



# FOCUS Case di Comunità

---

Elettra Carini

*17 luglio 2024*

# La riforma dell'assistenza territoriale

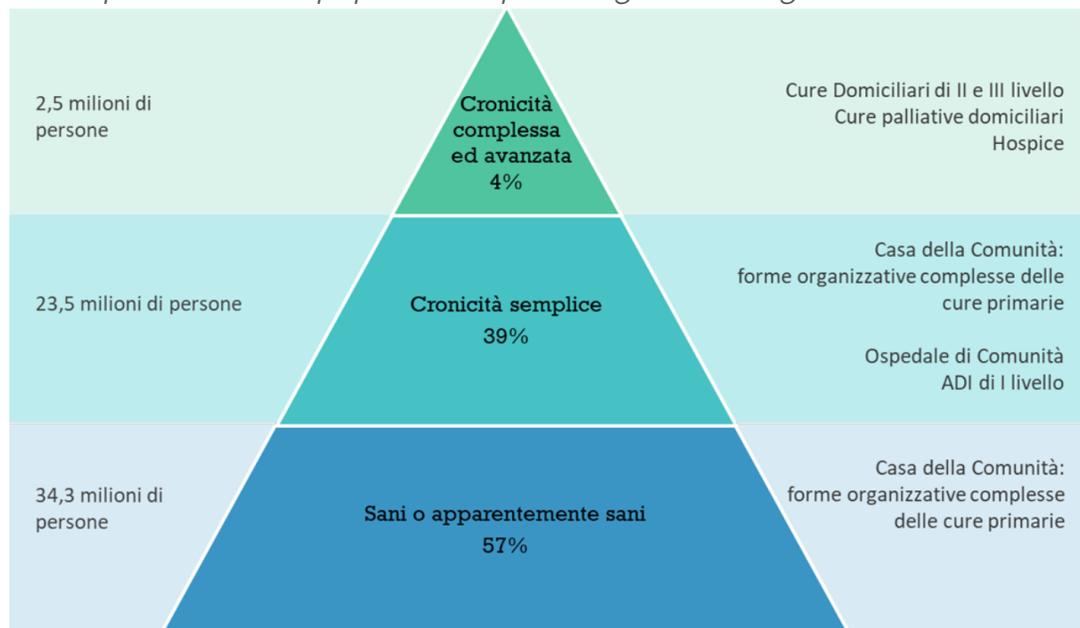
## La trasformazione demografica

Indice di vecchiaia = 182,6% nel 2021  
(maggiore proporzione di cittadini  
>65 anni rispetto a quelli <15 anni)

Maggior diffusione delle patologie  
croniche

Incremento della popolazione  
straniera residente: oltre 5 milioni,  
pari all'8,7% della popolazione totale

Stratificazione della popolazione per bisogno e setting assistenziale

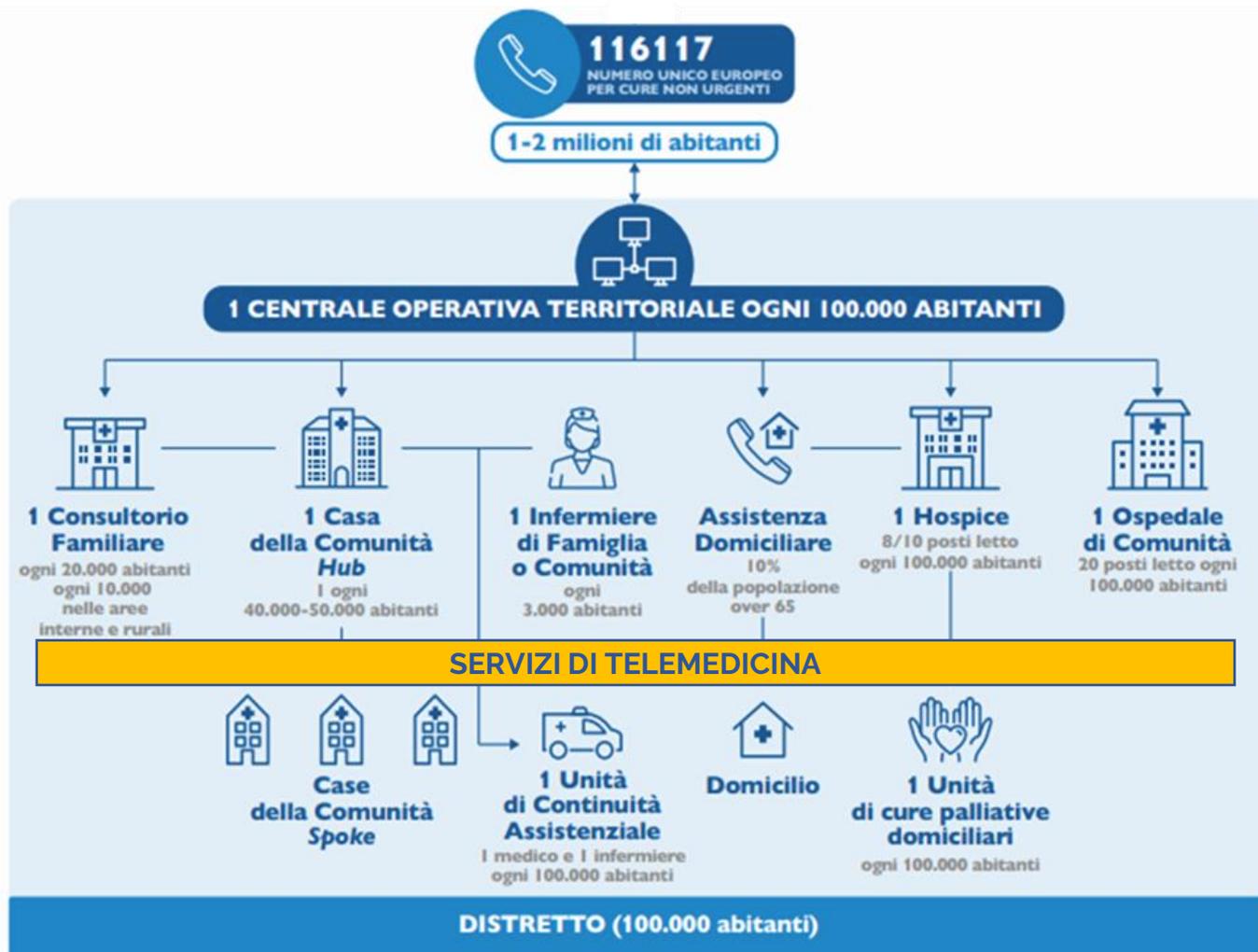


- Adeguamento delle strutture e dei servizi per rispondere alle esigenze di una società in evoluzione.
- Investimenti sul personale sociosanitario al fine di garantire la reale presa in carico della cronicità ed un SSN sostenibile nel lungo periodo.

### M6C1: RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE

# La riforma dell'assistenza territoriale

IL DM 77/2022



## Missione 6 Componente 1:

### Reti di Prossimità, strutture e telemedicina



Milestone EU – T2 2022

La definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di Assistenza Sanitaria Territoriale

DM n. 77 del 23 maggio 2022 Pubblicato in G.U. - n. 144 del 22/06/2022

Il Distretto è un'articolazione organizzativo-funzionale dell'Azienda sanitaria locale (ASL) sul territorio.

Il Distretto costituisce il luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sociosanitari a valenza sanitaria e sanitari locali.

Il Distretto è deputato, anche attraverso la Casa di Comunità, al perseguimento dell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie.

Il Distretto garantisce una risposta assistenziale integrata sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali per determinare un'efficace presa in carico della popolazione di riferimento.

# Linee di indirizzo per l'attuazione del modello delle CdC hub

## Il documento redatto dal Gruppo di Lavoro multidisciplinare e multiprofessionale



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

### LINEE DI INDIRIZZO PER L'ATTUAZIONE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO DELLE CASE DELLA COMUNITÀ HUB

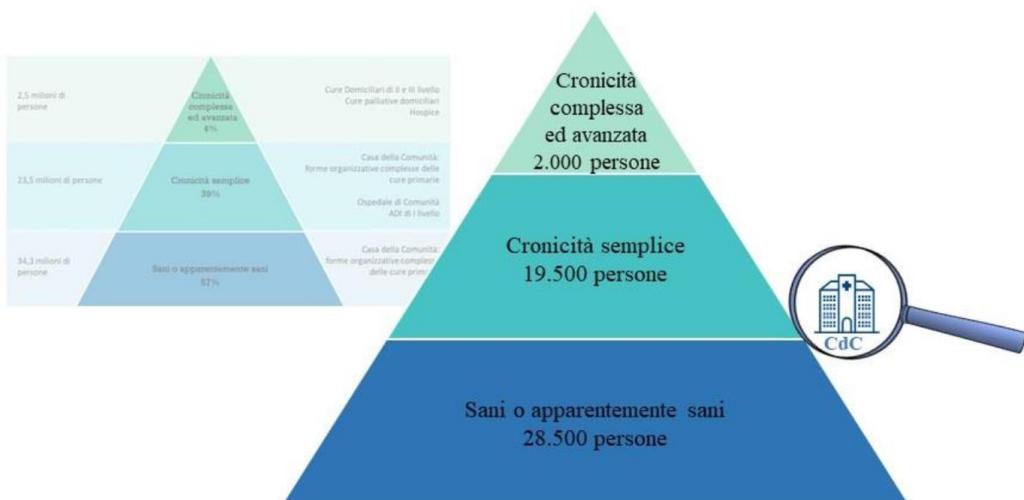
AGENAS pubblica (giugno 2024) le **Linee di indirizzo per l'attuazione del modello organizzativo delle Case della Comunità (CdC) Hub** previste dal PNRR e tracciate nel DM 77/2022, che mira a definire un nuovo modello organizzativo per la rete di assistenza sanitaria territoriale, stabilendo standard uniformi su tutto il territorio nazionale.

Il documento è stato redatto da un Gruppo di Lavoro multidisciplinare e multiprofessionale istituito e coordinato dalla UOSD Sanità Digitale e Telemedicina e sottoscritto da **AGENAS, FNOMCeO, FNOPI, FNOFI, FIMMG, SNAMI, SMI, SUMAI ASSOPROF, CNOAS, Comunità di Sant'Egidio.**



# Linee di indirizzo per l'attuazione del modello delle CdC hub

## Il modello organizzativo



Luogo di contatto e di relazioni che vanno oltre i muri, creando **connessioni** con servizi presenti e in ridefinizione organizzativa della rete dell'assistenza territoriale.

**Partecipazione** e **valorizzazione** di tutte le risorse presenti, in cui sviluppare il coinvolgimento dei cittadini: vi si organizza e ricomponete l'insieme dei servizi e delle attività offerte da tutti gli attori che si prendono cura della salute delle persone e della Comunità nel suo territorio di riferimento.

Attività di **équipe** (Medici del ruolo unico di assistenza primaria, PLS, Specialisti Ambulatoriali, IFoC, Assistenti Sociali, altri professionisti). Con modalità integrate, garantiscono l'assistenza attraverso un approccio di **sanità di iniziativa** e contribuiscono alla **presa in carico** della Comunità di riferimento.

Comunicazione tra professionisti dei servizi ed organizzazioni presenti sul territorio, attraverso il supporto dei **sistemi informatici** e le **banche dati** disponibili.

**Primo contatto** informativo, di conoscenza e orientamento rispetto ai servizi presenti, svolto dall'IFoC o da personale debitamente formato.

**Modello organizzativo di approccio integrato, multidisciplinare, di prossimità e di proattività che si concretizza attraverso l'équipe dei professionisti del SSN che vi operano, dalla rete dei servizi presenti sul territorio e dalla partecipazione strutturata della Comunità.**

# Linee di indirizzo per l'attuazione del modello delle CdC hub

## Le attività della CdC hub

Attività della CdC hub	Descrizione
Assistenza primaria e continuità assistenziale	Équipe multiprofessionale e multidisciplinare, presa in carico della cronicità secondo modelli proattivi e di iniziativa. Professionisti possono essere strutturati nella CdC hub o ad essa collegati funzionalmente, anche attraverso la telemedicina.
PUA	Accoglienza qualificata e supporto amministrativo-organizzativo alle persone garantendo risposta e accesso unitario ai servizi. Prima valutazione in risposta alla richiesta di intervento, integrazione e stratificazione della valutazione della domanda, sinergia di figure professionali.
Assistenza infermieristica	Assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti, integrazione interdisciplinare, interagisce con tutti gli attori e le risorse presenti nella Comunità formali e informali.
Assistenza specialistica ambulatoriale	Patologie ad elevata prevalenza, definite dall'analisi dei bisogni della popolazione.
Assistenza domiciliare	Valutazione Multidimensionale (effettuata dall'UVM) e formulazione di PAI/PRI. Le COT svolgono un ruolo di coordinamento e raccordo.
Punto prelievi	Campioni analizzati dal laboratorio analisi collegato alla CdC hub oppure mediante analisi estemporanee (PoCT).
Servizi diagnostici	Monitoraggio della cronicità con strumentazione (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, tomografia ottica computerizzata - OCT, spirometro, diagnostica per immagini, ecc.) anche attraverso strumenti di telemedicina. Dotazione di strumentazioni medicali e dispositivi medici sulla base dei bisogni della popolazione.
Prenotazioni con collegamento al CUP aziendale	Garantire l'obiettivo di accesso unitario e integrato all'assistenza sanitaria e socioassistenziale
Integrazione con i servizi sociali	L'integrazione tra sistema sanitario e socioassistenziale, con specifici obiettivi di programmazione e di processo multilivello, è favorita dalla presenza dell'assistente sociale della CdC hub
Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione	

# Linee di indirizzo per l'attuazione del modello delle CdC hub I professionisti

## Medici del ruolo unico di assistenza primaria, PLS, specialisti ambulatoriali

Collegati tra loro e con la CdC hub, anche attraverso la condivisione di strumenti e sistemi applicativi informatici.

Garanzia della capillarità del servizio erogato.

Responsabilità attuazione dei "modelli di Sanità di Iniziativa", in coerenza con analisi e programmazione distrettuale.



## IFoC

- attività ambulatoriali delle CdC hub (monitoraggio percorso, programmazione attività);
- attività di triage e di valutazione dei bisogni di salute (intercettazione bisogno);
- assistenza domiciliare di base (svolgimento di prestazioni e attivazione di servizi).

## Assistente sociale

Valutazione e rilevazione di aspetti sociali che influiscono sui bisogni di salute, analizza risorse e problematiche del territorio e promuove risposte comunitarie e partecipate.

# Linee di indirizzo per l'attuazione del modello delle CdC hub

## Strumentazioni medicali e dispositivi medici

Carrello di emergenza

Kit di base per ambulatorio:

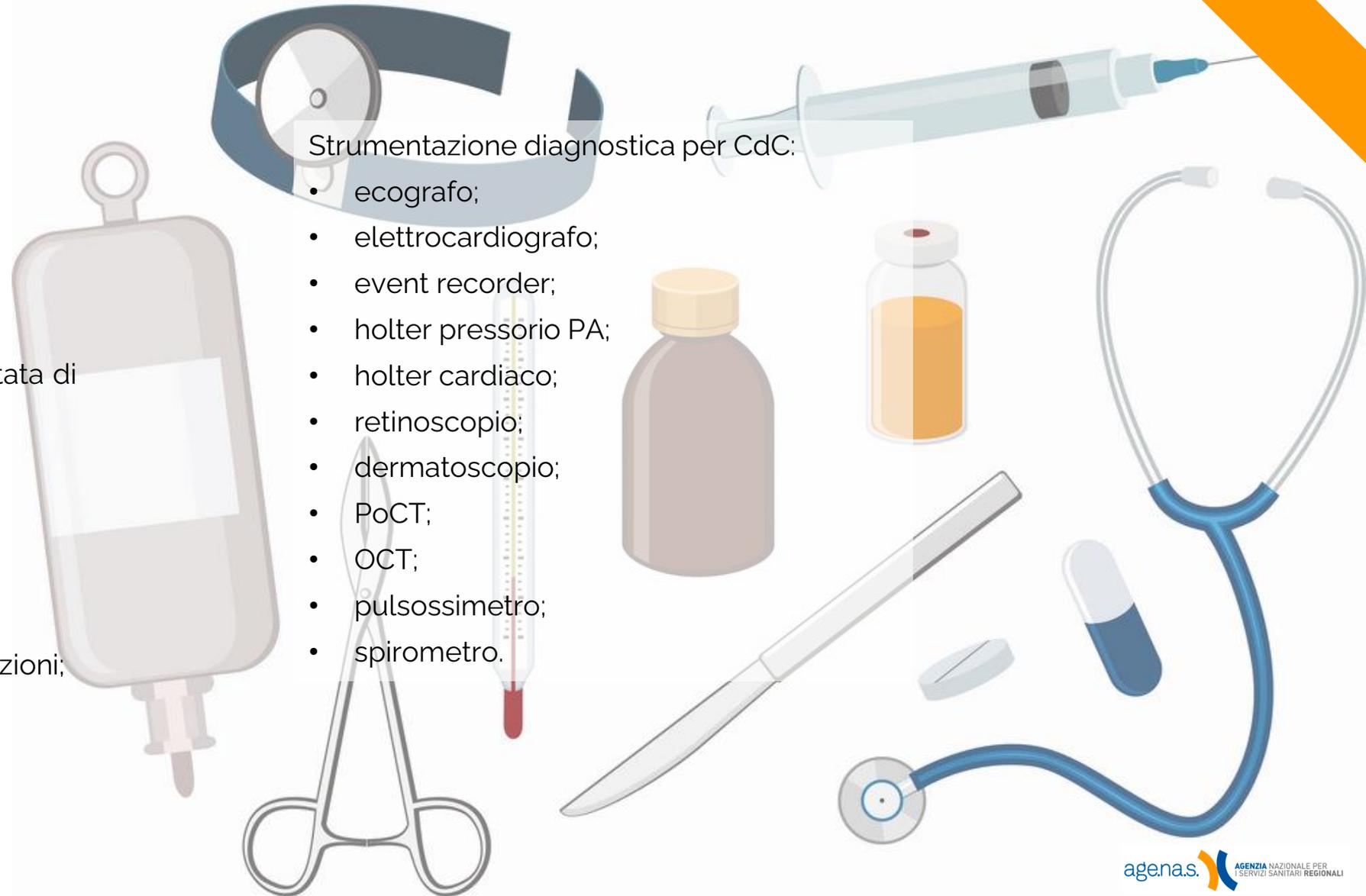
- Sfigmomanometro digitale;
- Saturimetro;
- Glucometro;
- Bilancia per il calcolo del BMI e dotata di impedenzometria;
- Metro sartoriale;
- Martelletto.

Dispositivi per piano/contiguità

- Elettrocardiografo minimo 12 derivazioni;
- Monitor-defibrillatore.

Strumentazione diagnostica per CdC:

- ecografo;
- elettrocardiografo;
- event recorder;
- holter pressorio PA;
- holter cardiaco;
- retinoscopio;
- dermatoscopio;
- PoCT;
- OCT;
- pulsossimetro;
- spirometro.



# Riforma territoriale e sanità digitale

Gli strumenti di sanità digitale per una presa in carico integrata e personalizzata, rimanendo connessi presso i propri luoghi di vita e di lavoro



## Elettra Carini

Unità di progetto PNRR  
carini@agenas.it