



IL NUOVO RUOLO DEL DISTRETTO SANITARIO

Dott.ssa Giovanna Russo

Emergenza Pandemica

Ha stressato ogni ambito del nostro quotidiano: sociale, economico, lavorativo...

Tsunami per la SANITA'

- le debolezze che affliggono il nostro SSN
- la centralità dell'assistenza territoriale

20 maggio 2022 DM 71

- La Sezione normativa del Consiglio di Stato ha dato il via libera allo Schema di Decreto del Ministero della Salute
 - il cosiddetto **DM 71-**relativo ai “Modelli e Standard per lo sviluppo dell’assistenza Territoriale nel Sistema Sanitario Nazionale”
- in linea con quanto con inserito nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, Missione 6 Salute – Component I

MISSIONE 6 : Obiettivi

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:
 - Casa come primo luogo di cura (ADI)
 - Implementazione delle Centrali operative (COT)
 - Telemedicina per un miglior supporto ai 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

Tuttavia nel parere è stato posto l'accento su talune **criticità**:

- Chiaro distinguo tra le “disposizioni aventi natura squisitamente **prescrittiva**” e quelle con “funzione evidentemente **descrittiva**”, esemplificativa, esortativa.

Rientra tra le competenze delle Regioni e delle Province Autonome la “messa a terra” degli standard e modelli previsti

- Chiaro “**cronoprogramma**” per l’attuazione degli standard, almeno alcuni step essenziali (in mancanza si potrebbe ritenere che gli standard e i modelli, una volta fissati, debbano essere conseguiti immediatamente e pienamente)

- Chiara indicazione circa le modalità di **verifica** del conseguimento degli standard e l’applicazione delle misure correttive, sanzionatorie o l’esercizio dei poteri sostitutivi.

(AIR ha precisato che verrà aggiornato ed integrato l’elenco degli indicatori del nuovo sistema di Garanzia)



Essenziale sarà il costante ed effettivo **monitoraggio** del processo di attuazione della riforma

affidato all'AGENAS

con elaborazione semestrale di relazione sullo stato di implementazione in ogni singola Regione e Provincia Autonoma degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate

- all'assistenza territoriale
- al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico

da inviare al Ministero della Salute.

Modello organizzativo antropocentrico ^{1/2}

La riforma delinea un modello organizzativo innovativo dell'assistenza sanitaria territoriale

“imperniato su un archetipo antropocentrico”

che prevede la rimodulazione dei servizi e delle prestazioni offerte affinché:

- siano il più possibile prossimi all'utente raggiungendolo fino al suo domicilio, che diviene il primo e fondamentale luogo di cura
- siano alternativa all'ospedale e al P.S.
- siano accessibile a tutti

Modello organizzativo antropocentrico ^{2/2}

- siano di contrasto alle disparità “di salute” determinate dai livelli di reddito, dall’area geografica di appartenenza
- siano di promozione di un sistema sanitario sostenibile in grado di erogare cure di qualità



Si cerca di ovviare alle principali criticità dell'attuale modello organizzativo:

- disomogeneità nell'erogazione dei LEA;
- limitato sviluppo della rete territoriale;
- scarsa flessibilità dell'assistenza in funzione dei bisogni assistenziali delle persone nel tempo (particolarmente nell'ambito delle cronicità/fragilità e disabilità).

ALLEGATO I

individua e disciplina:

- le strutture di cui è composta la rete dei servizi territoriali
- i principali servizi erogati
- gli standard in rapporto alla popolazione
- i parametri di riferimento per il personale
- le modalità organizzative e funzionali
- gli obiettivi strategici di riferimento

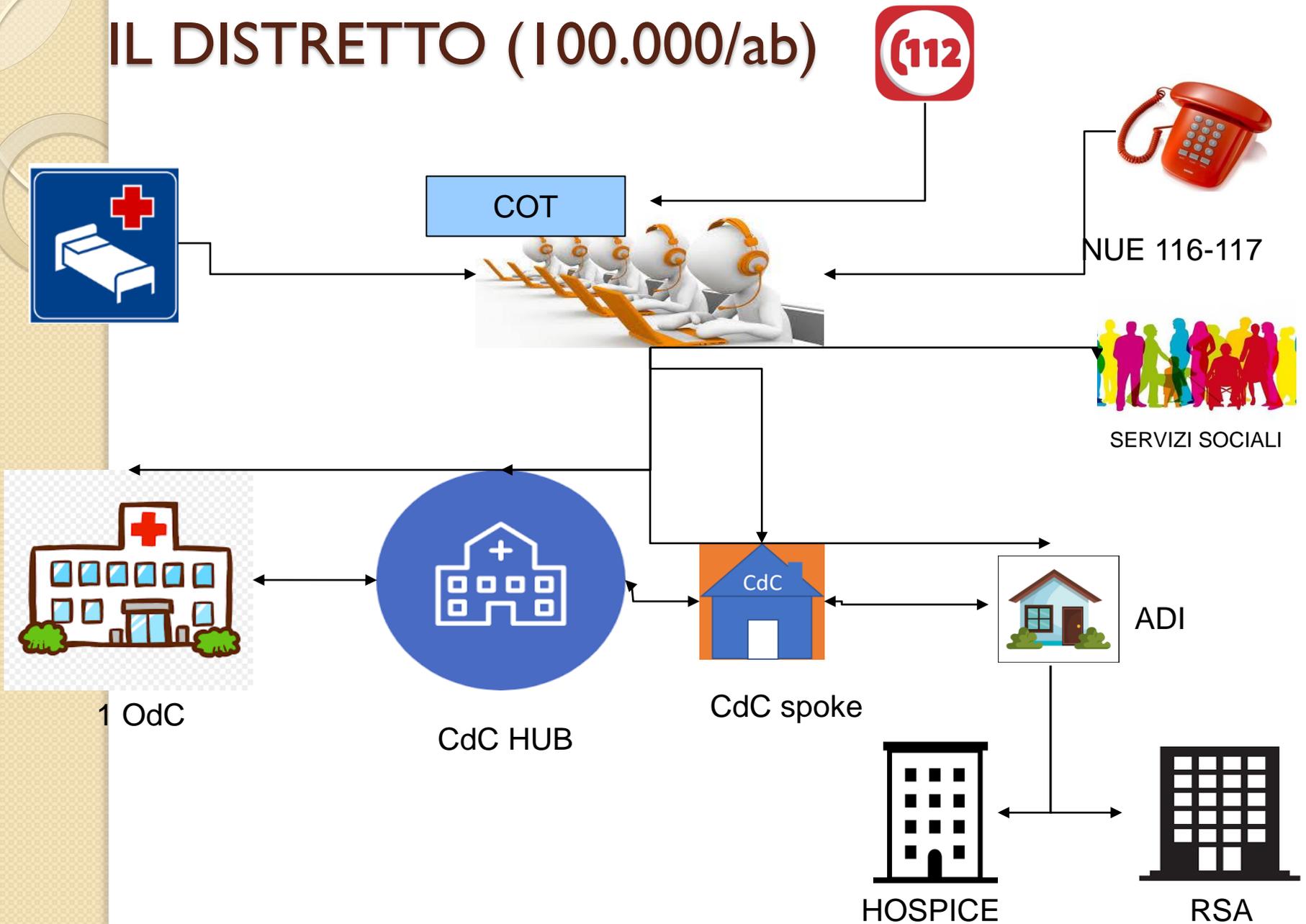


Per la prima volta vengono definiti degli standard che dovranno essere rispettati in ogni Regione.

Spiccano interventi e figure istituzionali del tutto innovative:

- Casa della Comunità (CdC)
- Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC)
- Unità di Continuità Assistenziale (UCA)
- Centrale Operativa Territoriale (COT)
- Ospedale di Comunità (OdC)
- Telemedicina

IL DISTRETTO (100.000/ab)



STANDARD DISTRETTO ^{1/2}

- Distretto circa 100 mila abitanti, con variabilità secondo criteri di densità di popolazione e caratteristiche orografiche del territorio
- Almeno 1 Casa della Comunità hub ogni 40.000-50.000 abitanti
- più Case della Comunità spoke e ambulatori di MMG e 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

STANDARD DISTRETTO ^{2/2}

- 1 Infermiere di Famiglia e Comunità / 3.000 abitanti
- 1 Unità Speciale di Continuità Assistenziale (1 medico e 1 infermiere) ogni 100.000 abitanti
- 1 Centrale Operativa Territoriale (COT) / 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il distretto abbia un bacino di utenza maggiore
- 1 Ospedale di Comunità (OdC) dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti.

PERSONALE 1/1

Al fine di assicurare la progressiva attuazione degli standard e dei modelli organizzativi è previsto:

- Un'adeguata implementazione e potenziamento del fabbisogno del personale necessario, dipendente e convenzionato
- Un'adeguata copertura finanziaria

PERSONALE ^{2/}

L'articolo I, comma 274, della **legge 30 dicembre 2021, n. 234** recante “Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024”,
con riferimento al personale dipendente e convenzionato,
è stata autorizzata, a valere sul finanziamento del Servizio sanitario nazionale, la spesa di:

- 90,9 milioni di euro per l'anno 2022;
- 150,1 milioni di euro per l'anno 2023;
- 328,3 milioni di euro per l'anno 2024;
- 591,5 milioni di euro per l'anno 2025;
- 1.015,3 milioni di euro a decorrere dall'anno 2026.

Con successivo decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, le predette somme saranno ripartite fra le regioni e le province autonome in base ai criteri definiti dal medesimo decreto.



La medesima legge n. 234/2021 ha previsto un complesso intervento inerente i **Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS)** e gli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) al fine di favorire l'integrazione tra gli ambiti sanitari, sociosanitari e sociali ferme restando le rispettive competenze e ferme restando le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza.

DISTRETTO

Assistenza Primaria

prima porta d'accesso al servizio sanitario

- Un sistema complesso di relazioni tra assistito, comunità e diversi attori presenti nei vari setting assistenziali (equipè multi professionali in collaborazioni con i pazienti e i loro care giver)
- Volta al primo contatto (trattamento acuzie non complesse, formulazione sospetti diagnostici e funzione da filtro per livelli specialistici di approfondimento)
- Volta alla presa in carico (accesso e continuità dell'assistenza con erogazione di servizi universalmente accessibili, integrati, centrati sulla persona) di condizioni di fragilità (fattori di rischio, malattie, cronicità, disabilità)

DISTRETTO

Persegue questa missione:

- con la pianificazione, il rafforzamento e la valorizzazione dei servizi territoriali, in particolare: - attraverso lo sviluppo di strutture di prossimità, come **le Case della Comunità**
- attraverso il potenziamento delle **cure domiciliari** affinché la casa possa diventare il luogo privilegiato dell'assistenza; - attraverso l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale e lo sviluppo di equipe multiprofessionali che prendano in carico la persona in modo olistico
- con logiche sistematiche di **medicina di iniziativa** e di presa in carico, attraverso la **stratificazione** della popolazione per intensità dei bisogni

DISTRETTO

- con modelli di **servizi digitalizzati** utili per l'individuazione delle persone da assistere e per la gestione dei loro percorsi, sia per l'assistenza a domicilio, sfruttando strumenti di telemedicina e telemonitoraggio, sia per l'integrazione della rete professionale che opera sul territorio e in ospedale
- attraverso la valorizzazione della **co-progettazione** con gli utenti
- attraverso la valorizzazione della partecipazione di tutte le risorse della comunità nelle diverse forme e attraverso il coinvolgimento dei diversi attori locali.

Tabella 2. Livelli di stratificazione del rischio sulla base dei bisogni socioassistenziali

Classificazione del bisogno di salute	Condizione clinica/sociale	Bisogno/intensità assistenziale	Azioni (presa in carico derivante)
I Livello Persona in salute	Assenza di condizioni patologiche	Assenza di necessità assistenziali	Azioni di promozione della salute
II livello Persona con complessità clinico assistenziale minima o limitata nel tempo	Assenza di cronicità/fragilità	Utilizzo sporadico servizi (ambulatoriali, ospedalieri limitati ad un singolo episodio clinico reversibile)	Azioni proattive di stratificazione del rischio basate su familiarità e stili di vita
III livello Persona con complessità clinico assistenziale media	Presenza di cronicità e/o fragilità e/o disabilità iniziale prevalentemente mono patologica perdurante nel tempo. Buona tenuta dei determinanti sociali	Bassa/media frequenza di utilizzo dei servizi	Azioni coordinate semplici di presa in carico, supporto proattivo e di orientamento
IV livello Persona con complessità clinico assistenziale medio-alta con o senza fragilità sociale	Presenza di cronicità/fragilità/disabilità con patologie multiple complesse con o senza determinanti sociali deficitari	Elevato utilizzo dei servizi sanitari e sociosanitari con prevalenti bisogni extra-ospedalieri o residenziali	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al <i>caregiver</i> , in relazione ai bisogni socioassistenziali
V livello Persona con complessità clinico assistenziale elevata con eventuale fragilità sociale	Presenza di multimorbilità, limitazioni funzionali (parziale o totale non autosufficienza) con determinanti sociali deficitari perduranti nel tempo	Bisogni assistenziali prevalenti e continuativi di tipo domiciliare, ospedaliero, semi residenziale o residenziale	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al <i>caregiver</i> , in relazione ai bisogni socioassistenziali
VI livello Persona in fase terminale	Patologia evolutiva in fase avanzata, per la quale non esistono più possibilità di cura	Bisogni sanitari prevalentemente palliativi	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al <i>caregiver</i> , in relazione ai bisogni socioassistenziali

Stratificazione del rischio

CASA DELLA COMUNITA'

- assume la funzione di **cabina di regia** fra la lettura dei bisogni e offerta proattiva di percorsi assistenziali
- diventa **luogo di incontro** per la comunità dove possa essere sviluppato l'indispensabile approccio preventivo all'assistenza
- si configura come struttura di Sanità Pubblica aperta al confronto con la popolazione e **gestita dal Distretto**
- dispone di un **PUA "forte"** , dove vi sia una reale integrazione con gli Enti Locali e funga da sede di riferimento per l'accesso "facilitato" per la popolazione
- diventa **fulcro** delle attività dei MMG e PLS (integrazione con gli altri servizi presenti)
- prevede un approccio organizzativo in modalità **integrata e multidisciplinare** per il superamento della frammentazione delle risposte sanitarie.

Standard: 1 CdC *hub* ogni 40.000-50.000 ab

30 - 35 MMG afferenti
2 ore / settimana per MMG
Apertura Ambulatorio
H12 - 6 giorni su 7

Continuità Assistenziale
Apertura Ambulatorio
Notturmo e Festivi
H24 – 7 giorni su 7

10-15 ambulatori dove 10-20
MMG afferenti potranno
svolgere **attività ambulatoriale**
per i propri assistiti

**CASA DELLA
COMUNITÀ
*hub***



12 Infermieri di Famiglia e Comunità:

- 1 Coordinatore
- 3 IFeC per le attività ambulatoriali della CdC;
- 2 IFeC per le attività di Triage e Valutazione dei bisogni di salute;
- 6 IFeC per l'assistenza domiciliare di base, per le attività di prevenzione e teleassistenza.

8 unità di Personale di Supporto (Amministrativo e Sanitario)

Apertura PUA
08-18 - 6 giorni su 7
e altri servizi anche sanitari all'utenza

INFERMIERI di FAMIGLIA o COMUNITA'

- Standard: almeno 1 Infermiere di Famiglia o Comunità ogni 2.000 - 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
- L'Infermiere di Famiglia o Comunità non è solo l'erogatore di cure assistenziali, ma è un professionista con **un forte orientamento** alla gestione proattiva della salute
- 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 unità in cui opera, perseguendo l'integrazione interdisciplinare, ponendo al centro la persona

UNITA' di CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Standard: 1 Medico e 1 Infermiere ogni 100.000/abitanti

- E' un **equipe mobile distrettuale** per la gestione di situazioni e condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e di comprovata difficoltà operativa di presa in carico
- **Supporta** - per un tempo definito - professionisti responsabili della presa in carico del paziente e della comunità
- **Dotata** di un sistema integrato comprendente una moderna infrastruttura di telemedicina collegata alle Centrali Operative Territoriali, anche per attivare il teleconsulto
- Sede operativa: CdC *hub*

CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE

- Standard: 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale
- Standard di personale di 1 COT per 100.000 abitanti: 3-5 Infermieri, 1-2 unità di Personale di Supporto
- 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 sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.

OSPEDALE di COMUNITA'

Standard: almeno 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 50.000 - 100.000 abitanti.

Standard di personale (20 posti letto):

- 7-9 infermieri (di cui 1 Coordinatore infermieristico);
- 4-6 Operatori Sociosanitari;
- 1-2 unità di altro personale sanitario;
- 1 Medico per almeno 4 ore al giorno 6 giorni su 7.

E' una struttura sanitaria di ricovero che afferisce alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale e svolge una **funzione intermedia** tra il domicilio e l'ospedale, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri e 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.

CENTRALE OPERATIVA (Numero Europeo Armonizzato) NEA 116117

- almeno 1 Centrale Operativa NEA 116117 ogni 1-2 milioni di abitanti o comunque a valenza regionale
- offre un servizio telefonico gratuito alla popolazione attivo 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 per tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensità assistenziale (**cure mediche non urgenti**)

DISTRETTO 1/3

Il perno di questo sistema sarà **il Distretto Sanitario** che

- costituisce il luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sanitari e socio sanitari territoriali
- detiene la gestione tecnica del processo organizzativo di presa in carico istituzionale dell'assistito fragile, con patologia cronica o con bisogno di salute complesso
- facilita l'attuazione della continuità assistenziale in termini di sicurezza, efficacia, appropriatezza, sostenibilità, mediante la ricomposizione dei saperi specialistici e tecnici delle diverse autonomie professionali

DISTRETTO 2/3

- sostiene e promuove programmi di tutela della salute dei cittadini favorendo la loro attiva partecipazione
- E inoltre deputato, anche attraverso la Casa di Comunità, al perseguimento dell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, l'uniformità dei livelli di assistenza e la pluralità dell'offerta
- Al fine di svolgere tali funzioni è indispensabile la conoscenza dei **bisogni di salute** della popolazione di riferimento.

DISTRETTO 3/3

Al Distretto, pertanto, possono essere ricondotte le seguenti funzioni:

- **committenza**

ossia la capacità di programmare i servizi da erogare a seguito della valutazione dei bisogni dell'utenza di riferimento anche in relazione alle risorse disponibili

- **produzione**

ossia la funzione di erogazione dei servizi sanitari territoriali, caratterizzata da erogazione in forma diretta o indiretta dei servizi sanitari e sociosanitari

- **garanzia**

ossia il compito di assicurare l'accesso ai servizi, l'equità all'utenza attraverso il monitoraggio continuo della qualità dei servizi medesimi



IL NUOVO RUOLO DEL DISTRETTO SANITARIO

**GRAZIE PER
L'ATTENZIONE**

PERSONALE

Se le strutture non verranno debitamente riempite di risorse umane non produrranno gli effetti attesi!

**Si rischia di edificare
cattedrali nel deserto**

PERSONALE

La carenza di personale sanitario era già ampiamente evidente prima dell'inizio della pandemia

Dal 2008 è iniziata una “razionalizzazione” della spesa sanitaria che si è tradotta sostanzialmente in una riduzione dei costi legati al personale

Tra il 2010 e il 2017 sono venuti meno 6.348 medici e odontoiatri e 10.373 infermieri

(Ministero della Salute 2010, 2017)

Maggiore penalizzazione delle Regioni soggette a piano di rientro (Molise, Lazio, Campania, Calabria e Sicilia)

(Corte dei Conti, 2020)

PERSONALE

Attualmente i neo-laureati non riescono a garantire la sostituzione del personale „in uscita“

Dagli anni Novanta, il numero chiuso alle Università ha portato ad una riduzione del numero di iscritti

- Nel 1980 gli iscritti erano 17.000
- Nel 2006 soli 5623

La situazione è drammatica per la Medicina Generale

PERSONALE

Riempire queste scatole e farlo in maniera intelligente.

Stabilizzare il personale “precario”

Riforma formazione del personale sanitario (n.chiuso, investimenti nelle borse di specializzazione, di Medicina Generale,..)

Potenziare la capacità di attrazione della Medicina Generale

Migliore conciliazione dei tempi di vita e di lavoro

Snellire le procedure burocratiche legate all’ingresso di operatori stranieri nel nostro paese

Trattenere, anche con incentivi economici, gli operatori già presenti nel SSN per evitare “fughe verso il privato”.

Modalità di programmazione e assunzione del personale più snelle; privilegiando il potenziamento di alcune figure professionali rispetto ad altre (INFERMIERI e MMG)

Assicurare la solidarietà intergenerazionale tra le diverse coorti di professionisti attualmente presenti nel SSN (socializzazione / apprendimento sul campo)

Migliorare gli ambienti fisici e le dotazioni tecnologiche, spesso obsolete e tali da non garantire gli standard di sicurezza;.