

# **PRIMO PROVVEDIMENTO DI PROGRAMMAZIONE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE DELL'EMILIA-ROMAGNA IN ATTUAZIONE DEL DM 77 DEL 23 MAGGIO 2022**

## **1. Introduzione**

### **1.1.Premessa**

Il presente documento rappresenta il primo atto di programmazione dell'assistenza territoriale dell'Emilia-Romagna in applicazione di quanto previsto dal DM 77/2022, anche in coerenza con gli obiettivi del PNRR. A questo primo documento seguiranno ulteriori provvedimenti di approfondimento che saranno anche il risultato di quanto emergerà al termine del percorso di riflessione, confronto e condivisione sulle prospettive di sviluppo per la sanità ed il welfare emiliano-romagnolo che la Regione, a partire dal mese di novembre 2022, ha organizzato con le Aziende Sanitarie e con tutti gli stakeholder (Stati Generali della Comunità).

Il documento si integra con il Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS), quale strumento di programmazione negoziata finalizzato ad accelerare la realizzazione degli investimenti e con la DGR 811/2022, con la quale è stato approvato il Piano Operativo Regionale (POR) contenente, per ciascun Investimento, gli Action Plan e le schede Intervento da finanziare. Il documento deve pertanto essere considerato e collocato all'interno del quadro organico e armonico di evoluzione del SSR, con particolare riguardo al progetto di rafforzamento dei servizi territoriali per promuovere la prevenzione primaria, la presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche, la gestione dell'area della fragilità e la continuità dell'assistenza.

### **1.2.Obiettivi e rationale**

Il documento, oltre ad ispirarsi a quanto previsto dal DM 77/2022 e agli obiettivi del PNRR, tiene conto della organizzazione dell'assistenza territoriale della Regione Emilia-Romagna nonché della ricca dotazione strutturale (per esempio, Case della Salute, poliambulatori, Ospedali di Comunità, hospice) che contraddistingue da tempo il servizio sanitario emiliano-romagnolo.

Poiché, come anticipato in premessa, la Regione ha avviato un confronto con le Aziende sanitarie ed i portatori di interesse che comporterà un modello innovativo di sanità, il documento che segue rappresenta solo un primo passo nel percorso di adeguamento del sistema sanitario regionale alle indicazioni del DM77/2022. È infatti inevitabile che la riorganizzazione dell'assistenza territoriale si ispiri anche a quanto emergerà dal confronto con tutti i professionisti che vi lavorano (medici, infermieri, operatori sociosanitari, ricercatori e giovani specializzandi, tecnici e amministrativi), la medicina convenzionata, le Università e la comunità scientifica, naturalmente i territori e i cittadini.

Ciò premesso, è importante sottolineare che questo documento, ma soprattutto quelli che seguiranno, porranno particolare attenzione alle strategie, relazioni, processi e competenze che guideranno l'ulteriore sviluppo di Case di Comunità (CdC), Ospedali di Comunità (Osco), Centrali Operative Territoriali (COT), Infermiere di Famiglia e Comunità (IFoC), Consulteri familiari e Pediatria di Comunità, Assistenza Domiciliare Integrata e Rete delle cure palliative con l'obiettivo di diffondere processi di presa in carico e prossimità sia per la popolazione generale, in un'ottica preventiva e di cura, sia per le persone croniche e fragili, che rappresentano rispettivamente il 38% e il 6,6% della popolazione.

Questo documento, quindi, si pone l'obiettivo di fornire prime indicazioni sul percorso di adeguamento e riorganizzazione dei servizi territoriali delle AUSL a supporto dei processi di prevenzione e promozione di salute, di presa in carico e accompagnamento del paziente e di descrivere i sistemi di monitoraggio attualmente presenti in ambito regionale, utilizzati per i processi di programmazione e verifica e di apprendimento; .

### 1.3. Analisi di contesto

#### *La demografia della regione*

L'Emilia-Romagna ha una popolazione di circa 4.458.000 abitanti, stabile da quasi un decennio: dopo una fase di incremento a partire dai primi anni 2000, dal 2013 il numero di residenti è sostanzialmente stazionario a poco meno di 4.500.000 persone. Questo risultato deriva da più elementi: un progressivo invecchiamento della popolazione per effetto di una speranza di vita alla nascita, superiore alla media nazionale, che ha raggiunto gli 85 anni per le femmine e gli 81 anni per i maschi e un progressivo calo della natalità che ha portato il numero delle nascite a passare da circa 35.000 neonati nel 2015 a circa 29.800 nel 2022 con un calo del 15,6%.

Rispetto all'invecchiamento della popolazione si sottolinea come quasi il 24% della popolazione abbia una età superiore ai 65 anni, in incremento rispetto al 21,9% del 2015; tale proporzione varia nelle Province: dal 22% a Reggio Emilia ad oltre il 28% a Ferrara. Da segnalare anche il progressivo incremento della popolazione straniera, passata da circa l'8,5% del 2010 al 12,8% nel 2022, di quasi 4 punti percentuali superiore alla media nazionale.

All'invecchiamento della popolazione si affianca anche un fenomeno di evoluzione della rete familiare, caratterizzato da un incremento delle famiglie unipersonali (da 33% del 2015 a quasi 34% nel 2022, superiore di quasi 1 punto percentuale rispetto alla media nazionale) e destinato ad aumentare nei prossimi anni.

Altri aspetti che si ritiene opportuno evidenziare sono l'incremento della popolazione affetta da patologie croniche (in incremento dal 45,6% del 2015 al 47,8% del 2021), ma soprattutto l'incremento della popolazione affetta da almeno 2 patologie croniche (cd "multimorbidi"). Da ultime si sottolinea il significativo incremento osservato a partire dal 2015, e quindi non esclusivamente attribuibile al Covid, della popolazione in carico ai servizi di neuropsichiatria dell'infanzia, salute mentale e dipendenze patologiche: gli utenti in carico ai servizi sono infatti cresciuti del 20% (NPIA), del 7,5% (dipendenze patologiche) e del 2,8% (salute mentale).

#### *Organizzazione e risorse del sistema*

In Emilia-Romagna l'assistenza sanitaria è erogata da 8 Aziende USL, articolate in 38 Distretti sanitari, da 3 Aziende Ospedaliero-Universitarie e da 5 IRCCS. Per l'assistenza ospedaliera sono attivi 3,9 posti letto ogni 1.000 abitanti, in riduzione rispetto ai 4,1 del 2015; di questi, 3,2 sono riservati alle patologie acute ed i restanti 0,7 alle patologie non acute. La rete dell'assistenza ospedaliera, oltre che alle strutture pubbliche, fa riferimento anche alle strutture private per complessivi 44 ospedali privati.

In ambito territoriale le Aziende USL erogano assistenza per mezzo di una rete di poliambulatori pubblici e privati, Consultori Familiari e Pediatrie di Comunità, Case della Comunità, Ospedali della Comunità e Hospice. A questi si aggiungono strutture residenziali e semiresidenziali per anziani, disabili e disagio mentale sia in età adulta che adolescenziale. A queste strutture si affiancano le cure domiciliari che annualmente prendono in carico circa 100.000 assistiti.

Attualmente il sistema sanitario può fare affidamento su circa 70.600 operatori (sia sanitari che non), in incremento rispetto ai 61.600 del 2015. La quota principale è rappresentata dagli infermieri (il 42% del totale, pari a 6,6 infermieri ogni 1.000 residenti), seguito da altre tipologie di personale (19% del totale, pari a 3 ogni 1.000 residenti) e dal personale medico (15% del totale pari a 2,4 medici ogni 1.000 residenti).

Da segnalare, come peraltro evidenziato anche da altre Regioni italiane, la crescente difficoltà ad assumere professionisti – le stime a disposizione evidenziano, per la Regione, un numero di medici in uscita pari a circa 3.000 nei prossimi 10 anni e un numero di infermieri pari a 5.500.

Particolarmente critica la situazione per i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta, diminuiti rispettivamente di 370 unità e 47 unità tra il 2015 ed il 2021. Questo ha comportato, soprattutto per la popolazione in carico ai medici di medicina generale, una crescente difficoltà a trovare un medico di riferimento e la necessità, per le Aziende USL, di ricorrere a soluzioni alternative per garantire l'assistenza primaria alla propria popolazione. La situazione, pur in peggioramento, è meno critica per la popolazione in età pediatrica poiché alla riduzione del numero di pediatri si è affiancata anche una riduzione della natalità.

Per l'assistenza sanitaria la Regione Emilia-Romagna sostiene un costo pro-capite pari a circa 2.325 euro in incremento di circa 300 euro rispetto a quanto era stato registrato nel 2015 (2.021 euro); di questi, circa il 51% finanzia l'assistenza territoriale, il 44% l'assistenza ospedaliera, mentre il restante 5% finanzia la prevenzione.

### *L'assistenza territoriale*

In Emilia-Romagna l'assistenza territoriale rappresenta uno dei cardini fondamentali del servizio sanitario. I residenti possono infatti contare sui medici di medicina generale e pediatri di libera scelta che, pur con le difficoltà evidenziate in premessa rispetto al calo del loro numero, rappresentano comunque un punto di riferimento per la collettività. Basti pensare che nel 2021 quasi il 60% dei medici di medicina generale operava in una medicina di gruppo, mentre per i pediatri la percentuale era pari al 30%. A questo si aggiunge il fatto che circa 700 tra medici di medicina generale e pediatri hanno aperto almeno uno studio presso una Casa della Comunità.

In aggiunta alla rete dei medici di medicina generale e dei pediatri vanno considerati l'insieme delle strutture territoriali che caratterizzano l'assistenza primaria e, in particolare modo, le Case della Comunità e gli Ospedali della Comunità, nei quali la Regione ha investito una quota consistente di risorse fin dal 2010. Attualmente sono attive in Regione 129 Case della Comunità che garantiscono assistenza a quasi 3 milioni di residenti, affiancate da 27 Ospedali di Comunità che, con 436 posti letto, hanno erogato nel 2021 circa 4.600 ricoveri a favore di pazienti.

Rispetto alle Case della Comunità preme segnalare lo studio condotto dalla Regione Emilia-Romagna che ha evidenziato l'effetto positivo delle Case della Comunità, da un lato, in termini di riduzione degli accessi al Pronto soccorso e dei ricoveri per condizioni sensibili al trattamento ambulatoriale e, dall'altro, in termini di incremento degli episodi di assistenza domiciliare.

## **2. Riorganizzazione della rete territoriale**

La Regione Emilia-Romagna ha sviluppato e consolidato negli anni un modello di assistenza territoriale caratterizzato sia dalla presenza diffusa delle strutture e dei servizi descritti nel DM77/2022 che dalla adozione di modelli organizzativi a forte valenza integrativa e in linea con quanto proposto dal Decreto. Per tali ragioni questo documento costituisce una prima tappa del percorso di armonizzazione e rimodulazione delle strutture e dei servizi sanitari e sociosanitari esistenti su tutto il territorio regionale al modello indicato nel DM 77/2022.

### **2.1. Funzionamento e organizzazione del Distretto e integrazione sociosanitaria**

Il Distretto è l'articolazione territoriale dell'Azienda Unità Sanitaria Locale (AUSL) garante dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza e del rispetto dei parametri dell'accreditamento sanitario e socio-sanitario). Costituisce l'ambito della committenza, una funzione alla quale partecipano, per la rilevazione dei bisogni, la programmazione dei servizi e la valutazione dei risultati, l'AUSL, attraverso il Direttore di Distretto, e i Comuni o le Unioni di Comuni e le comunità locali Tale funzione potrà essere rafforzata con iniziative di formazione multiprofessionale ed

interistituzionale per aumentare conoscenze e competenze multidisciplinari, fondamentali ad affrontare la complessità di un contesto e di una assistenza profondamente cambiati.

Il Distretto rappresenta lo snodo strategico e punto nevralgico per realizzare ed erogare in modo ancora più integrato i servizi sanitari, sociali e sociosanitari. Per Distretto, concretamente, si intende l'ambito territoriale sul quale orientare la lettura dei bisogni e delle risorse e la programmazione degli interventi.

Attualmente l'Emilia-Romagna è articolata in 38 Distretti, con una popolazione compresa tra circa 30.000-40.000 abitanti nei Distretti della montagna, caratterizzati da scarsa densità abitativa e difficoltà di collegamento, e circa 200.000-250.000 abitanti nei Distretti corrispondenti ai principali capoluoghi di provincia fino a raggiungere i quasi 400.000 abitanti in area metropolitana.

Circa la metà dei Distretti regionali è caratterizzata dalla presenza di Unioni della stessa estensione, patrimonio peculiare dell'Emilia-Romagna, nel panorama nazionale. Viene confermata la governance pubblica, a partire dalla programmazione, al fine di garantire l'equità nell'accesso dei servizi e il controllo dei livelli di qualità.

## 2.2. Recepimento e integrazione delle forme organizzative dell'assistenza primaria ai sensi dell'art.8 dell'ACN della Medicina Generale del 28 aprile 2022 con il nuovo modello organizzativo delineato

La Regione Emilia-Romagna ha avviato un percorso di definizione delle AFT e delle UCCP, ai sensi degli articoli 8, 9 e 10 dell'ACN del 28 aprile 2022, per integrare forme organizzative mono e multiprofessionali all'interno del nuovo assetto dei servizi territoriali, a cominciare dalle Case della Comunità presso le quali possono avere sede fisica o essere a queste collegate funzionalmente.

Le AFT contribuiscono inoltre alla implementazione di modelli di Sanità di Iniziativa per assicurare all'individuo interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio, investendo anche sulla prevenzione e sulla promozione della salute.

## 2.3. Case della Comunità

La riforma dell'assistenza territoriale promossa dal DM 77/2022 è l'occasione per rimodulare e sviluppare ulteriormente la rete di strutture territoriali presenti sul territorio emiliano-romagnolo, ampliandone la visione, i format dei servizi e i processi di interazione multiprofessionale. Nella regione, a partire dal 2010, si sono diffuse le Case della Salute (ridenominate "Case della Comunità") nelle tipologie "bassa" e "medio/alta complessità", per le quali è stato avviato, a partire dal mese di ottobre 2022, un percorso di ridefinizione e ampliamento secondo la nuova chiave interpretativa proposta dal DM 77/2022.

Le Case della Comunità (CdC) anche in applicazione di quanto previsto dalla DGR 2128/2016, si qualificano come strutture facilmente riconoscibili e raggiungibili dalla popolazione di riferimento per l'accesso, l'accoglienza e l'orientamento del cittadino verso il SSN e i servizi territoriali locali. Nei prossimi anni si prevede l'implementazione di azioni di rafforzamento del senso di affiliazione dei cittadini nei confronti della Casa della Comunità di riferimento. In esse operano comunità di professionisti (équipe multiprofessionali e interdisciplinari), secondo uno stile di lavoro orientato alla prossimità ed alla presa in carico proattiva. A questo scopo si promuovono programmi e percorsi integrati tra servizi sanitari e tra servizi sanitari e sociali usando modelli di erogazione e comunicazione multicanale. Le CdC sono un nodo della più ampia rete di offerta dei servizi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali e al tempo stesso sono parte integrante dei luoghi di vita della comunità locale. Infatti, attraverso i concetti di "casa" e di "comunità", di cui l'assistenza sanitaria

rappresenta solo uno dei determinanti, si intende porre al centro la comunità, nelle sue varie forme: pazienti, caregiver, associazioni di pazienti e cittadini. Le CdC sono infatti intese come parte integrante dell'identità della comunità, un luogo di partecipazione e di valorizzazione di tutte le risorse presenti, in cui si possa sviluppare l'empowerment dei cittadini fino ad intraprendere percorsi di co-programmazione e co-progettazione.

In questa accezione, la CdC include sia i servizi erogati direttamente dal SSR sia quelli erogati da altri attori come Enti Locali, privati accreditati, farmacie dei servizi, reti sociali e di volontariato: la CdC è così rappresentata dall'insieme delle prestazioni e delle attività offerte da tutti gli attori che si prendono cura della salute della comunità nel suo territorio di riferimento. Questo significa che la CdC è costituita anche dall'insieme di relazioni che intercorrono non solo tra la rete di luoghi erogativi, ma anche tra la rete di attori e servizi presenti sul suo territorio di riferimento e la comunità largamente intesa come insieme di reti sociali più o meno formalmente organizzate.

A seconda dei contesti aziendali e distrettuali, il focus prevalente delle CdC può variare e contestualizzarsi, anche considerando il fisiologico e progressivo processo di sviluppo e arricchimento delle stesse. In ogni caso, le funzioni di base di promozione della salute e di logiche di sanità di iniziativa, accesso per l'utenza e case management devono essere garantite da tutte le CdC.

#### *Caratteristiche delle Case della Comunità*

La CdC hub garantisce i seguenti servizi, anche mediante modalità di telemedicina e tele assistenza e relative competenze professionali:

- Equipe multiprofessionali (MMG, PLS, Continuità Assistenziale, Specialisti Ambulatoriali Interni 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 socio-sanitario accessibile alla cittadinanza
- Punto prelievi
- Servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicità con strumentazione diagnostica di base (per esempio, ecografo, elettrocardiografo, retinografo, oct, spirometro) anche attraverso strumenti di telemedicina (per esempio, telerefertazione)
- Servizi ambulatoriali specialistici per le patologie ad elevata prevalenza (cardiologia, pneumologia, diabetologia, ecc.)
- Servizi di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC), 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 delle 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 i seguenti servizi, anche mediante modalità di telemedicina:

- Equipe multiprofessionali (MMG, PLS, Continuità Assistenziale, Specialisti Ambulatoriali Interni 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 socio-sanitario accessibile alla cittadinanza
- 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 o Comunità (IFoC), 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.

Attualmente in Regione Emilia-Romagna sono attive 129 Case della Comunità, di seguito ripartite per Azienda USL:

<b>Azienda USL</b>	<b>TOTALE</b>
Piacenza	8
Parma	26
Reggio Emilia	13
Modena	15
Bologna	19
Imola	3
Ferrara	7
Romagna	38
<b>TOTALE</b>	<b>129</b>

Il DM77/2022 prevede che, entro il 2026, vengano realizzate in Emilia-Romagna 89 Case della Comunità *hub*; questo comporta, anche in collaborazione con le Aziende USL, un percorso di riorganizzazione e adeguamento delle strutture esistenti per soddisfare i criteri richiesti.

## 2.4. Infermieri di Famiglia o Comunità

L'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC) è la figura 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'IFoC è un professionista con un forte orientamento alla gestione proattiva della salute ed è coinvolto in attività di promozione, prevenzione e gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e di comunità; interagisce con tutti gli attori e le risorse, formali o informali (per esempio, volontariato, associazioni di *care-giver*) presenti nella comunità; pertanto non è solo erogatore di prestazioni.

L'IFoC opera all'interno dei servizi e delle strutture del distretto e nelle Case della Comunità sia hub che spoke, nei luoghi di vita e socialità locale ove sia possibile effettuare 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.

Ambiti di intervento:

- **Individuale e familiare:** interventi diretti e indiretti che hanno come destinatari la persona, la sua famiglia e le sue persone di riferimento, per favorire la promozione e il mantenimento della salute attraverso il rafforzamento della autonomia decisionale, grazie ad un'offerta assistenziale capace di garantire prestazioni e anticipare la lettura dei bisogni
- **Comunitario:** interazione 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 supporto alla rete del welfare di comunità.

Il DM77/2022 prevede il coinvolgimento di 1 IFoC ogni 3.000 abitanti; attualmente in Emilia-Romagna operano figure professionali che, pur con denominazioni diverse ed in setting differenti, svolgono attività riconducibili in tutto o in parte alle attività degli IFeC. Anche in questo caso è opportuno l'avvio di un percorso di confronto con i territori e con i professionisti che permetta di definire indicazioni omogenee per la riorganizzazione dell'attività

## 2.5. Unità di Continuità Assistenziale (UCA)

L'Unità di Continuità Assistenziale (UCA) è un'équipe che afferisce al Distretto ed è composta da 1 medico ed 1 infermiere che operano sul territorio di riferimento anche attraverso l'utilizzo di strumenti di telemedicina (es. televisita e teleassistenza) e in collaborazione con MMG e PLS delle AFT/UCCP. Al fine di svolgere la propria attività l'UCA può usufruire del supporto a distanza (teleconsulto) di specialisti del territorio ed ospedalieri. L'équipe UCA può essere integrata con altre figure professionali sanitarie.

L'UCA deve essere dotata di un sistema integrato comprendente una moderna infrastruttura di telemedicina collegata alle COT ed accessibile via internet al fine di garantire anche in teleconsulto l'interoperabilità della rete di consulenti collegata.

Le UCA opereranno in stretta sinergia con l'assistenza domiciliare e con le strutture sociosanitarie.

In Emilia-Romagna, l'esperienza acquisita dai professionisti e dalle Aziende USL durante il periodo COVID, con la costituzione e gestione delle USCA, rappresenta un punto di partenza ottimale per la programmazione, sviluppo e diffusione delle UCA sull'intero territorio regionale.

## 2.6. 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 sociosanitarie, ospedaliere) e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.

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

Tutti gli attori del sistema, personale distrettuale e ospedaliero, possono richiedere l'intervento della COT, ovvero: MMG, PLS e medici di continuità assistenziale, medici specialisti ambulatoriali interni, e altri professionisti sanitari presenti nei servizi aziendali e distrettuali nonché personale delle strutture di ricovero intermedie, residenziali e semiresidenziali.

La COT deve essere operativa 7 giorni su 7 e deve essere dotata di infrastrutture tecnologiche ed informatiche quali ad esempio, una 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. È fondamentale che le COT, a livello regionale, usufruiscano di un sistema informativo condiviso e interconnesso con la Centrale Operativa Regionale 116117.

Anche in questo caso esistono a livello regionale esperienze aziendali riconducibili, seppur con funzioni diverse, a quanto previsto per le COT. In particolare, sono state attivate centrali post-acuzie oppure punti di coordinamento di assistenza primaria con la finalità di favorire l'integrazione e la transizione fra i setting assistenziali.

La programmazione prevista dal DM77/2022 individua per la Regione la realizzazione di 45 COT.

## 2.7. Centrale operativa 116117

La Centrale Operativa 116117 sede del Numero Europeo Armonizzato (NEA) per le cure mediche non urgenti 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.

L'attività della Centrale Operativa NEA 116117 è rivolta ad un bacino di utenza non inferiore a 1-2 milioni di abitanti, anche se la dimensione regionale deve essere considerata come quella minima, fatti salvi accordi di prossimità e la istituzione di centrali interregionali.

Il servizio è aperto, gratuito e attivo h24 7/7 giorni, e permette alla popolazione di entrare in contatto con un operatore, sanitario o tecnico-amministrativo opportunamente formato, che possa fornire assistenza, direttamente o attraverso il trasferimento di chiamata al servizio competente, a valenza sociosanitaria.

Sul territorio regionale, in passato, sono state condotte alcune sperimentazioni, al momento limitate all'integrazione tra sistema emergenza 118 e la centrale operativa 116117, che hanno avuto un ruolo centrale nell'emergenza COVID avendo messo in evidenza in tutta la sua rilevanza la necessità di un forte raccordo fra il sistema ospedaliero ed il territorio.

## 2.8. Assistenza domiciliare

Il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali a domicilio costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita (DPCM 12 gennaio 2017 art. 22 Cure domiciliari). Le cure domiciliari permettono alle persone ammalate, quando le condizioni cliniche e familiari lo consentono, di vivere il più possibile nel proprio ambiente, tra le persone care. In Emilia-Romagna l'assistenza a domicilio è collegata in rete con gli altri servizi sanitari, sia ospedalieri che territoriali, e con i servizi sociali dei Comuni per garantire la continuità delle cure e dell'assistenza.



L'Assistenza Domiciliare è quindi un servizio finalizzato all'erogazione al domicilio di interventi a diversi livelli di intensità e complessità clinico-assistenziale, organizzato a livello distrettuale. Per l'accesso il primo riferimento, di norma, è costituito dal medico di famiglia, anche se, l'attivazione può essere richiesta dalla famiglia o da operatori di altre strutture sanitarie e sociali.

L'equipe di assistenza domiciliare è multiprofessionale, prevalentemente composta dal medico di famiglia, (o pediatra di libera scelta), dall'infermiere e dall'assistente sociale, a cui si aggiungono, in funzione del piano assistenziale (PAI), fisioterapisti, medici specialisti, ecc. L'assistenza a domicilio prevede valutazioni multidimensionali e la stesura di piani personalizzati di assistenza e cura adeguati alle singole esigenze dei pazienti e delle famiglie.

Le Cure Domiciliari, così come declinate dal DPCM 12 gennaio 2017, si articolano in un livello Base e in Cure Domiciliari Integrate (ADI di I livello, ADI di II livello, ADI di III livello).

Il DM77/2022 prevede che il servizio di cure domiciliari garantisca, a regime, la continuità assistenziale 7 giorni su 7 e 24 ore su 24 nelle modalità indicate dalla normativa nazionale e regionale vigente ivi compresi i servizi di telemedicina nelle modalità e forme previste. In Emilia-Romagna è oggi garantita la continuità assistenziale su 7 giorni con una copertura oraria sulle 12 ore.

Attualmente, in Emilia-Romagna, il servizio di Assistenza Domiciliare garantisce l'assistenza a circa l'8,5% della popolazione di età superiore a 65 anni; tuttavia, una parte significativa delle cure domiciliari sono dedicate a pazienti di età inferiore ai 65 anni, che presentano problemi assistenziali di elevata complessità. Costituisce un obiettivo del sistema sanitario regionale per i prossimi 4 anni il raggiungimento dello standard di copertura del 10% della popolazione ultrasessantacinquenne nonché la diffusione su tutto il territorio regionale della continuità assistenziale nelle 24 ore.

Un indicatore importante per la presa in carico territoriale dei pazienti fragili è la continuità assistenziale, che nel caso delle cure domiciliari, si concretizza in particolare con le dimissioni protette. Anche in questo caso negli anni, nella nostra regione, si sono strutturate modalità organizzative che assicurano l'attivazione di percorsi di accompagnamento e di presa in carico sulla base delle condizioni del paziente e della famiglia. Nonostante la quota di pazienti dimessi dall'ospedale e presi in carico dall'assistenza domiciliare raggiunga anche punte del 59%, l'incremento delle dimissioni protette resta obiettivo strategico anche per la programmazione dei prossimi anni.

Rappresenta un altro obiettivo del servizio sanitario regionale da raggiungere nei prossimi 4 anni l'attivazione di procedure di telemedicina a supporto della presa in carico domiciliare (DM 29 aprile 2022 Approvazione delle linee guida organizzative contenenti il «Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare», ai fini del raggiungimento della Milestone EU M6C1-4, di cui all'Annex alla decisione di esecuzione del Consiglio ECOFIN del 13 luglio 2021, recante l'approvazione della valutazione del Piano per la ripresa e resilienza dell'Italia.)

## 2.9.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'OdC può avere una sede propria, essere collocato in una Casa della Comunità, in strutture sanitarie polifunzionali, presso strutture residenziali sociosanitarie oppure essere situato in una struttura ospedaliera, ma è riconducibile ai servizi ricompresi nell'assistenza territoriale distrettuale

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. L'assistenza infermieristica è garantita nelle 24 ore 7 giorni su 7 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.

L'assistenza medica è assicurata dai medici incaricati, nel turno diurno (8-20) deve essere garantita per 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, 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.

In Emilia-Romagna sono attivi 27 Ospedali di Comunità che, grazie a 436 posti letto, hanno erogato nel 2021 4.565 ricoveri (64% dimessi al domicilio e 36% trasferiti verso strutture residenziali sociosanitarie), con una durata media di 20 giorni.

La programmazione regionale prevede che, a regime, il numero di posti letto, in linea con lo standard atteso di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti, sia complessivamente circa 900.

## 2.10. Rete delle cure palliative

In Emilia-Romagna la Rete delle Cure Palliative è costituita da servizi e strutture (denominati Nodi) in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, con l'attività di consulenza nelle U.O., ambulatoriale, domiciliare e in hospice. Le cure palliative sono rivolte a malati di qualunque età e non sono prerogativa della fase terminale della malattia. Possono infatti affiancarsi alle cure attive fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, controllare i sintomi durante le diverse traiettorie della malattia, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale.

La governance della RLCP, ai sensi della normativa vigente, è demandata a livello aziendale, attraverso l'istituzione di un organismo di coordinamento, composto da: un coordinatore di rete, referenti delle singole strutture e una rappresentanza delle associazioni di volontariato di settore. Laddove sul territorio insista anche una Azienda Ospedaliera la rete sarà unica.

La regione con la DGR 560/2015 introduce un modello assistenziale con aspetti innovativi confermati e valorizzati successivamente con il DPCM 12 Gennaio 2017 e il DM 77/2022. Il provvedimento regionale pone infatti l'accento, tra le altre cose, sulla presa in carico precoce del paziente e della sua famiglia e sulla continuità assistenziale e individua il nodo ambulatorio quale luogo privilegiato per la presa in carico "precoce" e il nodo ospedale per garantire continuità di cura e di assistenza; lo stesso provvedimento individua le Unità Cure Palliative Domiciliari (UCPD) che vanno distinte dall'Assistenza domiciliare Integrata (ADI). Tuttavia, tale distinzione può non essere presente a livello organizzativo aziendale nella composizione dell'equipe purché i professionisti siano specificatamente formati in cure palliative come previsto dalla normativa vigente. Le UCPD si articolano in due livelli di intensità di cura, uno di base e l'altro specialistico per i pazienti più complessi, la continuità tra i due livelli assistenziali è garantita da infermieri case manager.

L'equipe dell'Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCPD) è composta da Medico di Medicina Generale (MMG), da Infermiere e Medico Palliativista dedicati e dalle figure professionali necessarie a rispondere ai bisogni del paziente e della sua famiglia attraverso l'attuazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI). Visto lo standard previsto dal DM 77/2022 di 1 Unità di cure palliative ogni 100.000 abitanti andrà definito lo standard numerico e impegno orario degli operatori che la compongono.

Per quanto riguarda le strutture residenziali Hospice lo standard individuato dal DM 77/2022 prevede una forbice che va da 8 a 10 P.L. ogni 100.000 abitanti. Nella nostra regione lo standard oggi raggiunto è di 7 P.L. ogni 100.000 abitanti distribuiti su 23 hospice (con 312 P.L.). Entro il 2026 dovranno essere attivi, in relazione allo standard, da un minimo di 357 a un massimo di 446 posti letto.

### 2.11. Servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie

Il Consultorio Familiare (CF) e il servizio di Pediatria di Comunità (PdC) sono servizi consolidati, ad accesso gratuito, deputati alla prevenzione, promozione della salute, consulenza e cura rivolte a donne (comprese quelle in gravidanza), minori, famiglie, all'interno del contesto comunitario di riferimento.

Le attività del Consultorio Familiare e del Servizio di Pediatria di Comunità possono svolgersi all'interno delle Case della Comunità hub e spoke, ovvero in altre strutture ambulatoriali, in collegamento con le Case della Comunità, per garantire equità di accesso e presa in carico nell'ottica della prossimità.

L'attività dei servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie è caratterizzata da un approccio multidisciplinare e olistico (Planetary Health), nonché da una attenzione alla complessità dello stato di salute della popolazione anche attraverso la qualità dell'accoglienza, dell'ascolto e della comunicazione e la loro capacità di realizzare programmi di promozione della salute e assistenza volti anche alla presa di consapevolezza delle persone e delle comunità.

Inoltre, richiedono un approccio intersettoriale con il sociale e con gli altri attori che posso contribuire alla produzione di benessere dell'individuo e delle comunità (es. settore educativo e scolastico, culturale, sportivo, volontariato e associazionismo), al contenimento del disagio familiare e sociale (es. settore della giustizia, del lavoro).

Le principali figure professionali che operano nel CF e nel servizio di PdC sono l'ostetrica, il medico ginecologo, il pediatra, l'infermiere, l'infermiere pediatrico e l'assistente sanitario; altre figure professionali possono intervenire a seconda dei bisogni della popolazione di riferimento.

Gli operatori svolgono la propria attività in integrazione con tutti i professionisti afferenti ai servizi territoriali ed ospedalieri, in particolare ai servizi diretti alla tutela della salute nei "primi 1000 giorni", della salute della donna in tutto il suo ciclo vitale e della salute mentale.

In Emilia-Romagna esistono, nel 2021, 162 consultori familiari (1 ogni 28.000 abitanti), 43 spazi giovani, 35 spazi giovani adulti e 9 spazi donne immigrate e loro bambini che hanno erogato complessivamente 806.000 prestazioni. Per quanto riguarda le pediatrie di comunità, i dati disponibili evidenziano la presenza di 124 sedi nel 2021.

### 2.12. Prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico

Il Dipartimento di Sanità Pubblica (DSP) come previsto dagli articoli 7, 7-bis, 7-ter e 7-quater del decreto legislativo 502/1992 e s.m., 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.

Il DSP nei limiti degli obiettivi assegnati e delle risorse attribuite, opera con riferimento al piano annuale di attività e di risorse negoziate con la Direzione Strategica nell'ambito della programmazione aziendale, al fine di garantire la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita.

In Emilia-Romagna, ogni Azienda USL ha ritenuto opportuno, per mantenere efficienza organizzativa e conoscenza del territorio che ha identità, omogeneità culturale e socioeconomica imprescindibili nell'azione preventiva, lasciare un Dipartimento di Sanità Pubblica rispettando il target complessivo regionale e garantendo l'operatività nelle sedi funzionali di ambito distrettuale con un riferimento ben identificabile, nelle Aziende di maggiori dimensioni. In Emilia-Romagna è stato approvato a dicembre 2021 il Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025 dell'Emilia-Romagna. Il Piano si pone in continuità con obiettivi e indirizzi della L.R.19/2018 Promozione della salute, del benessere della persona e della comunità e prevenzione primaria. La "Salute in tutte le politiche" costituisce il quadro di riferimento del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025. Questa cornice concettuale, che riconosce la salute come un complesso sistema dipendente da fattori e determinanti personali, socioeconomici e ambientali, viene ulteriormente valorizzata dalla L.R. 19/2018 sulla Promozione della salute. Le azioni trasversali comunicazione, equità, formazione e intersectorialità accompagnano l'attuazione di tutti i Programmi del PRP sia in ambito regionale che territoriale. In particolare, l'intersectorialità è garantita dallo stretto collegamento con la L.R. 19/2018, che promuove l'adozione di una "Strategia Regionale per la promozione della salute e la prevenzione". Tale strategia persegue l'integrazione e il coordinamento di obiettivi e azioni delle programmazioni regionali relative ai diversi ambiti settoriali. La Strategia regionale rappresenta quindi l'orizzonte in cui si colloca la declinazione dell'azione trasversale intersectorialità. La diffusione e il potenziamento della rete regionale delle Case della Comunità è l'occasione per implementarvi più efficacemente attività di prevenzione e promozione della salute: spazi e professionalità per percorsi di esercizio fisico e nutrizionali, vaccinazioni, screening, programmi strutturati di empowerment delle comunità e di creazione di opportunità che facilitino l'adozione di scelte di salute. Le Case della Comunità sono il luogo ideale per la medicina di iniziativa, sia nell'ambito della gestione dei percorsi assistenziali che in quello della prevenzione primaria. La governance del PRP poggia su una Cabina di regia coordinata dal Responsabile Regionale del PRP e a cui partecipano: i Responsabili Aziendali PRP, individuati dalle Aziende USL; i Responsabili dei 20 Programmi di cui si compone il Piano; ANCI-Emilia-Romagna; un Gruppo di supporto organizzativo. A livello territoriale ogni Azienda USL ha adottato una propria organizzazione per l'implementazione del PRP nel periodo 2022-2025, prevedendo almeno un Responsabile Aziendale (riferimento anche per l'azione trasversale Intersectorialità) e Referenti per ciascun Programma e per ciascuna delle Azioni Trasversali equità, comunicazione e formazione. È prevista una Struttura di monitoraggio e valutazione incaricata di produrre una reportistica di sintesi sia degli indicatori certificativi che di esito.

I DSP, inoltre, come parte della rete del Sistema Nazionale di Prevenzione Salute, Ambiente e Clima (SNPS), devono assicurare il supporto al raggiungimento dell'obiettivo "salute" in una ottica "One Health" nelle azioni di controllo sulle matrici ambientali attraverso interventi di analisi e di monitoraggio in stretto raccordo con le Agenzie del Sistema Nazionale per la Protezione dell'Ambiente con l'obiettivo di identificare e valutare i rischi per la popolazione e per gli ecosistemi come previsto dalla legge n°79 del 29/6/2022

Infine si intende ribadire il valore fondamentale delle valutazioni di salute sulla popolazione o suoi sottogruppi, con particolare riferimento alle persone fragili, del riconoscimento, controllo, eliminazione o attenuazione dei fattori di rischio in ambito degli ambienti di vita e lavorativi, della salute animale, della sicurezza alimentare in ottica “One Health” tramite interventi di analisi dei bisogni, di empowerment dei cittadini e di vigilanza sanitaria, fattori che costituiscono il “core” delle strategie di prevenzione.

### 2.13. Telemedicina

La pandemia COVID 19, fortemente caratterizzata dal distanziamento fisico, ha dato un forte impulso all'uso della tecnologia per la presa in carico e la cura a distanza dei pazienti, ed è ormai indubbio che le nuove tecnologie devono entrare in modo sostanziale nella organizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari.

La telemedicina rappresenta un approccio innovativo alla pratica sanitaria consentendo l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione.

Si tratta di servizi gestiti da professionisti sanitari per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari.

Le diverse prestazioni e servizi di telemedicina, quali televisita specialistica, teleassistenza, telemonitoraggio, teleriabilitazione, teleconsulto medico, teleconsulenza medico sanitaria o telerefertazione, costituiscono un'opportunità e un fattore abilitante la strutturazione di modelli di gestione integrata dell'assistenza, con particolare riferimento gestione della cronicità.

La Regione Emilia-Romagna ha applicato l'accordo Stato-Regioni del 17 dicembre 2020 “Indicazioni Nazionali per l'Erogazione di prestazioni in telemedicina” (DGR 1227 del 02/08/2021) e successivamente costituito un Gruppo di lavoro regionale sulla Telemedicina allo scopo di favorire lo sviluppo dei servizi di telemedicina in modo omogeneo e condiviso sull'intero territorio regionale.

La Regione ha inoltre avviato da alcuni anni il Progetto regionale di Telemedicina finalizzato all'implementazione dei servizi di telemedicina nelle località caratterizzate da eccezionali difficoltà di accesso, per garantire equità e appropriatezza nell'accesso e nella fruizione dei servizi sanitari.

Tali Servizi vengono implementati, in via principale per il tramite delle Case della Comunità attive sui territori, dove viene garantita la presa in carico dei pazienti cronici, nel rispetto della capillarità e della prossimità delle cure ai luoghi di vita delle persone. Laddove le Case della Comunità non sono presenti l'erogazione dei servizi di Telemedicina viene garantita attraverso strutture poliambulatoriali dedicate alla cronicità.

### 2.14. Integrazione e interazione degli altri servizi non delineati nel DM77 con il nuovo modello organizzativo delineato (RSA, Salute mentale, Dipendenze Patologiche, ecc.)

Nell'ambito della programmazione generale dell'assistenza territoriale, i servizi di salute mentale adulti, neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, dipendenze patologiche e psicologia vanno integrati nel modello territoriale e distrettuale così come definito dal DM 77/22, per migliorare la qualità e l'appropriatezza dell'assistenza e identificando le modalità organizzative più coerenti ai modelli adottati, secondo criteri di qualità, equità ed efficienza, che favoriscano l'utilizzo coordinato delle risorse per l'assistenza sociosanitaria e l'utilizzo di strumenti innovativi (budget di salute, telemedicina).

L'assistenza in questo ambito deve essere progettata per essere assicurata dall'insieme dei servizi territoriali sanitari e socio-sanitari attraverso servizi specialistici che garantiscano quattro diversi livelli, da definire sugli aspetti organizzativi, formativi e di funzionamento:

1. consultazione ed assistenza di primo livello nella Casa della Comunità
2. presa in carico per episodio di cura o per progetti terapeutico-riabilitativi individualizzati a lungo termine (CSM, NPIA, SerD, Psicologia)
3. assistenza specialistica in ambito ospedaliero o residenziale (reparti ospedalieri e residenze)
4. reti specialistiche di area vasta, regionali o interregionali.

### 3. Fabbisogni di personale per il funzionamento dei servizi e piani di formazione

#### *Fabbisogno del personale*

La dotazione di personale per l'implementazione, a livello regionale, della riorganizzazione prevista dal DM77/2022 costituisce, indubbiamente, una delle principali criticità che le regioni dovranno affrontare. Tali criticità derivano sia dalla crescente difficoltà che le Aziende USL incontrano a reperire sia personale medico (sia dipendente che convenzionato) che infermieristico da destinare alle attività territoriali, sia dalle difficoltà associate alla programmazione del fabbisogno di personale nei prossimi 4-5 anni.

IL DM77/2022 prevede, per ogni servizio individuato, la dotazione di personale minima necessaria a garantire il funzionamento dello stesso.

L'applicazione di tali standard alla programmazione dei servizi territoriali prevista dal Decreto comporta complessivamente un fabbisogno di circa 5.500 professionisti, articolati come nella tabella seguente.

	Medici	Infermieri	Personale amministrativo e OSS	Assistenti sociali	Fisioterapisti	TOTALE
<b>Case della Comunità</b>	-	979	712	89	-	<b>1.780</b>
<b>OSCO</b>	45	405	270	-	90	<b>810</b>
<b>COT</b>	-	270	90	-	-	<b>360</b>
<b>Assistenza domiciliare*</b>	-	965	-	-	-	<b>965</b>
<b>UCA</b>	45	45	-	-	-	<b>90</b>
<b>IFoC</b>	-	1.487	-	-	-	<b>1.487</b>
<b>TOTALE</b>	<b>90</b>	<b>4.151</b>	<b>1.072</b>	<b>89</b>	<b>90</b>	<b>5.492</b>

\*: il numero di infermieri è stimato utilizzando lo standard definito dallo studio AGENAS che indica 0,9 infermieri ogni 1.000 residenti di età superiore o uguale a 65 anni

#### *Programmazione della formazione*

Per rispondere ai bisogni di salute dei cittadini e garantire efficienza del sistema, nel prossimo triennio il Servizio sanitario regionale dovrà affrontare cambiamenti organizzativi rilevanti, determinati anche dalla pandemia di Covid-19. La Regione ha già dato alle Aziende, mediante il Piano regionale della formazione (PRF) per il triennio 2022-2024, indicazioni per la formazione dei professionisti come strumento necessario per lo sviluppo delle competenze tecniche, organizzative, relazionali, manageriali e dell'innovazione.

In particolare, per l'assistenza territoriale, il Piano prevede che le Aziende sanitarie, nel prossimo triennio tengano conto delle seguenti principali linee di sviluppo:



- *Da Case della Salute a Case della Comunità*: sviluppo di un nuovo sistema di welfare che, con un cambio di paradigma, parta dalle comunità e non dalle istituzioni erogatrici anche mediante il superamento della logica della Casa della Salute, intesa come punto di offerta e consumo di un insieme di prestazioni individualizzate, per sviluppare un approccio innovativo basato sulla consapevolezza della salute come bene comune, che trovi nuove forme di esercizio nelle Case della Comunità (CdC).
- *Infermiere di famiglia e di comunità*: sviluppo professionale e organizzativo della figura dell'infermiere di famiglia e di comunità (IdFC), fondamentale per favorire l'evoluzione da CdS a CdC, nella logica del potenziamento dell'assistenza territoriale. Implementazione di modelli di welfare generativo di comunità, che valorizzino il capitale sociale esistente e aumentino la sostenibilità del sistema stesso
- Organizzazione di percorsi multidisciplinari per la formazione di Direttori di Distretto, Direttori Cure primarie, Responsabili Case della Comunità e di tutti gli operatori coinvolti nella gestione delle strutture territoriali
- iniziative di formazione per e con la Comunità (associazioni di promozione sociale, società sportive, parrocchie, servizi educativi per la prima infanzia, Istituti Comprensivi, Terzo Settore e associazioni di volontariato, soggetti gestori di strutture per anziani e disabili, singoli cittadini, imprese,) con gli operatori dei servizi sociali e sanitari per favorire la creazione di nuove relazioni e nuove reti che rispondano in modo adeguato ai bisogni del territorio. La realizzazione di questa complessa ed innovativa impostazione presuppone un vero e proprio processo di riposizionamento culturale, di contaminazione dei saperi professionali che si aprono anche al punto di vista dei cittadini considerati non più fruitori di servizi, quanto piuttosto protagonisti corresponsabili di una complessiva definizione di un progetto di Salute.

Ad integrazione del Piano regionale di formazione, la Regione, con il Community Lab, ha avviato un percorso di formazione/apprendimento a sostegno della governance dei percorsi di programmazione partecipata con il coinvolgimento attivo della popolazione e degli operatori sia per definire le priorità che progettare e realizzare gli interventi successivi a livello locale. Il percorso ha comportato l'attivazione di laboratori regionali per la formazione/intervento di base destinati ai facilitatori delle attività locali di programmazione partecipata e la produzione di una rendicontazione quali-quantitativa delle esperienze locali attivate.

Il Community Lab ha permesso di accompagnare i distretti in un processo di definizione partecipata delle priorità di azione, superando il concetto di partecipazione intesa come progettualità singola ed isolata e portando il sistema a vedere la partecipazione come una prassi organizzativa di trasformazione e innovazione. Tale prospettiva ha permesso di affrontare in modo inedito e innovativo "oggetti di lavoro" complessi che emergono dalle profonde trasformazioni avvenute in questi anni.

## 4. Sintesi delle azioni e cronoprogramma delle attività

Il Piano Operativo approvato mediante la DGR N°811 del 23/05/2022 si compone degli Action Plan redatti dalla Regione Emilia-Romagna per ciascuna Linea di investimento, dettagliati degli interventi necessari al raggiungimento degli obiettivi previsti dal PNRR, e per i quali sono previste apposite schede intervento.

La Regione Emilia-Romagna si configura quale soggetto attuatore e descrive per ciascun investimento:

- Il dettaglio dei macro-target nazionali, che rappresentano l'obiettivo minimo complessivo a livello nazionale dell'investimento, soggetto al monitoraggio da parte dell'Organismo competente nazionale o europeo;
- I termini di esecuzione regionali;

Le risorse economiche assegnate a livello nazionale per ciascun investimento. Ai sensi della DGR 71/2022, si procede a dare attuazione agli impegni previsti delegando il ruolo di soggetto attuatore (cfr. art. 12 e 5 comma 2 CIS), ai seguenti soggetti attuatori esterni:

- Aziende USL di Piacenza, Reggio Emilia, Modena, Bologna, Imola, Ferrara, Romagna
- Aziende Ospedaliero Universitarie di Parma, Modena, Ferrara
- IRCCS Policlinico Sant'Orsola di Bologna e Istituto Ortopedico Rizzoli

La Regione Emilia-Romagna si impegna ad individuare le soluzioni tecnico operative procedurali più efficaci a garantire la puntuale esecuzione degli interventi nei tempi previsti, assicurando presidi di trasparenza e legalità attraverso, ove possibile, il ricorso a procedure di affidamento aggregate, anche avvalendosi di Centrali di Committenza individuate dall'articolo 38 del decreto legislativo 18 aprile 2016, n°50.

La riorganizzazione del sistema sanitario regionale nel rispetto di quanto previsto dal DM77/2022 costituisce, come più volte sottolineato nel corso di questo documento, una delle principali linee di azione che la Regione Emilia-Romagna, anche alla luce di quanto emergerà dagli Stati Generali della Salute attualmente in corso, intende perseguire nei prossimi anni. Tuttavia, occorre considerare e valutare con attenzione alcuni elementi che potrebbero ostacolare o quantomeno rallentare il raggiungimento degli obiettivi che ci si propone.

In primo luogo, uno dei principali ostacoli potrebbe essere costituito dalla crescente difficoltà che le Regioni incontrano ad assumere personale ed inserire nel sistema dell'assistenza territoriale. Questo aspetto potrebbe essere particolarmente critico, alla luce degli standard previsti dal DM 77/2022, sia per la componente medica, ma soprattutto per quella infermieristica che è chiamata a fornire un contributo essenziale al rafforzamento dell'assistenza territoriale.

L'Emilia-Romagna, negli ultimi 20 anni, ha portato avanti un percorso di riorganizzazione e rafforzamento del sistema sanitario, in particolar modo per quanto riguarda l'assistenza territoriale, che ha portato l'attuale assetto a non discostarsi troppo da quanto previsto dal DM 77/2022.

Tale assetto, raggiunto per gradi progressivi nel corso del tempo, fa sì che i professionisti dovrebbero già essere preparati al cambiamento e adeguarsi rapidamente al nuovo modello che, come prima evidenziato, non si discosta da quello attuale. Tuttavia, un ulteriore potenziale ostacolo potrebbe derivare dalle comunità locali a fronte sia della riorganizzazione e riclassificazione della rete delle case della comunità che dell'impatto della attivazione di nuove strutture, quando queste siano il risultato di riconversioni di strutture già esistenti.






Questo aspetto potrebbe, nondimeno, rappresentare anche una finestra di opportunità per coinvolgere l'intera comunità (cittadini, decisori politici, rappresentanti del terzo settore) nel progetto di riorganizzazione dell'assistenza territoriale. Le Case di Comunità rappresentano infatti un progetto di innovazione in cui la comunità degli assistiti non è solo destinataria di servizi ma è parte attiva nella valorizzazione delle competenze presenti all'interno della comunità stessa: disegnando nuove soluzioni di servizio, contribuendo a costruire e organizzare le opportunità di cui ha bisogno al fine di migliorare qualità della vita e del territorio, rimettendo al centro dei propri valori le relazioni e la condivisione.

Dopotutto le Case di Comunità rappresentano un nodo centrale della rete dei servizi territoriali: sul lato del governo della domanda, dalle funzioni di sanità di iniziativa, di presa in carico, di accesso unitario, di filtro di accesso e indirizzo dei pazienti; sul lato dell'offerta dal lavoro multiprofessionale, dall'integrazione tra unità di offerta afferenti a materie e discipline diverse, dal coordinamento tra sociale e sanitario; sul lato della governance dal coinvolgimento attivo della comunità e dei pazienti.

Di seguito l'ipotesi di cronogramma, tratto dalla DGR 23 maggio 2022, n. 811 "Approvazione del Piano Operativo Regionale" per la realizzazione degli interventi finanziati con il PNRR.

## CRONOPROGRAMMA

### MILESTONE & TARGET

Milestone/Target	Descrizione	Termine di esecuzione Regionale	Rilevanza ITA/UE
Target	Assegnazione dei codici CUP (Codice Unico di Progetto) ai progetti per la realizzazione delle Case della Comunità	T2 2022	
Target	Approvazione dei progetti idonei per indizione della gara per la realizzazione delle Case della Comunità	T1 2023	
Target	Assegnazione dei codici CIG o convenzioni per la realizzazione delle Case della Comunità di almeno un CIG per ogni CUP (ossia si è avviata almeno una gara per l'opera ma non necessariamente tutte)	T1 2023	
Target	Stipula dei contratti per la realizzazione delle Case di Comunità	T3 2023	
Target	Case della Comunità messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche	T1 2026	

### GANTT

Linee di attività		2022				2023				2024				2025				2026			
		T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
1	Assegnazione dei codici CUP (Codice Unico di Progetto) ai progetti per la realizzazione delle Case della Comunità																				
2	Approvazione dei progetti idonei per indizione della gara per la realizzazione delle Case della Comunità																				
3	Definire, con apposito atto normativo, la programmazione della rete assistenziale territoriale in coerenza con standard e modelli organizzativi definiti nella Riforma dell'Assistenza Territoriale																				
4	Assegnazione dei codici CIG o convenzioni per la realizzazione delle Case della Comunità di almeno un CIG per ogni CUP (ossia si è avviata almeno una gara per l'opera ma non necessariamente tutte)																				
5	Stipula dei contratti per la realizzazione delle Case di Comunità																				
6	Case della Comunità messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche																				



COT

MILESTONE & TARGET

Milestone/Target	Descrizione	Termine di esecuzione Regionale	Rilevanza ITA/EU
Target	Assegnazione codici CUP (Codice Unico di Progetto) per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali	T2 2022	
Target	Assegnazione codici CUP (Codice Unico di Progetto) per l'interconnessione aziendale	T2 2022	
Target	Assegnazione dei progetti idonei per indizione della gara per l'implementazione delle Centrali Operative Territoriali	T4 2022	
Target	Assegnazione codici CIG/provvedimento di convenzione per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali	T4 2022	
Target	Assegnazione codici CIG/provvedimento di convenzione per l'interconnessione aziendale	T4 2022	
Target	Stipula dei contratti per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali	T2 2023	
Target	Stipula dei contratti per l'interconnessione aziendale	T2 2023	
Target	Centrali operative pienamente funzionanti	T1 2024	
Target	Completamento interventi per interconnessione aziendale	T1 2024	






GANTT

Linee di attività		2022				2023				2024				2025				2026			
		T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
1	Assegnazione codici CUP (Codice Unico di Progetto) per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali																				
2	Assegnazione codici CUP (Codice Unico di Progetto) per l'interconnessione aziendale																				
3	Assegnazione dei progetti idonei per indizione della gara per l'implementazione delle Centrali Operative Territoriali																				
4	Definire, con apposito atto normativo, la programmazione della rete assistenziale territoriale in coerenza con standard e modelli organizzativi definiti nella Riforma dell'Assistenza Territoriale																				
5	Assegnazione codici CIG/provvedimento di convenzione per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali																				
6	Assegnazione codici CIG/provvedimento di convenzione per l'interconnessione aziendale																				
7	Stipula dei contratti per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali																				
8	Stipula dei contratti per interconnessione aziendale																				
9	Centrali operative pienamente funzionanti																				
10	Completamento del numero target di interventi per l'interconnessione aziendale																				

MIs/Target EU
 MIs/Target ITA

## Ospedali di Comunità

### MILESTONE & TARGET

Milestone/Target	Descrizione	Termine di esecuzione Regionale	Rilevanza ITA/EU
Target	Assegnazione dei codici CUP (Codice Unico di Progetto) per la realizzazione degli Ospedali di Comunità	T2 2022	
Target	Approvazione dei progetti idonei per indizione della gara per la realizzazione degli Ospedali di Comunità	T1 2023	
Target	Assegnazione dei codici CIG/provvedimento di convenzione per la realizzazione degli Ospedali di Comunità	T1 2023	
Target	Stipula delle obbligazioni giuridicamente vincolanti per la realizzazione degli Ospedali di Comunità	T3 2023	
Target	Ospedali di Comunità rinnovati, interconnessi e dotati di attrezzature tecnologiche	T1 2026	

### GANTT

Linee di attività		2022				2023				2024				2025				2026			
		T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
1	Assegnazione dei codici CUP (Codice Unico di Progetto) per la realizzazione degli Ospedali di Comunità																				
2	Approvazione dei progetti idonei per indizione della gara per la realizzazione degli Ospedali di Comunità																				
3	Definire, con apposito atto normativo, la programmazione della rete assistenziale territoriale in coerenza con standard e modelli organizzativi definiti nella Riforma dell'Assistenza Territoriale																				
4	Assegnazione dei codici CIG/provvedimento di convenzione per la realizzazione degli Ospedali di Comunità																				
5	Stipula delle obbligazioni giuridicamente vincolanti per la realizzazione degli Ospedali di Comunità																				
6	Ospedali di Comunità rinnovati, interconnessi e dotati di attrezzature tecnologiche																				



È importante evidenziare che il cronoprogramma qui indicato deve necessariamente tenere conto di alcune difficoltà che potrebbero presentarsi in sede di realizzazione e che, in parte, derivano dai punti sopra descritti. In particolare, la necessità di coinvolgere l'intera comunità, con progetti dedicati, nella riorganizzazione della rete assistenziale potrebbe comportare rallentamenti nell'attuazione di quanto programmato.

## 5. Modalità di governo e monitoraggio delle azioni di riorganizzazione

La Direzione Generale cura della persona, salute e welfare della Regione Emilia-Romagna ha affidato il governo e monitoraggio del percorso di riorganizzazione dell'assistenza territoriale e di implementazione delle azioni previste dal DM77 al Servizio Assistenza Territoriale, in stretto coordinamento con gli altri servizi della medesima Direzione coinvolti nel percorso di

riorganizzazione (principalmente settore Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica, settore Risorse Umane, Strumentali ed Infrastrutture).

Il Settore Assistenza Territoriale ha avviato il percorso di programmazione e riorganizzazione dell'assistenza territoriale incontrando tutte le Aziende sanitarie territoriali: agli incontri hanno partecipato le direzioni aziendali (Direttore Generale, Sanitario, Amministrativo, Direttore Attività socio-sanitarie e Direttore Assistenziale), i Direttori di Distretto ed i responsabili delle aree cure primarie. Nel corso degli incontri è stata esaminata puntualmente l'organizzazione delle cure primarie che caratterizza ogni Azienda, partendo in primo luogo dalle case della comunità e considerando successivamente sia gli ospedali di comunità che le COT. L'analisi ha consentito di verificare il grado di corrispondenza della assistenza territoriale con quanto previsto dal DM77/2022. Per esempio, è stato verificato se le 129 case della comunità presentano i requisiti che il DM77/2022 prevede per le case della comunità hub e spoke e, in caso negativo, ipotizzata una tempistica di adeguamento alla luce anche dei finanziamenti programmati con il PNRR.

Per facilitare il confronto sistematico con le singole Aziende, al termine di ogni incontro è stato chiesto alle Aziende di individuare un referente trasversale rispetto alle diverse tematiche: compiti del referente aziendale, oltre a costituire un punto di riferimento per il Servizio Assistenza Territoriale, sono il monitoraggio dello stato di avanzamento della riorganizzazione, la raccolta dei dati e dei documenti.

Anche a livello regionale è stato individuato un referente al quale è stato affidato il monitoraggio periodico dello stato di avanzamento della programmazione. Attualmente il referente è il Responsabile dell'area cure primarie, case della comunità e presa in carico della cronicità del Settore Assistenza Territoriale. Tra i compiti del referente regionale rientrano l'organizzazione di incontri periodici con le Aziende, il coordinamento, a livello regionale, della stesura dei documenti di programmazione ed il monitoraggio dello stato di avanzamento della programmazione a livello aziendale. Da questo punto di vista sono previsti, per il 2023, incontri presso tutte le Aziende USL finalizzati a verificare, in loco, lo stato di avanzamento della programmazione territoriale e di adeguamento delle strutture esistenti ai requisiti previsti dal DM77.

Il monitoraggio sistematico delle attività e del livello di riorganizzazione dell'assistenza territoriale può contare, a livello regionale, su un sistema informativo regionale che consente di rilevare tutte le strutture sanitarie e socio-sanitarie presenti sul territorio, un data base (cd "Albero delle strutture") per le case della comunità, nonché, in aggiunta ai flussi che tradizionalmente monitorano l'assistenza sanitaria (SDO, assistenza specialistica ambulatoriale, accessi al Pronto Soccorso), alcuni flussi di attività specifici per l'assistenza territoriale, in particolare flusso ADI, flusso SIRCO e flusso Hospice. Tutti i dati saranno resi disponibili per le attività di valutazione e monitoraggio a supporto della programmazione Aziendale e Territoriale.

*Banche dati e flussi per l'assistenza territoriale*

**Anagrafe delle strutture sanitarie e socio-sanitarie:** per mezzo di un sistema informativo idoneo ad acquisire e gestire, in termini puntuali e tempestivi, le informazioni sulle attività sanitarie soggette al regime di autorizzazione, consente una conoscenza analitica della distribuzione sul territorio delle diverse tipologie di attività sanitarie pubbliche e private, L'applicativo web a disposizione degli utenti raccoglie informazioni su ogni struttura (per esempio, indirizzo, contatti, ente titolare, ente gestore, eventuale numero di posti letto)

**Albero delle strutture:** a partire dal 2018, la Regione Emilia-Romagna ha strutturato un database (Albero delle strutture) che, alimentato dalle Aziende, consente di disporre in tempo reale di informazioni sui servizi presenti all'interno di ciascuna casa della comunità. In particolare contiene informazioni amministrative (comuni di riferimento, indirizzo, popolazione di riferimento), informazioni sui servizi presenti (per esempio, ambulatori NPIA, ambulatori infermieristici per la cronicità, CUP, ambulatori medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, ambulatori



specialistici, strutture residenziali per anziani e disabili), distinti in 4 funzioni (accoglienza e orientamento, valutazione del bisogno, assistenza sanitaria, socio-sanitaria e socioassistenziale, assistenza residenziale e semiresidenziale), sulla dotazione di personale per ogni servizio e sulle ore complessive di apertura del servizio durante la settimana. Le informazioni sono alimentate dalle Aziende e sono consultabili dai cittadini al sito (<https://applicazioni.regione.emilia-romagna.it/ReportERHome/viewer/flusso/1005>).

**ADI:** per monitorare le attività di assistenza domiciliare svolte in forma integrata la Regione ha attivato, a partire dal 1999, un flusso informativo regionale che permette di conoscere il percorso assistenziale del paziente di cui vengono rilevati le caratteristiche demografiche, gli episodi di cura di assistenza domiciliare e gli accessi al domicilio da parte delle diverse figure professionali.

**Hospice:** per il monitoraggio della Rete delle cure palliative, la Regione Emilia-Romagna, nel 2002, ha istituito il flusso informativo regionale Hospice quale strumento per la rilevazione dei dati di Assistenza Residenziale Hospice per malati terminali. Il flusso ha cadenza trimestrale e si basa sul sistema di classificazione delle diagnosi ICD-9-CM.

**SIRCO:** per monitorare l'attività assistenziale degli Ospedali di Comunità la Regione ha istituito, nel 2014, il flusso informativo regionale SIRCO (Sistema Informativo Regionale Ospedali di Comunità) che contiene informazioni su ogni ricovero effettuato presso gli Ospedali di Comunità: per esempio, durata della degenza, patologie principali, modalità di dimissione, modalità di ricovero, problemi socio-familiari degli ospiti, motivo del ricovero.

In integrazione alle fonti informative ed ai flussi esistenti, la Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare ha in programma, per i prossimi anni, di estendere anche all'ambito delle cure primarie, l'uso di una cartella sanitaria (già sviluppata per l'area della salute mentale) per facilitare la presa in carico, la gestione e il monitoraggio dei pazienti; la cartella, accessibile a tutti i professionisti, consente la raccolta dei dati sanitari dei cittadini che si rivolgono alle strutture del territorio (per esempio, ambulatori per la cronicità, assistenza domiciliare, ospedali di comunità).

L'implementazione della cartella, oltre a rafforzare il coordinamento dei servizi sanitari e socio-sanitari territoriali, consentirà anche di attivare un flusso informativo delle cure primarie per coprire quelle aree dell'assistenza territoriale che, attualmente, in Emilia-Romagna non dispongono di flussi informativi strutturati (per esempio, attività ambulatoriale infermieristica).