria.

Il **II livello** indica una persona con complessità clinico assistenziale minima, pur in assenza di cronicità/fragilità, che utilizza sporadicamente i servizi assistenziali (ambulatoriali, ospedalieri, limitatamente a un singolo episodio clinico reversibile); per questo tipo di pazienti, è richiesto l'esercizio di azioni proattive di stratificazione del rischio basato su familiarità e stili di vita.

Il **III livello** individua una persona con complessità clinico assistenziale media, che presenta cronicità e/o fragilità e/o disabilità iniziale, prevalentemente mono patologica, perdurante nel tempo, con buona tenuta dei determinanti sociali. Un paziente di III livello ha una bassa/media frequenza di utilizzo dei servizi assistenziali, e richiede azioni coordinate semplici di presa in carico, supporto proattivo e di orientamento alla salute.

Il paziente di **IV livello** è una persona con complessità clinico assistenziale medio-alta, con o senza fragilità sociale, che presenta cronicità/fragilità/disabilità con patologie multiple complesse con o senza determinanti sociali deficitari. Questo tipo di malato effettua un elevato utilizzo dei servizi sanitari e sociosanitari, con prevalenti bisogni extra-ospedalieri o residenziali.

Il paziente di **V livello** è una persona con complessità clinico assistenziale elevata, con eventuale fragilità sociale, che presenza multimorbilità, limitazioni funzionali (parziale o totale non autosufficienza) con determinanti sociali deficitari perduranti nel tempo, con bisogni assistenziali prevalenti e continuativi di tipo domiciliare, ospedaliero, semi residenziale o residenziale.

Il paziente di **VI livello** è una persona in fase terminale, con una o più patologie evolutive in fase avanzata per la quale non esistono più possibilità di guarigione, con bisogni sanitari di natura prevalentemente palliativa.

La tutela dei pazienti di **IV-V-VI livello** richiede azioni di tipo coordinato e complesso, di integrazione tra *setting* assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al *caregiver*, in relazione ai singoli bisogni socioassistenziali.

LA CASA COME PRIMO LUOGO DI CURA E TELEMEDICINA

La Casa come primo luogo di cura rappresenta un ***setting* privilegiato dell'assistenza sanitaria territoriale** così come delineata dalla riforma del S.S.N.
Per lo sviluppo dell'assistenza domiciliare il P.N.R.R. stanzia oltre 2 miliardi e 700 milioni, per finanziare l'aumento delle prestazioni rese in assistenza domiciliare, soprattutto per i pazienti ultrasessantacinquenni con una o più patologie croniche o non autosufficienti.
Le Cure Domiciliari consistono in trattamenti di natura medica, infermieristica, diagnostica, riabilitativa, prestati da personale qualificato per la cura e l'assistenza di persone non autosufficienti e fragili, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico del paziente, limitandone il declino funzionale e migliorandone la qualità di vita quotidiana.
Non rientrano nell'assistenza domiciliare le forme di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) dalle Cure Palliative Domiciliari, sia per l'adulto che per il bambino.
Le Cure Domiciliari saranno articolate su tre livelli, differenziati per intensità e complessità (ADI di I, II e III livello), e garantiranno la continuità assistenziale 7 giorni su 7, 24 ore su 24.

LA CASA DELLA COMUNITÀ E LA PRESA IN CARICO DELLA PERSONA

La Casa della Comunità (CdC) rappresenta un luogo fisico, di facile individuazione, al quale i cittadini possono accedere per i bisogni di natura sanitaria o sociosanitaria di prossimità., improntata ai principi di **equità di accesso e di presa in carico** e al principio della **qualità dell'assistenza sanitaria**.
Il P.N.R.R. stanzia 2 miliardi di euro per la realizzazione – entro il 2026 – di almeno 1.350 Case della Comunità rinnovate e tecnologicamente attrezzate.
L'attività delle Case di Comunità offrirà servizi di accesso, accoglienza e orientamento del paziente, in coordinamento con i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta, gli Specialisti Ambulatoriali Interni, gli Infermieri di Famiglia o di Comunità e tutti gli altri professionisti che

si renderanno necessari per l'erogazione del miglior servizio richiesto dal cittadino, come ad esempio Psicologi, Ostetrici, Professionisti dell'area della Prevenzione, della Riabilitazione e Tecnica, Assistenti Sociali.
All'interno della Casa di Comunità sarà garantita assistenza primaria per la comunità di riferimento, con servizi garantiti per 12 ore al giorno, che andranno ad integrarsi con il servizio di continuità assistenziale (garantito h 24).

L'obiettivo della creazione delle Case di Comunità è quello di:

- Offrire alla popolazione di riferimento un **accesso alla sanità unitario, integrato, ben identificabile e facilmente raggiungibile**;
- Fornire un **accesso unitario** ai servizi sanitari, tramite il PUA (Punto Unico di Accesso), che svolgerà funzioni di assistenza al pubblico e supporto amministrativo-organizzativo ai pazienti;
- **Prevenire e promuovere la salute della popolazione**;
- Promuovere e tutelare l**a salute dei minori e della donna, in campo sessuale e riproduttivo** e dell'età evolutiva;
- Prendere in carico **pazienti cronici e fragili**;
- **Valutare i bisogni della persona e accompagnarla verso la risposta sanitaria più appropriata**;
- Garantire la **continuità dell'assistenza sanitaria** tramite il coordinamento con i servizi sanitari territoriali;
- Attivare **percorsi di cura multidisciplinari**, integrati tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, tra servizi sanitari e sociali;
- Favorire la **partecipazione** della comunità locale, delle associazioni, dei pazienti e dei loro caregiver.

Per meglio rispondere alle differenti esigenze territoriali, le Case di Comunità saranno costituite secondo il modello hub e spoke.

La **Casa di Comunità hub** garantirà la presenza dei seguenti professionisti ed erogherà i seguenti servizi (anche in telemedicina e teleassistenza):

- equipe multiprofessionali (Medici di medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Continuità Assistenziale, Specialisti Ambulatoriali interni e

dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie/sociosanitarie);
- presenza del medico **24 ore su 24 e 7 giorni su 7**, attraverso l'integrazione della Continuità assistenziale;
- presenza del personale infermieristico **12 ore al giorno 7 giorni su 7**;
- Punto Unico di Accesso sanitario;
- Punto prelievi;
- Servizi diagnostici per monitorare le cronicità con strumentazione di base (ad esempio ecografo, elettrocardiografo, retinografo, ecc.) e strumenti di telemedicina (ad esempio la telerefertazione);
- Servizi ambulatoriali specialistici per le patologie ad elevata prevalenza;
- Servizi di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, compresa l'attività dell'Infermiere di Famiglia o Comunità, gli ambulatori infermieristici per la gestione della cronicità e per la risposta ai bisogni occasionali;
- Interventi di prevenzione e promozione della salute a livello di comunità, anche attraverso consultori Familiari e attività rivolta ai minori, in collaborazione con il mondo scolastico;
- Attività di profilassi vaccinale;
- Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale;
- Servizio di assistenza domiciliare di base;
- Partecipazione della Comunità e delle associazioni;
- Integrazione con i servizi sociali.

La **Casa di Comunità spoke**, invece, garantirà le seguenti prestazioni e servizi:

- Equipe multiprofessionali (MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali Interni e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie/sociosanitarie);
- Presenza del personale medico e infermieristico almeno **12 ore al giorno, 6 giorni su 7** (dal lunedì al sabato);
- Punto Unico di Accesso Sanitario;
- Servizi ambulatoriali per patologie ad elevata prevalenza;
- Servizi infermieristici per la prevenzione e promozione della salute pubblica, nonché per la continuità di assistenza sanitaria per la gestione 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 delle associazioni.

L'OSPEDALE DI COMUNITÀ

L'Ospedale di Comunità (OdC) è una struttura sanitaria che offre una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con lo scopo di evitare ricoveri ospedalieri impropri o non necessari e di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei ai bisogni del paziente, il più possibile prossimi al domicilio.
L'investimento M6C1|1.3 del P.N.R.R. Missione 6 Salute stanzia ben 1 miliardo di euro per la realizzazione di 400 Ospedali di Comunità.
L'OdC dovrà essere dotato di **15-20 posti letto ogni 100.000 abitanti**, e avrà una dotazione di personale costituita da 7-9 infermieri (di cui 1 Coordinatore), 4-6 Operatori Sociosanitari, **1-2 unità di altro personale sanitario con funzioni riabilitative e un Medico per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7**.

Lo scopo dell'OdC è di fornire assistenza al paziente che, a seguito di un episodio di acuzie minore o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessiti di **interventi sanitari a bassa intensità clinica, potenzialmente erogabili anche a domicilio**, ma necessiti altresì di **assistenza o sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna**, come tale non erogabile a domicilio.

Potranno accedere all'OdC pazienti con patologie acute minori che non necessitino di ricovero ospedaliero oppure con patologie croniche riacutizzate che devono completare il processo di stabilizzazione clinica, purché con **prognosi di risoluzione a breve termine** (entro 30 giorni), provenienti dal domicilio, da altre strutture residenziali, dal Pronto Soccorso o dimessi da presidi ospedalieri per patologie acute.

L'OdC dovrà essere dotato di servizi generali nonché di locali ad uso amministrativo, cucina e locali accessori, lavanderia e stireria, servizio mortuario, e potrà avere una sede propria, essere collocato in una Casa

della Comunità, in strutture sanitarie polifunzionali, in strutture residenziali sociosanitarie oppure in una struttura ospedaliera.

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 e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali (attività territoriali, sanitarie e socio sanitarie, ospedaliere, dialogo con la rete dell'emergenza-urgenza).

Obiettivo della COT è di assicurare **continuità, accessibilità e integrazione** dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, grazie alla funzione di raccordo tra i vari servizi assistenziali interdipendenti:

- Coordinamento della presa in carico del paziente tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi *setting* assistenziali;
- Coordinamento e 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 per le attività e i servizi distrettuali;
- Raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute, dei percorsi integrati di cronicità (PIC), dei pazienti in assistenza domiciliare, anche attraverso strumenti di telemedicina, nonché gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona.

La COT dovrà essere operativa **7 giorni su 7** e dovrà essere dotata di infrastrutture tecnologiche e informatiche adeguate, come ad esempio la piattaforma comune integrata con i principali applicativi di gestione aziendale, il software con l'accesso al FSE, il software di registrazione delle chiamate.

Per poter garantire l'accesso a tutti i servizi disponibili sul territorio e affrontare situazioni di varia complessità, la COT usufruirà di un sistema

informativo condiviso e interconnesso con la **Centrale Operativa Regionale 116117** (il Numero Europeo Armonizzato per le cure mediche non urgenti, che offrirà servizio telefonico gratuito alla popolazione, 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, per le prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensità assistenziale).

La COT dovrà essere dotata di 3-5 infermieri per ogni distretto standard di 100.000 abitanti, oltre che di un coordinatore infermieristico e 1-2 unità di personale di supporto.

Il subinvestimento M6C1|1.2.2 della Missione 6 Salute del P.N.R.R. ha l'obiettivo di realizzare su tutto il territorio nazionale almeno 600 COT, tramite lo stanziamento di 280 milioni di euro, così ripartiti:

- Oltre 103 milioni di euro per la realizzazione di almeno 600 COT;
- Oltre 42 milioni di euro per realizzare l'interconnessione aziendale;
- Oltre 58 milioni di euro per i *device* a supporto degli operatori e dei pazienti;
- 50 milioni di euro per l'implementazione di un progetto pilota per i servizi di Intelligenza Artificiale a supporto dell'assistenza primaria, per verificare opportunità e rischi dell'implementazione di tale strumento tecnologico all'interno del S.S.N.;
- Oltre 25 milioni di euro per potenziare il Portale della Trasparenza, in modo da poter fornire al cittadino informazioni sanitarie facilmente accessibili, chiare ed univoche, integrate tra le varie fonti esistenti a livello nazionale, regionale, locale.

Gli obiettivi del P.N.R.R., con riferimento al subinvestimento sulla creazione delle COT, sono stati raggiunti con successo:

1. Le Regioni hanno terminato l'attività di ricognizione dei siti idonei per la realizzazione delle COT;
2. Sono stati individuati i siti idonei per la realizzazione delle COT;
3. È stato stipulato il contratto istituzionale di sviluppo con relativa approvazione da parte del Ministero della Salute.