



Online ISSN 3035-5184

NURSE PRACTITIONER

SELF EMPLOYMENT

RICERCA INFERMIERISTICA 2023 Volume 2

WWW.NPSNURSE.IT

Publication frequency: Quarterly

NPS NURSE Editorial Office

Via Giosue Carducci 8, 83100 Avellino, Italy

info@npsnurse.it

Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale in Irpinia

A cura di:

Dr.ssa Annamaria Garofalo, Infermiera presso A.O.R.N. San Giuseppe Moscati e docente del modulo SSD MED/47 - Infermieristica in Ostetricia e Ginecologia presso Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli"

Dr. Alfonso Marotta, Amministrativo presso A.S.L. di Avellino, U.O.C. Farmacia Territoriale. Dottore in Scienze Economiche e, Manager del Welfare Territoriale.

Annamaria Garofalo



<https://orcid.org/0009-0003-4572-0730>

Infermiera presso A.O.R.N.
San Giuseppe Moscati

SSDMED/47-Infermieristica in
Ostetricia e Ginecologia presso
Università degli Studi della
Campania "Luigi Vanvitelli"

Alfonso Marotta



<https://orcid.org/0009-0009-6348-1247>

Review article

Online ISSN 3035-5184

DOI: 10.63099/nps.v1i1

Published online: 03 May 2023

This article is licensed under the Creative Commons Attribution – Non Commercial - No Derivatives 4.0 (CC BY NC ND 4.0) international license.

Indice:

ABSTRACT	3
INTRODUZIONE	4
1. CAPITOLO I - DESCRIZIONE DEL FENOMENO.....	6
1.1. Analisi del contesto e dei bisogni del territorio	6
1.2. Le criticità riscontrate	9
1.3. Le opportunità rilevate	12
2. CAPITOLO II - GLI STRUMENTI PER L'ANALISI DEI BISOGNI.....	13
2.1. La sanità di iniziativa	13
2.2. La Stratificazione della Popolazione	15
2.2.1. Come individuare i pazienti di livello 1 e 2.....	18
2.2.2. Un aiuto dall'intelligenza artificiale	19
2.3. Il Progetto di Salute	20
2.3.1. I limiti del Progetto di Salute.....	22
3. CAPITOLO III - NUOVI STANDARD ORGANIZZATIVI	23
3.1. Le funzioni dei Distretti	23
3.2. La Casa della Comunità.....	26
3.3. Il coordinamento della Casa della Comunità.....	30
3.4. Le prospettive.....	32
3.5. L'Infermiere di Famiglia o Comunità.....	33
3.6. L'Ospedale di Comunità.....	35
3.7. Le cure domiciliari	37
3.7.1. Il modello organizzativo dell'ASL di Avellino	38
4. CAPITOLO IV - CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE.....	48
4.1. Organizzazione del SIREs 118	52
4.2. Il Sistema di Emergenza Territoriale in Avellino.....	52
5. CAPITOLO V - AMBULATORIO INFERMIERISTICO	52
5.1. Le liste di attesa in Pronto Soccorso	52
5.2. Ambulatorio infermieristico nei P.S. per i codici minori	55
5.3. La strategia	56
6. CONCLUSIONI	58
BIBLIOGRAFIA.....	61

ABSTRACT

Attivare politiche e attuare modelli di gestione delle cure integrati e personalizzati è ormai divenuto necessario. La popolazione è in progressivo invecchiamento con il conseguente aumento di malattie croniche , comorbidità e fragilità.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e il Decreto Ministeriale 77/22 sono l'occasione per riformulare il modello di assistenza territoriale con l'obiettivo di garantire le condizioni di miglioramento possibile in tempi celeri, equità di accesso alle cure, e qualità degli interventi. Il PNRR, con la Missione 6, prevede interventi di assistenza e prevenzione sul territorio con l'obbiettivo di integrare tra loro servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali che garantiscano sinergicamente la risposta ai bisogni di salute e la presa in carico del paziente. L'accesso alla rete assistenziale è garantito dalla diffusione delle Case della Comunità e dall'introduzione della nuova figura dell'Infermiere di Famiglia e Comunità quale promotore di proattività e di una sanità d'iniziativa.

Attraverso l'analisi dei modelli internazionali, della normativa italiana e del profilo professionale, la tesi vuole mettere luce sui servizi territoriali e ospedalieri offerti nella provincia di Avellino, tra criticità e opportunità al fine di migliorare l'esito delle cure assistenziali.

1 INTRODUZIONE

Il Servizio Sanitario Nazionale istituito con la legge n. 833 del 1978 si basa su tre principi fondamentali quali: universalità, uguaglianza ed equità. Raggiungere questi principi equivale ad operare come un sistema integrato attraverso un modello di erogazione dei servizi condiviso ed equilibrato sul territorio nazionale e vicino alla comunità.

I sistemi sanitari rappresentati da strutture territoriali di prossimità e da ospedali rappresentano realtà poco comunicanti tra loro, che vivono in un contesto normativo, politico e sociale in perenne mutamento. Mentre i cambiamenti al livello più alto delle direzioni aziendali e regionali sono decisi da provvedimenti e scelte di policy, ad un livello operativo, ad esempio in un Pronto Soccorso, o in una postazione territoriale d'emergenza 118, i cambiamenti organizzativi sono in genere determinati da professionisti sanitari che vi operano e che conoscono il contesto.

L'emergenza territoriale è la prima porta d'accesso al servizio sanitario di emergenza/urgenza. Essa rappresenta infatti l'approccio più efficiente per prestare soccorso.

Le Centrali Operative presenti sul territorio nazionale hanno come obiettivo principale coordinare la presa in carico della persona e inserirla all'interno dei servizi attivi sul territorio, collegando il paziente ai professionisti di vario genere che sono coinvolti nei settings assistenziali delle attività territoriali, sanitarie, sociosanitarie e ospedaliere. Questo collegamento è reso ancora più forte grazie ai nuovi investimenti del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza in cui è previsto un cambiamento radicale nei modelli e gli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Sistema Sanitario Nazionale apportando delle ingenti modifiche sia dal punto di vista delle risorse strutturali che da quelle professionali.

L'assistenza tempo-dipendente è un fattore cruciale per i servizi di emergenza territoriale e svolgere una puntuale analisi del territorio è necessario per adottare il miglior criterio operativo, questo compito attribuito alle Centrali Operative Territoriali è sempre in continua evoluzione, grazie anche agli accreditamenti istituzionali di strutture private e l'aumento dell'offerta socio-sanitaria offerta dai Piani di Zona e della Aziende Sanitarie Locali.

Il COT è uno degli strumenti che permette alle AA.SS.LL. di perseguire un nuovo modello di presa in carico del paziente, al fine di consentire il passaggio dal concetto di “curare” a quello di “prendersi cura”. Ha inoltre l'obiettivo di considerare la persona nella sua complessità e in maniera olistica, con un'attenzione rivolta alla famiglia ed al contesto di riferimento. Tale processo è reso possibile attraverso un unico interlocutore che prende in carico la domanda, la elabora e ne segue il percorso fino a risposta avvenuta.

La responsabilità del funzionamento della Centrale Operativa Territoriale, del coordinamento del personale e della gestione globale è affidata ad un coordinatore infermieristico, come vedremo quest'ultimo potrà usufruire di nuovi strumenti utili nel conseguimento del suo mandato quali: La Medicina di Popolazione, La Sanità di Iniziativa, La stratificazione della Popolazione e infine il Progetto di Salute.

Il ruolo del coordinatore infermieristico si è sviluppato in modo olistico. A questa figura oggi giorno appartengono competenze tecniche e non tecniche, economiche e sociali, le cui responsabilità rispettivamente riguardano da un lato la gestione aziendale, nei principi come efficienza, funzionalità, produttività e competitività; dall'altro, al raggiungimento dei livelli minimi di assistenza, al diritto alla salute, all'efficacia, fino alla politica sanitaria.

L'obiettivo di questa tesi sarà illustrare lo sviluppo di strutture di prossimità per i bisogni a rilevanza sanitaria per la popolazione di riferimento, il potenziamento delle cure domiciliari, l'evoluzione del servizio di emergenza territoriale nel territorio irpino a seguito degli investimenti del PNRR e successivamente si illustreranno strategie operative per far fronte al problema del sovraffollamento nel PS aumentando l'empowerment del servizio di emergenza.

1. CAPITOLO I – DESCRIZIONE DEL FENOMENO

1.1. Analisi del contesto e dei bisogni del territorio

La provincia di Avellino non ha sbocco sul mare e presenta un territorio prevalentemente

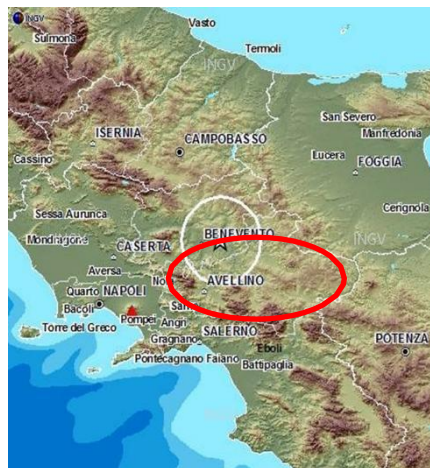
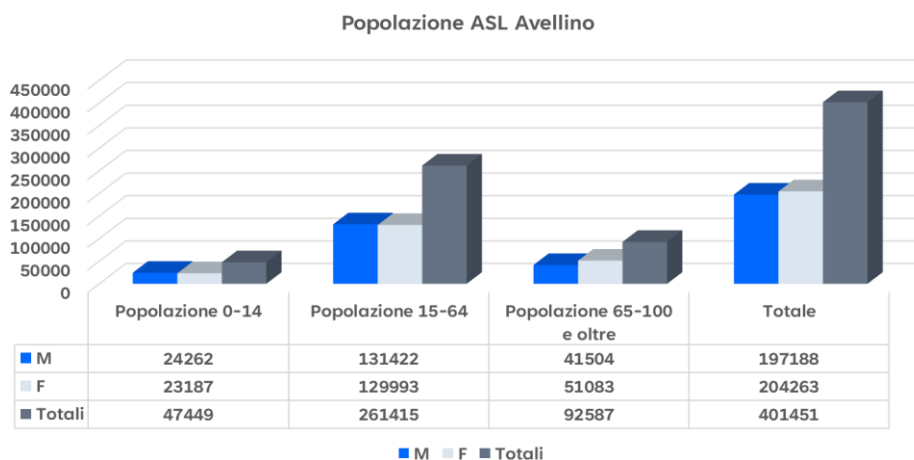


Figura 1 Configurazione Orografica della Provincia di Avellino

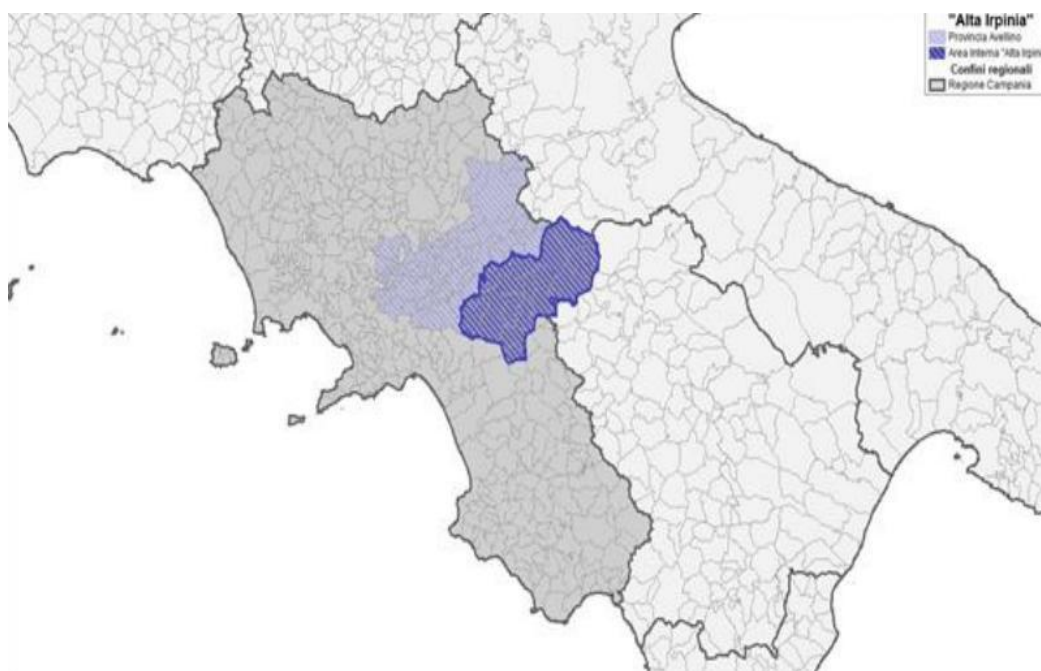
montuoso. Il territorio, articolato in valli ed alture, presenta un clima rigido d'inverno, con precipitazioni a carattere nevoso e relativamente mite d'estate. È una provincia italiana della Campania di 399 623 abitanti e 118 comuni. Priva di sbocco al mare, confina a nord-ovest con la provincia di Benevento, a nord-est con la Puglia (provincia di Foggia), a est con la Basilicata (provincia di Potenza), a sud con la provincia di Salerno, a ovest con la città metropolitana di Napoli.

La popolazione residente in tutta la provincia di Avellino è di 401.451 cittadini di cui 92.587 con fascia d'età che va dai 65 e oltre i 100 anni. La popolazione anziana ha una percentuale molto superiore alla media nazionale, mentre i cittadini di età dai 0 ai 14 anni sono 47.449 numero molto inferiore alle media nazionale.



Questo contrasto è maggiormente amplificato nelle aree interne, infatti l'Irpinia tutta ha una conformazione geografica tipica delle aree vaste, tanto è vero che possiamo dividerla in due aree: Irpinia e area interna alta Irpinia, quest'ultima è stata individuata con DGR 507 del 01/08/2017 dalla Regione Campania.

Si tratta di un'area composta da 25 Comuni, tutti in aree interne, con una popolazione residente al 2022 pari a 61.829 abitanti, con un tasso di popolazione over 65 al 2022 del 24,8%, superiore alla media regionale e nazionale per le aree interne che hanno valori pari al 23%. L'Area denota un calo demografico tra il 2011 e il 2022 pari a - 4%, superiore sia alla media regionale delle aree interne (-1%) che alla media nazionale per la stessa tipologia di area, pari al -0,2%.



Quest'area è stata individuata dalla Regione Campania come Area Pilota per applicare l'esperienza della Strategia nazionale per le aree interne che rappresenta ad oggi la chiave per una sanità di prossimità, alla quale il PNRR va ad aumentare le potenzialità.

Nelle aree interne irpine insistono due presidi ospedalieri:

- Sant'Ottone Frangipane - Ariano Irpino
- Criscuoli - Frieri - S. Angelo Dei Lombardi con circa 10.000 accessi l'anno al pronto soccorso.

Mentre nel capoluogo di provincia si trova l'A.O.R.N. San Giuseppe Moscati.



Mappa 1 Ricavata dall'ultimo atto aziendale approvato dall'ASL AV - DELIBERA-DG-1233-09.10.2017

1.2. LE CRITICITÀ RISCONTRATE

Il Servizio di Emergenza Territoriale 118 in Avellino è affidato alla ATS. Per gestire quindici postazioni SAUT (Servizio Assistenza Urgenza Territoriale) sono stati stanziati otto milioni di euro annui ubicate in Ariano Irpino, Atripalda, Avellino 1 e 2, Baiano, Bisaccia, Calitri, Cervinara, Grottaminarda, Lauro, Montella, Montemiletto, Sant'Angelo dei Lombardi, Solofra e Vallata e quindici postazioni STIE (Servizio Trasporto Infermi Emergenza) ubicate in Calabritto, Caposele, Conza, Fontanarosa, Frigento, Lioni, Luogosano, Montecalvo, Monteverde, Nusco, San Nicola Baronia, Savignano, Serino, Teora e Zungoli. La gestione dell'Ambulanza di tipo A (Centro Mobile di Rianimazione) ubicata in Avellino ha richiesto 1.000.000 di euro spesi anche per il reclutamento di 5 Anestesisti per coprire i turni h24.

La problematica principale sono le esternalizzazioni dei servizi che invece dovrebbero essere di garantiti internamente dalla stessa A.S.L. Per i servizi che coinvolgono i professionisti sanitari ingaggiati della associazioni di volontariato non emerge alcuna valorizzazione, le criticità che rimangono ancora in essere sono principalmente:

- Nessun aggiornamento per il personale attivo nel C.O.T. e poca formazione del personale volontario, sanitario autista, e infermieristico attivo nelle ambulanze del 118.
- “Assenza di protocolli operativi¹
- Fallimentare gestione del personale delle varie postazioni territoriali. Ci sono zone del territorio dove le ambulanze medicalizzate sono in eccesso ed invece nei territori ad est della provincia ritroviamo ambulanze con soli soccorritori e autisti.
- Criticità strutturali dell'attuale postazione della Centrale Operativa 118: attualmente la postazione della CO allocata presso l'AORN Moscati è inadeguata da un punto di vista strutturale; a causa dello spazio esiguo, si segnala promiscuità nei percorsi all'interno della struttura tra personale di equipaggio e gli operatori sanitari della CO 118.

¹ Situazione lamentata più volte dal Nursind
<https://infermieristicamente.it/articolo/16332/criticita-e-mala-gestione-del-set-di-avellino,-la-denuncia-del-nursind#:~:text=Tre%20di%20questi%20Anestesisti%20hanno%20un%20et%C3%A0%20superiore,n.%20161/2014%20in%20materia%20di%20orario%20di%20lavoro.>

- Totale assenza di formazione nei confronti del personale della CO 118: dal momento che l'ASL di Avellino è subentrata nella gestione operativa della CO 118 (dal 01.08.2021), non è stato previsto alcun corso di formazione nei confronti del personale in servizio presso questa struttura (neanche corsi di formazione base);
- Esternalizzazione del Servizio d'Emergenza Territoriale 118 e della gestione dell'Ambulanza di tipo A (CMR) alla ATS: da anni nella nostra Regione e, in particolare, nel nostro territorio, è ormai prassi consolidata esternalizzare servizi essenziali quali il S.E.T. 118 ai privati (in questo caso alle associazioni del terzo settore). Mentre in molte province campane si sta cercando di internalizzare, almeno in parte, il personale del S.ET.118 (Salerno, Napoli, Benevento), ad Avellino si è arrivati ad esternalizzare tutto il 118 ad eccezione del solo personale della Centrale Operativa e dei Dirigenti Medici delle postazioni SAUT. L'ASL, diretta dal precedente Direttore Generale Dott.ssa M. Morgante, in data 19.01.2022, ha stipulato una convenzione con l'ATS (Confederazione Nazionale Misericordie d'Italia, Croce Rossa Italiana Comitato di Avellino e ANPAS) per l'affidamento in toto del Servizio d'Emergenza Territoriale 118 per la durata di 36 mesi (rinnovabile alla scadenza per altri due anni). Nel capitolato tecnico², siglato tra l'ATS e l'Azienda di via degli Imbimbo, emerge un prospetto dei costi per l'affidamento all'ATS di 15 SAUT e i 15 STIE che ammonta a circa 8 milioni di euro annui comprensivi di oneri riflessi (5.448.090,00 euro annui per i vari SAUT e 3.028.178,00 euro per i STIE). Inoltre, a causa della grave carenza di Anestesisti presso l'ASL, quest'ultima, per garantire lo svolgimento del servizio trasporto infermi in emergenza con Ambulanza di tipo A (CMR con a bordo medici anestesisti), ha affidato suddetto servizio alla stessa ATS con un prospetto di rimborso di 88.047,20 mensili, pari a 1.085.218,60 euro annui. Medici Anestesisti con età anagrafica superiore ai 70 anni e che hanno svolto turni di lavoro sulla CMR in violazione della legge n. 161/2014: l'ASL di Avellino ha affidato in convenzione la gestione dell'Ambulanza CMR alla ATS che ha messo a disposizione 5 Anestesisti per coprire i turni h24. Tre di questi Anestesisti hanno un'età superiore ai 70 anni, uno di questi ha un'età anagrafica pari a 73 anni.
- Possesso della sola Formazione di base per il personale infermieristico del S.E.T. 118: al personale infermieristico dei SAUT e STIE viene richiesto dalle associazioni di

² Potrebbe essere utile visionare il capitolato dalla centrale acquisti So.Re.Sa. al seguente link. [Capitolato](#).

volontariato, come requisito minimo per poter lavorare sulle Ambulanze, il solo possesso di attestati base quali il BLS, il PBLSD e PTC (che sono gli stessi corsi di formazione richiesti agli autisti soccorritori). In altre realtà regionali, invece, per il personale infermieristico che opera sulle Ambulanze, viene richiesto il possesso di corsi di formazione avanzata quali ad esempio l'ALS;

- Inadeguata gestione del personale nelle varie postazioni provinciali: nel territorio di Avellino sono presenti una molteplicità di Ambulanze Medicalizzate (SAUT Avellino 1, SAUT Avellino 2, SAUT Atripalda, CMR), mentre ad esempio nella parte ad est della provincia sono presenti invece un numero elevato di postazioni STIE che non hanno neanche l'infermiere in dotazione (equipaggio composto da autista e soccorritore volontario); non si è proceduto in tutti questi anni ad una revisione delle postazioni sul territorio."

Il servizio di emergenza territoriale 118 reca poi i propri pazienti verso le strutture ospedaliere in cui interi reparti sono stati de-potenziati, in affanno, e con difficoltà nel reclutamento di medici e specialisti, di cui i concorsi vanno deserti o che alla fine forniscono il personale solo per brevi periodi.

L'Alta Irpinia si mostra come territorio emblema di una situazione comune a molte zone dell'Appennino.

Criticità che poi si estendono a tutto il sistema sanitario provinciale perché un ospedale non è mai slegato dall'altro. I problemi si trascinano ormai da anni e a nulla sono valse le speranze di una sanità più vicina al cittadino, speranze sorte proprio nella prima fase della pandemia e che non hanno trovato attuazione fino ad ora. La cronistoria recente di ciò che è accaduto nel nosocomio altirpino è significativa. In pieno lockdown viene annunciata l'apertura della terapia intensiva. I cittadini sono chiusi nelle loro abitazioni ma l'entusiasmo è evidente, tanto che partono campagne e donazioni per attrezzare presto il reparto. Passano i mesi e quel reparto (pensato sulla carta) viene predisposto per il primo centro vaccinale della zona. Ad oggi nessuna traccia della terapia intensiva, perché nel frattempo non si trovano i rianimatori per popolarlo. La questione dei concorsi si ripropone sulla chirurgia sempre a Sant'Angelo dei Lombardi. Nonostante gli spazi vengano attrezzati con i fondi della Strategia nazionale delle aree interne, il personale si trova soltanto l'estate scorsa ma dopo poche settimane già si è in emergenza perché tre specialisti vanno altrove. Dando inizio così all'affanno delle unità: di medicina, chirurgia e pronto soccorso.

Non si riescono a bilanciare i pensionamenti con i nuovi arrivi e non si riescono a trovare né a livello regionale né nazionale strumenti di deroga (lo status degli ospedali di montagna per esempio). Si muovono periodicamente i sindaci, si propongono soluzioni più «originali» (medici dall'estero) mentre in Regione Campania si prova a mettere nero su bianco la norma che imporrebbe ai vincitori di concorso di restare in una sede per almeno quattro anni. Un ulteriore allarme proviene sulla proposta di legge dell'autonomia differenziata in cui non si garantirebbe lo stesso livello di cure le stesse cure ai cittadini di diverse regioni. In Regione Campania non ci sono i margini per intraprendere il percorso dell'autonomia differenziata e questo metodo cristallizza i divari tra le necessità delle aree interne, il potenziamento dei presidi con più bacino di utenza e le Regioni più ricche. Proprio su questa visione vi è la possibilità di tagli del pronto soccorso nei piccoli ospedali e che sconvolge l'asset irpino.

1.3. LE OPPORTUNITÀ RILEVATE

La Regione Campania sta progressivamente attivato tutti gli obiettivi della Missione 6 P.N.R.R. attuando un nuovo modello di sanità territoriale più vicino ai bisogni del cittadino e con strutture su tutto il territorio regionale. Il coinvolgimento delle sette aziende sanitarie locali ha permesso di individuare diversi immobili da ristrutturare al fine di adeguarli ai nuovi servizi. In particolare, l'A.S.L. di Avellino attiverà quattro Centrali Operative Territoriali più precisamente in Vallata, Avellino, Monteforte Irpino e Moschiano. Seguono dieci Case della Comunità ubicate in Fontanarosa, Lapio, Montecalvo Irpino, Avellino, Lioni, Monteforte Irpino, Moschiano, Castel Baronia e Montoro. Oltre a quattro Ospedali di Comunità in Avellino, Monteforte Irpino, Moschiano e Montella.

Le case della Comunità sono strutture polivalenti di assistenza primaria e specialistica in grado di erogare anche prestazioni sociosanitarie, nelle case della comunità, i cittadini, assistiti da gruppi multidisciplinari di medici, infermieri e altri professionisti della salute, potranno effettuare esami diagnostici quali elettrocardiogramma e spirometria e seguire screening, diabetologia e screening oncologici, ricevere vaccini e fare prelievi.

Gli ospedali della comunità sono strutture sanitarie di ricovero breve, pensate per assistere soggetti che richiedono cure a bassa intensità, ridurranno gli accessi al pronto soccorso e favoriranno le dimissioni protette dagli ospedali regionali.

Negli ospedali della comunità opereranno medici, infermieri e operatori sanitari.

Ogni ospedale avrà una capienza media di venti posti letto e sarà dotato di una strumentazione diagnostica di base che permetterà, ad esempio, di effettuare esami cardiologici ed ematologici, ecografie e test di funzionalità respiratoria.

Le centrali operative e territoriali coordineranno i servizi sanitari della Regione.

Innovative e tecnologicamente avanzate, miglioreranno il monitoraggio e il raccordo tra i servizi e i professionisti dell'assistenza territoriale, sanitaria, sociosanitaria e ospedaliera. Tutti i territori della Regione Campania beneficeranno dell'investimento.

Verrà sviluppata una rete sanitaria omogenea, capillare e interconnessa.

Sarà pubblicato un accordo quadro che coinvolgerà gli operatori economici, imprese e professionisti nei lavori di ristrutturazione e riqualificazione delle strutture e del nuovo modello di sanità territoriale.

Il programma si stima sarà completato entro tre anni.

La nuova sanità territoriale della Regione Campania permetterà di potenziare e velocizzare l'assistenza, modernizzare e digitalizzare il sistema, garantire parità di accesso alle cure a tutti i cittadini della Campania.

2. CAPITOLO II - GLI STRUMENTI PER L'ANALISI DEI BISOGNI

2.1. LA SANITÀ DI INIZIATIVA

Per sanità d'iniziativa si intende un modello assistenziale di gestione delle malattie croniche che non aspetta il cittadino in ospedale (sanità di attesa), ma gli "va incontro" prima che le patologie insorgano o si aggravino, garantendo quindi al paziente interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio, puntando anche sulla prevenzione e sull'educazione. La sanità d'iniziativa costituisce uno dei nuovi modelli assistenziali della sanità toscana (anch'essa dotata di area vasta come il territorio irpino) : il riferimento è il Chronic Care Model, che si basa sull'interazione proficua tra il paziente (reso più informato con opportuni interventi di formazione e addestramento) ed i medici, infermieri e operatori sociosanitari.

La sanità d’iniziativa mira sia alla prevenzione che al miglioramento della gestione delle malattie croniche in ogni loro stadio e riguarda dunque tutti i livelli del sistema sanitario, con effetti positivi attesi sia per la salute dei cittadini che per la sostenibilità stessa del sistema. Questo modello è stato individuato per rispondere efficacemente alla tendenza all’invecchiamento della popolazione (evidenziata dagli studi epidemiologici e demografici), che porta con sé un aumento della rilevanza delle patologie croniche e la modifica della domanda di assistenza.

Una quota rilevante della popolazione italiana (11,7% della popolazione ultra settantacinquenni (dati ISTAT 2020) è costituita da persone, solitamente anziane, spesso affette da più patologie croniche, le cui esigenze assistenziali sono determinate non solo da fattori legati alle condizioni cliniche, ma anche da fattori quali lo status socio-familiare e ambientale o l’accessibilità alle cure. Gli anziani giungono in PS più spesso per problemi medici più che chirurgici (80% circa) e fanno registrare un uso inappropriato del Pronto Soccorso. La condizione di fragilità dovrebbe essere individuata precocemente attraverso strumenti di valutazione multidimensionali e fortemente predittivi, che integrino indicatori sanitari, sociali e sociosanitari e variabili di contesto.

E' oltre ogni modo importante svolgere attività di prevenzione e promozione della salute sia nei soggetti sani, sia nei soggetti con condizioni di rischio, partendo dalla fasi più precoci della vita, contestualizzando gli interventi nei diversi setting e secondo un approccio intersettoriale e orientato all'equità.

Infine potremo dire che la sanità di iniziativa è quando la vera sfida del territorio è curare il paziente a casa propria, quando si pensa oltre alle Case di Comunità e Ospedali di Comunità, quando la riforma del territorio è soprattutto di tipo organizzativo, quando l’assistenza domiciliare è la sfida più ambiziosa, è quando la partnership pubblico/privato acquisisce un forte ruolo.

2.2. LA STRATIFICAZIONE DELLA POPOLAZIONE

Sentiamo sempre più parlare di interconnessione dei dati, sanità connessa, big data e business intelligence ebbene, uno strumento che riuscirà senza dubbio, a livello sanitario, a gettare le basi per database di dati aperti all'innovazione e alla condivisione è quello della stratificazione della popolazione per profili di rischio.

L'obiettivo della stratificazione è di differenziare le strategie di intervento in modo coerente con il bisogno di salute e il consumo delle risorse necessarie, così da poter programmare il fabbisogno socio-sanitario. Questa strategia può essere attivata attraverso la classificazione della popolazione in sei differenti categorie di rischio

L'intenzione è di tutelare la salute dell'intera popolazione prima che arrivi l'insorgenza di una malattia, realizzando un modello di sanità di iniziativa fondato su un'assistenza pro-attiva all'individuo sin dalla fase della prevenzione.

Nel P.N.R.R. viene indicata la necessità di realizzare una piattaforma che contenga le informazioni sulle caratteristiche della popolazione assistita, il suo profilo epidemiologico, i bisogni sanitari e sociali con cui sviluppare sistemi di misurazione e stratificazione della popolazione sulla base del rischio. Tale piattaforma dovrà inoltre includere gli esiti di salute sui quali costruire degli indicatori sulla qualità dell'assistenza sanitaria e di aderenza alle linee guida per alcune patologie croniche.

Grazie al modello di stratificazione comune su tutto il territorio nazionale si potrà garantire la tanto ricercata equità di accesso alle cure ed omogeneità di presa in carico.

Per comprendere allora se questo risultato possa realmente essere conseguito è opportuno esaminare in dettaglio i livelli di stratificazione definiti.

	Classificazione del bisogno di salute	Condizione clinica/sociale	Bisogno/intensità assistenziale	Azioni (presa in carico derivante)
Stratificazione del rischio	I Livello Persona in salute	Assenza di condizioni patologiche	Assenza di necessità assistenziali	Azioni di promozione della salute e di prevenzione primaria
	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 caregiver, in relazione ai bisogni socioassistenziali
	V livello Persona con complessità clinico assistenziale elevata con eventuale fragilità sociale	Presenza di multimorbidità, 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 caregiver, in relazione ai bisogni socioassistenziali
	VI livello Persona in fase terminale	Patologia evolutiva in fase avanzata, per la quale non esistono più possibilità di guarigione	Bisogni sanitari prevalentemente palliativi	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socioassistenziali

Tabella 1 Livelli di stratificazione - DM.71

I livelli sono descritti mediante criteri qualitativi che non permettono di classificare in modo puntuale i pazienti. Cosa vuol dire ad esempio “utilizzo sporadico dei servizi” (Bisogno/Intensità assistenziale di II livello) e in cosa differisce da una “bassa frequenza”? (Bisogno/Intensità assistenziale di III livello).

Il rischio nel mal uso di questo strumento è che la valutazione possa variare da distretto a distretto o da azienda a azienda o variare anche in campo regionale. La definizione dei determinanti sociali è poi molto generica con il rischio che, qualche sviluppatore di piattaforme per la interconnessione digitale del paese, possa svolgere una valutazione soggettiva degli stessi. Sarebbe auspicabile che questi strumenti siano unici su tutto il territorio tipo la piattaforma NSIS.

2.2.1. COME INDIVIDUARE I PAZIENTI DI LIVELLO 1 E 2

I pazienti più difficili da individuare sono quelli a minore rischio. Questi, a differenza degli altri, frequentano poco o nulla gli studi dei medici di famiglia e richiedono pochi servizi sanitari. In conseguenza di ciò generano anche pochi dati. Come allora identificarli? Come raggiungerli e raccogliere le informazioni necessarie per poterli stratificare e ingaggiare poi in programmi di prevenzione?

A mio avviso la soluzione non può che essere costituita da un insieme di piattaforme e servizi digitali in grado di stabilire un'interazione bidirezionale, multicanale, con queste persone. È un aspetto nuovo che richiede un mix di competenze innovative (ad esempio marketing sociale), strumenti idonei (ad esempio CRM) e la capacità di pensare a nuovi modelli di prevenzione basati sul digitale.

Quali dati occorrono?

La piattaforma di medicina di popolazione deve certamente essere alimentata dai flussi informativi oggi disponibili che tuttavia disegnano soltanto una parte del profilo sanitario delle persone. Le anagrafiche oggi disponibili spesso non definiscono il profilo familiare, né la professione o l'ambiente nel quale vive o lavora la persona o ancora il livello di istruzione o il reddito, aspetti importanti per definire il livello di rischio e di bisogno socio-assistenziale.

Alcuni dati sociali sono raccolti dai sistemi dei comuni o delle organizzazioni che svolgono attività di supporto o di volontariato; di norma però questi non sono integrati e collegati a quelli sanitari.

C'è poi l'aspetto della privacy che può complicare la medicina di popolazione con la possibile necessità di raccogliere un consenso specifico per stratificare e classificare la popolazione.

Alcuni dati possono essere raccolti in occasione di un contatto con il paziente ma tale circostanza limita il numero di persone che possono essere profilate.

L'aspetto dati è insomma complesso e richiede un approccio approfondito.

2.2.2. UN AIUTO DALL'INTELLIGENZA ARTIFICIALE

Un possibile aiuto può arrivare dall'intelligenza artificiale che è in grado di trattare dati eterogenei, anche non strutturati e di aiutare nella classificazione dei pazienti. Una volta effettuata la stratificazione è anche possibile progettare modelli predittivi in grado di stimare il bisogno sanitario e sociale delle persone.

Si tratta di un campo di grande interesse che richiede però competenze consolidate, poco diffuse e capacità di saper “leggere” i dati in un contesto olistico della salute.

Analizzare le relazioni tra le tecniche cliniche e gli esiti dei pazienti è l'obiettivo principale delle applicazioni di IA relative alla salute. Soluzioni basate sull'intelligenza artificiale vengono applicati a pratiche quali la diagnostica, lo sviluppo di protocolli di trattamento, lo sviluppo di farmaci, la medicina personalizzata e il monitoraggio e la cura dei pazienti. Ciò che differenzia la tecnologia dell'IA dalle tecnologie tradizionali nel settore sanitario è la capacità di raccogliere ed elaborare grandi quantità di dati (Big Data), producendo un output ben definito e fornendo anche indicazioni su base predittiva rispetto alle possibili decisioni da assumere.

Nel settore sanitario, i ritardi possono fare la differenza tra la vita e la morte e, grazie agli algoritmi di IA capaci di elaborare una grande quantità di dati in tempi molto ridotti, si riesce a supportare i team di assistenza a reagire più rapidamente fornendo opzioni diagnostiche e terapeutiche più rapide, riuscendo, in definitiva, a salvare più vite umane.

Progetti Individuali di Salute (PrIS) possono essere raggiunti attraverso la stratificazione dei cittadini per profili di rischio, sul suo incrocio con i bisogni sociosanitari di ciascun profilo per arrivare all'uso di modelli predittivi per la programmazione sociosanitaria.

In tale ambito che l'IA può infatti dare un contributo fondamentale, possiamo dire che il processo di stratificazione coinvolge, per ogni Organizzazione Sanitaria, centinaia di migliaia di soggetti, ciascuno con la propria storia sociosanitaria (il processo di stratificazione richiede la valutazione non solo delle condizioni cliniche, ma anche di quelle sociali di ciascun soggetto).

Ogni storia sociosanitaria è fatta a sua volta di una notevole quantità di informazioni, provenienti dalle due classi di dati, quelli clinici e quelli sociali, per di più distribuite praticamente sempre su sistemi informativi diversi.

Si può quindi immaginare come sia assolutamente necessario utilizzare un processo “automatico” in grado di applicare un sistema di regole definito a tutti i soggetti in questione, per assegnare ciascuno di essi al proprio profilo di rischio, senza ricorrere ad interventi manuali, lunghi e molto costosi.

2.3. IL PROGETTO DI SALUTE

La sanità d’iniziativa e il modello di stratificazione e di identificazione dei bisogni di salute consentono di individuare gli interventi che compongono il progetto di salute, uno strumento per la presa in carico della persona in termini olistici, secondo il concetto di “Planetary Health”. Il progetto di salute non consente soltanto la gestione dei bisogni assistenziali ma è anche il mezzo attraverso il quale effettuare le valutazioni di processo e di esito per ciascun individuo.

Il documento descrive il progetto di salute come “il filo conduttore che rappresenta la storia della persona e dei suoi bisogni clinico-socioassistenziali, in raccordo con i servizi sociali, seguendola prima ancora che sviluppi una patologia, dal momento in cui viene identificato come portatore di fattori di rischio o a partire dal primo contatto con il SSN, alimentando in modo coerente e tempestivo il relativo Fascicolo Sanitario Elettronico”.

Il progetto di salute è inoltre uno strumento di programmazione, verifica e controllo della presa in carico. La sua definizione determina l’identificazione di un’equipe multiprofessionale minima composta almeno da medico o pediatra di famiglia, medico specialista ed infermiere. Altre figure professionali che possono comporre l’equipe sono i medici di medicina di comunità e dei servizi, il farmacista, lo psicologo, l’assistente sociale, altri professionisti sanitari.

In funzione della stratificazione del rischio sulla base dei bisogni socio-sanitari è possibile definire un progetto di salute semplice o complesso, come indicato nella tabella che segue.

Progetto di Salute	Composizione	Descrizione
Semplice	Piano di autocura	Descrizione delle attività e valutazione della capacità di autocura e della competenza digitale
	Programma terapeutico	Prescrizione terapeutica/riabilitativa e farmacologica (contenente anche il piano terapeutico e le relative scadenze); Valutazione dell'aderenza terapeutica, scheda di monitoraggio della compliance - Diario nutrizionale
	Portfolio dell'offerta	Descrizione delle possibilità di accesso ai servizi/benefici connessi alla malattia
	Agenda di follow-up	Valutazione degli obiettivi e dei risultati
		Schedulazione degli appuntamenti per i controlli dal medico di medicina generale, delle prestazioni specialistiche e diagnostiche utili alla stadiazione di malattia e controllo delle complicanze
	Piano delle attività di e-health	Attività di automonitoraggio, con dispositivi o con questionari/scale Attività di telemonitoraggio di dispositivi in remoto Attività di telemonitoraggio con dispositivi gestiti a domicilio da operatori sanitari Attività di teleassistenza, teleconsulto e teleriabilitazione
	Progetto di assistenza individuale integrata e Piano Riabilitativo Individuale	Eventuale definizione del Progetto di assistenza individuale integrato (PAI) e qualora necessario del Piano Riabilitativo Individuale (PRI) multidisciplinare
Complesso	Piano di autocura	Valutazione della capacità di autocura e della competenza digitale
	Programma terapeutico	Prescrizione terapeutica/riabilitativa e farmacologica (contenente anche il piano terapeutico e le relative scadenze); Valutazione dell'aderenza terapeutica, scheda di monitoraggio della compliance - Diario nutrizionale
	Portfolio dell'offerta socioassistenziale	Descrizione delle possibilità di accesso ai servizi/benefici socioassistenziali connessi alla malattia
	Agenda di follow-up	Valutazione degli obiettivi e dei risultati
		Schedulazione degli appuntamenti per i controlli dal medico di medicina generale, delle prestazioni specialistiche e diagnostiche utili alla stadiazione di malattia e controllo delle complicanze
	Piano delle attività di e-health	Attività di automonitoraggio, con dispositivi o con questionari/scale Attività di telemonitoraggio di dispositivi in remoto Attività di telemonitoraggio con dispositivi gestiti a domicilio da operatori sanitari Attività di teleassistenza, teleconsulto e teleriabilitazione
	Progetto di assistenza individuale integrato e Piano Riabilitativo Individuale	Definizione del Progetto di assistenza individuale integrato (PAI) e qualora necessario del Piano Riabilitativo Individuale (PRI) multidisciplinare
	Budget di salute	Valutazione delle risorse impegnate: cliniche - collegamenti tra le istituzioni/enti coinvolti

Tabella 2 Il Progetto di Salute - D.M. 71

2.3.1. I LIMITI DEL PROGETTO DI SALUTE

Sebbene sia il modello di stratificazione, sia gli assunti contenuti nel documento siano inclusivi di tutta la popolazione, l'impostazione pratica del progetto di salute, legata ad una logica di presa in carico, equipe multiprofessionali e assistenza, riguarda a mio avviso principalmente i pazienti cronici.

Gli elementi che mi portano a questa conclusione sono da un lato l'impegno professionale e organizzativo richiesto che è difficilmente scalabile e dunque applicabile ad ampie fasce di persone, dall'altro l'assenza di strumenti per la gestione della prevenzione attiva. Non è infatti previsto un Piano di Prevenzione Individuale che preveda la promozione ed eventualmente il controllo di stili di vita salutari (ad esempio alimentazione, movimento ed esercizio fisico) e un piano di indagini in funzione dei rischi dell'individuo (anamnesi familiare, ambiente, lavoro, etc.).

Il ruolo dell'e-health è marginale e non si menzionano app, portali e strumenti per ingaggiare e aiutare le persone nella tutela della propria salute. Non c'è alcun tentativo di costruire un "ponte" tra il mondo, sempre più esteso, dei dispositivi personali e quello dei sistemi clinici territoriali attuali che in verità sono poco presenti e non adatti al modello di sanità territoriale che il documento descrive.

L'equazione e-health = telemedicina è riduttiva e non include le terapie digitali o tutti gli strumenti che permettono di interagire con il paziente in modo asincrono o di supportarlo senza la presenza di personale sanitario.

Il D.M. 77 promuove la sanità di iniziativa che nel documento è competenza delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) che, in collaborazione con gli infermieri di famiglia o di comunità dovrebbero contattare il paziente in maniera programmata al fine trovare soluzioni per migliorare lo

Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale in Irpinia

stile di vita, monitorare la comparsa e l'evoluzione delle malattie croniche, diagnosticare precocemente le patologie e, prevenendone le complicanze e riducendo quindi il carico assistenziale delle altre strutture del SSN.

3. CAPITOLO III - NUOVI STANDARD ORGANIZZATIVI

3.1. LE FUNZIONI DEI DISTRETTI

Nel documento programmatico del P.N.R.R il distretto è definito come un'articolazione organizzativo-funzionale dell'Azienda sanitaria locale (ASL) sul territorio. Come previsto dalla normativa vigente, l'articolazione in distretti della ASL è disciplinata dalla legge regionale, garantendo una popolazione minima di almeno sessantamila abitanti, salvo che la regione/provincia autonoma, in considerazione delle caratteristiche geomorfologiche del territorio o della bassa densità della popolazione residente, disponga diversamente.

Il Distretto costituisce il luogo di gestione della rete dei servizi sociosanitari attraverso il coordinamento funzionale ed organizzativo. È deputato al perseguimento dell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, anche attraverso la Casa di Comunità, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, l'uniformità dei livelli di assistenza e la pluralità dell'offerta.

All'interno del distretto possono essere presenti i Consultori familiari e le attività rivolte ai minori, ove esistenti, funzionalmente collegati con la Casa della Comunità hub.

Il Distretto garantisce inoltre una risposta assistenziale integrata sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali per determinare una efficace presa in carico della popolazione di riferimento. Al fine di svolgere tali funzioni la conoscenza dei bisogni di salute della popolazione di riferimento risulta centrale e rientra pertanto tra le attività del Distretto.

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. Il Distretto, infatti, su mandato della Direzione Generale della ASL, provvede alla programmazione dei servizi da garantire, alla pianificazione delle innovazioni organizzativo/produttive locali, alle decisioni in materia di logistica, accesso, offerta di servizi, assicurando la fruizione delle prestazioni all'utenza;

- produzione, ossia la funzione di erogazione dei servizi sanitari territoriali, caratterizzata da erogazione in forma diretta o indiretta dei servizi sanitari e sociosanitari di cui all'articolo 3 quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;
- garanzia, ossia il compito di assicurare l'accesso ai servizi, l'equità all'utenza attraverso il monitoraggio continuo della qualità dei servizi medesimi, la verifica delle criticità emergenti nella relazione tra i servizi e tra questi e l'utenza finale.

In particolare, l'organizzazione del Distretto, così come disciplinato dalla normativa vigente, deve garantire:

- l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva, infermieri di famiglia o comunità e i presidi specialistici ambulatoriali;
- il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative a gestione diretta, organizzate in base al modello dipartimentale, nonché con i servizi specialistici ambulatoriali e le strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate;
- l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria in raccordo con i servizi sociali territoriali se delegate dai comuni.

A seconda dei modelli organizzativi regionali, il Distretto può quindi avere responsabilità gerarchiche dirette sulle unità operative territoriali che lo compongono. In queste tipologie di assetti organizzativi il Distretto opera sia come committente che come gestore.

Al Distretto sono attribuite risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento. Nell'ambito delle risorse assegnate, il Distretto è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio della ASL.

Con l'obiettivo di consentire una programmazione condivisa, unitaria e coerente in relazione ai bisogni sociosanitari del territorio, il Distretto, inoltre, assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie di cui all'articolo 3-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, nonché il coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendole organicamente nel Programma delle attività territoriali. Quest'ultimo, tra l'altro, determina le risorse per l'integrazione socio-sanitaria di cui all'articolo 3 septies del già menzionato decreto legislativo e le quote, rispettivamente, a carico delle aziende sanitarie e dei comuni e al fine di valorizzare e integrare le risorse delle comunità di riferimento su cui insiste il Distretto, è proposto, sulla base delle risorse assegnate, dal Comitato dei sindaci dei Comuni appartenenti all'Ambito Territoriale Sociale e dal direttore di distretto ed è approvato dal direttore generale della ASL.

Le Regioni e le Province autonome, in coerenza in coerenza con l'articolo 1, comma 161, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, assicurano, mediante atti di programmazione, omogeneità del modello organizzativo degli ATS.

3.2. La Casa della Comunità

È l'evoluzione della già presente Casa della Salute³ che attraverso i finanziamenti del PNRR, si svilupperà diffusamente sul tutto il territorio nazionale.

In Irpinia sono previste quattro Case della Comunità.

La Casa della Comunità è il luogo fisico e al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria in cui il modello organizzativo è quello dell'assistenza di prossimità. La Casa della Comunità è una struttura facilmente riconoscibile e raggiungibile dalla popolazione di riferimento, per l'accesso, l'accoglienza, l'orientamento dell'assistito, la progettazione e l'erogazione degli interventi sanitari.

La Casa della Comunità introduce un modello organizzativo di approccio integrato e multidisciplinare attraverso la modalità operativa dell'équipe multiprofessionale territoriale. L'attività, infatti, deve essere organizzata in modo tale da permettere un'azione d'équipe tra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali Interni – anche nelle loro forme organizzative – Infermieri di Famiglia o Comunità (IFAoC), altri professionisti della salute disponibili a legislazione vigente nell'ambito delle aziende sanitarie, quali ad esempio Psicologi, Ostetrici, Professionisti dell'area della Prevenzione, della Riabilitazione e Tecnica, e Assistenti Sociali

3.2.1. I modelli organizzativi delle CdC

Vengono previsti due modelli organizzativi per le Case della Comunità. Per rispondere alle differenti esigenze territoriali, garantire equità di accesso, capillarità e prossimità del servizio, si prevede la costituzione di una rete di assistenza territoriale formata secondo il modello hub e spoke. Ci saranno quindi Case della Comunità Hub e CdC spoke. La CdC hub è la struttura di riferimento, completa nelle sue dotazioni di servizio e punto di riferimento per la programmazione sanitaria. Le CdC spoke sono invece sue articolazioni territoriali con dotazioni di servizi molto più ridotta ma il cui numero sarà autonomamente stabilito dalle singole regioni perché non vi sono standard nazionali di riferimento a questo proposito. Sia nell'accezione hub sia in quella spoke, la CdC costituisce l'accesso unitario fisico per la comunità di riferimento ai servizi di assistenza primaria. Entrambe, quindi, propongono un'offerta di servizi costituita da MMG, PLS, specialisti ambulatoriali interni,

³ Prevista con la legge Finanziaria 2007: 3 Legge n. 296 del 2006 - Art. 1, comma 806, lett. a).

infermieri di famiglia o comunità, infermieri che operano nell'assistenza domiciliare, presenza di tecnologie diagnostiche di base.

Il Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77 fornisce una serie di indicazioni strutturali, tecnologiche ed organizzative sulle due tipologie di Case della Comunità alcune delle quali hanno valore descrittivo mentre altre hanno valore prescrittivo. Le indicazioni di tipo prescrittivo (contenute nell'allegato 2 del Decreto) costituiscono dei requisiti minimi obbligatori per il funzionamento delle COT. Le regioni devono prevedere almeno 1 Casa della Comunità hub ogni 40.000-50.000 abitanti (requisito con valore prescrittivo). Non ci sono invece standard di riferimento per le Case della Comunità spoke.

La distribuzione delle CdC spoke e degli ambulatori di MMG e PLS deve tener 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, nel pieno rispetto del principio di prossimità. Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (Aggregazioni Funzionali Territoriali - AFT e Unità complesse di cure primarie UCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente; alle Case della Comunità accederanno anche gli specialisti ambulatoriali (D.M.S. 77/2022).

Regioni	Case della Salute attive (2021)	Case della Comunità Finanziate dal PNRR
Piemonte	71	82
Valle d'Aosta	0	2
Lombardia	25	187
PA Bolzano	0	10
PA Trento	1	10
Veneto	77	91
Friuli Venezia Giulia	0	23
Liguria	4	30
Emilia-Romagna	126	84
Toscana	76	70
Umbria	4	17
Marche	21	29
Lazio	21	107
Abruzzo	5	40
Molise	6	9
Campania	0	169
Puglia	33	120
Basilicata	1	17
Calabria	8	57
Sicilia	55	146
Sardegna	15	50
Italia	554	1.350

Tabella 3 Elaborazione su dati Decreto Ministro Salute 20/1/2022 Giudice L.

Come si evince dalla Figura 3, la Regione Campania non ha mai adempiuto alla nascita della Casa della Salute ma attraverso il PNRR si adotterà il nuovo standard con la creazione di 107 Case della comunità.

I nuovi standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale prevedono i seguenti standard di personale per 1 Casa di Comunità hub:

- 7-11 Infermieri;
- 1 assistente sociale;
- 5-8 unità di Personale di Supporto, (Sociosanitario, Amministrativo), di cui 5 dovrebbero essere amministrativi secondo la documentazione allegata al PNRR (standard con valore prescrittivo).

Le CdC hub al fine di assicurare i servizi previsti dovranno essere dotate di 7-11 Infermieri di Famiglia o Comunità organizzati indicativamente secondo il modello di seguito descritto:

- 1 Coordinatore Infermieristico,

- da 2 a 3 Infermieri di Famiglia o di Comunità per le attività ambulatoriali,
- da 1 a 2 Infermieri di Famiglia o di Comunità per l'attività di triage e di valutazione dei bisogni di salute;
- da 4 a 6 Infermieri di Famiglia o di Comunità per l'assistenza domiciliare di base, le attività di prevenzione e teleassistenza⁵ (D.M.S. 77/2022).

Nelle CdC hub e spoke è garantita l'assistenza medica H12, 6 giorni su 7, attraverso la presenza dei MMG afferenti alle Aggregazioni Funzionali Territoriali del Distretto di riferimento. Tale attività ambulatoriale sarà aggiuntiva rispetto alle attività svolte dal MMG nei confronti dei propri assistiti e dovrà essere svolta presso la CdC hub e spoke. Questa attività, secondo l'Agenas (Mantoan, 2021), dovrebbe coinvolgere 30-35 medici di medicina generale (MMG) per ogni CdC hub che garantiscono la loro presenza per 2 ore la settimana ciascuno. L'attività amministrativa è assicurata, anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, da personale dedicato già disponibile a legislazione vigente nell'ambito delle aziende sanitarie, che si occupa anche delle attività di servizio di relazioni al pubblico e di assistenza all'utenza. Il personale di supporto amministrativo e tecnico, secondo l'Agenas (Mantoan, 2021) dovrà fra l'altro garantire l'apertura del Punto Unico di Accesso (8,00-18,00, 6 giorni su 7). Il Piano nazionale di Ripresa e resilienza (PNRR) che ha programmato lo sviluppo delle Case della Comunità finanziando le opere strutturali non ha però finanziato il costo del personale necessario per farle funzionare. Si tratta di un costo molto consistente perché ipotizzando il massimo del personale previsto nel Decreto Ministro della Salute n. 77/2022 si può preventivare una spesa aggiuntiva annua a regime di un miliardo e mezzo di euro.

Descrizione del personale	Unità di personale per struttura	costo unitario medio annuo (€)	Unità di personale totali	Costi complessivi (€)
Coordinatore infermieristico	1	50.000	1.350	67.500.000
Infermieri	11	49.100	14.850	729.135.000
Personale di supporto (di cui 5 amministrativi)	8	40.500	10.800	437.400.000
Ore/MMG/anno	3.236 (ore)	60	4.368.936 (ore)	262.136.160
TOTALE				1.496.171.160

Tabella 4 elaborazione di dati DMS 77/2022 e dal MEF 72021).

3.3. Il coordinamento della Casa della Comunità

Le CdC rappresentano un nodo centrale della rete dei servizi territoriali che, sotto la direzione del Distretto, adotta meccanismi di coordinamento strutturali a rete in quattro direzioni:

Rete intra-CdC: costituita dalla messa in rete dei professionisti che svolgono la loro attività anche nelle forme associative che hanno sede fisica all'interno della CdC e quelle che vi sono funzionalmente collegate;

Rete inter-CdC: costituita dalla messa in rete tra CdC hub e CdC spoke al fine di contemperare le esigenze di capillarità erogativa e di prossimità con la necessità di raggiungere una massa critica per alcuni servizi a maggiore intensità specialistica e tecnologica, sia per poter rispondere in modo flessibile ai diversi contesti geografici caratterizzati da differente densità abitativa e livelli di presenza attiva degli MMG nelle strutture ambulatoriali delle CdC;

Rete territoriale: la CdC è messa in rete con gli altri settori assistenziali territoriali, quali assistenza domiciliare, ospedali di comunità, hospice e rete delle cure palliative, RSA, consultori e attività rivolte ai minori e altre forme di strutture intermedie e servizi;

Rete territoriale integrata: la CdC è in rete con l'attività ospedaliera, anche grazie all'ausilio di piattaforme informatiche, in particolare quella specialistica ambulatoriale o di day service svolta in questo contesto.

Tale forma di integrazione e coordinamento ha una maggiore valenza soprattutto in merito alla gestione comune dei malati cronici più complessi e ad alto grado di instabilità, che sono soggetti a frequenti ricoveri. Lo strumento attraverso cui avviene il coordinamento a rete nelle quattro direzioni è la Centrale Operativa Territoriale (COT) che opera come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti (D.M.S 77/2022).

3.4. Le prospettive

Le Case della Comunità rappresentano il tentativo di riformare e sviluppare le cure primarie all'interno di un programma più vasto di riorganizzazione delle cure territoriali che merita grande attenzione e sostegno.

Rimangono però diversi aspetti che richiedono una ulteriore riflessione o addirittura una risposta risolutiva quando questi aspetti assumono la forma di vere e proprie criticità. La criticità più evidente delle Case della Comunità è relativa al finanziamento del personale delle strutture.

Dal giorno dell'approvazione del PNRR la situazione è migliorata in modo significativo dato che come è noto il Piano di Ripresa e Resilienza non ha finanziato il personale delle CdC.

Oggi, il finanziamento è invece previsto ed è crescente ma è largamente insufficiente a coprire tutte le necessità di un sistema a regime con 1.350 nuove Case della Comunità ed il rischio è che questo si scarichi sulla loro funzionalità ed efficienza. Un altro aspetto da migliorare rimane il capitolo dell'integrazione sociosanitaria che rimane un aspetto debole e da sviluppare all'interno delle Case della Comunità. Sotto il profilo gestionale la CdC deve garantire una risposta alla domanda di salute anche attraverso l'integrazione tra servizi sanitari e sociali, nonché la partecipazione della comunità locale, delle associazioni di cittadini dei pazienti, dei caregiver. E non basta dire in una riga che l'integrazione con i servizi sociali è obbligatoria se poi l'argomento viene dimenticato o addirittura sconfessato nelle altre parti del decreto 77/2022 sugli standard dell'assistenza territoriale.

Il successo delle Case della Comunità dipenderà comunque dalla interpretazione che ne daranno le regioni, dai tempi di recepimento delle normative nazionali sugli standard dell'assistenza territoriale, dai tempi di attuazione della rete delle CdC e dal rilievo che si vorrà dare al riordino di tutta l'assistenza territoriale. All'interno di questa cornice normativa, infatti, sono lasciati spazi decisionali molto ampi alle Regioni che la tradizione vuole che si muovano con tempi e modelli organizzativi molto diversi. Da questo punto di vista il PNRR può aiutare moltissimo perché obbliga le regioni a rispettare tempi molto stretti per la realizzazione delle strutture ma su tutto il resto bisognerà avere un sistema di monitoraggio nazionale ben più incisivo di quelli a cui siamo abituati.

3.5. L'Infermiere di Famiglia o Comunità

La figura dell'infermiere di famiglia è stata prevista dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms), nel 2000, attraverso il documento "The family health nurse - Context, conceptual framework and curriculum" che introdusse un nuovo tipo di infermiere, l'infermiere di famiglia, individuato come componente di un team multidisciplinare di operatori sanitari per il raggiungimento dei 21 obiettivi per il ventunesimo secolo stabiliti dall'Oms Europa nel 1998.

L'infermiere di famiglia, secondo l'OMS, è colui che aiuta gli individui ad adattarsi alla malattia e alla disabilità cronica, trascorrendo buona parte del suo tempo a lavorare a domicilio della persona assistita e della sua famiglia. Proprio sull'aiuto al nucleo familiare è incentrato il suo lavoro e sotto il profilo organizzativo il modello prevede che l'infermiere di famiglia sia responsabile di un gruppo predefinito di "famiglie". In Italia, la figura dell'infermiere di famiglia o di comunità è stata istituita con il Decreto "Rilancio" (DL 34/2020)¹³. A decorrere dal 1° gennaio 2021, le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale, possono procedere al reclutamento di infermieri, da adibire alla funzione di infermieri di famiglia o di comunità, in numero non superiore ad 8 unità ogni 50.000 abitanti, attraverso assunzioni a tempo indeterminato, nei limiti delle risorse disponibili. Successivamente, a tempo di record, la Conferenza delle regioni, in attesa dell'approvazione delle auspiccate linee guida applicative nazionali, ha approvato il 10/9/2020 un documento di orientamento per le regioni relativo alle Linee di indirizzo sull'infermiere di famiglia/comunità. Il documento, che riprende ampiamente gli orientamenti della Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche (FNOPI), non ha valore normativo ma ovviamente, in assenza di linee guida ministeriali, ha costituito un utile punto di riferimento per le regioni italiane ed ha costituito un validissimo punto di riferimento per la norma successiva. La svolta e la consacrazione è però avvenuta due anni dopo con il Decreto Ministro della Salute n. 77/2022 sugli standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale che ha previsto, all'interno delle Case della Comunità, la figura dell'Infermiere di Famiglia o Comunità. Il Decreto ha ridefinito il numero (uno ogni 3.000 abitanti) e le attività dell'infermiere di famiglia o di comunità.

La previsione dell'infermiere di famiglia o di comunità costituisce una innovazione importante ma la contingenza economica e la grave carenza di infermieri l'ha fortemente depotenziata. Secondo l'Organizzazione mondiale della Sanità, che ha promosso nel mondo l'istituzione di tale figura, l'infermiere di famiglia dovrebbe trascorrere buona parte del suo tempo a lavorare a domicilio della persona assistita e della sua famiglia aiutando

gli individui ad adattarsi alla malattia e in particolare alle malattie croniche e alla disabilità che spesso le accompagna. Nel modello dell'OMS, il lavoro dell'infermiere di famiglia è incentrato proprio sull'aiuto al nucleo familiare e prevede che l'infermiere di famiglia sia responsabile di un gruppo predefinito di "famiglie".

Probabilmente alla base della previsione contenuta nel D. L. 34/2020 c'era qualcosa di simile, non a caso per l'IFoC si parlava solo di assistenza domiciliare. Il modello che emerge dal D.M.S. 77/2022 è qualcosa di diverso. Non necessariamente migliore o peggiore, ma diverso da quanto previsto dall'OMS.

Il modello del D.M.S. 77/2022 delinea un IFoC che viene impegnato in tutti i setting assistenziali contenuti all'interno del distretto sanitario e quindi che opera nei servizi domiciliari, ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali. Si tratta in un qualche modo di un infermiere distrettuale che ha però una forte caratterizzazione delle competenze sul fronte dell'intercettazione dei bisogni di salute, dell'educazione sanitaria individuale, familiare e di comunità, del coinvolgimento attivo della comunità e con una forte propensione verso le attività di prevenzione. Competenze ed attività di straordinario interesse che però non in tutti setting assistenziali del distretto potranno essere sviluppati appieno.

Il modello organizzativo introdotto per l'IFoC probabilmente risente delle risorse messe in campo e soprattutto della gravissima carenza di infermieri che ha portato il modello proposto ad allontanarsi dalla previsione dell'OMS. Lo sviluppo di un nuovo paradigma assistenziale richiede, infatti, la disponibilità di molti infermieri. Pochi avranno la possibilità di fare davvero l'infermiere di famiglia così come concepito dall'OMS, oggi e nel medio periodo. Però, nei prossimi anni, man mano che aumenteranno gli infermieri gli stessi potranno cominciare ad uscire dai setting assistenziali distrettuali e cominciare a fare assistenza domiciliare proattiva, preventiva ed educativa alle famiglie.

La nuova figura è stata prevista ed ha grandi potenzialità.

Non dovremo mai smettere di crederci e di implementarne gradualmente la presenza nel territorio con particolare riferimento a quelle competenze e funzioni innovative che ruotano essenzialmente attorno alle cure primarie e alla prevenzione.

3.6. L'Ospedale 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.”⁴

In provincia di Avellino le strutture coinvolte al processo di ammodernamento sono le seguenti:

- 1) Ospedale di Comunità - Avellino - Via Cristoforo Colombo snc
- 2) Ospedale di Comunità - Monteforte Irpino - Via Legniti snc
- 3) Ospedale di Comunità - Moschiano - Via Avellino snc
- 4) Ospedale di Comunità - Montella - Via San Francesco snc

⁴Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale
<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato7851421.pdf>

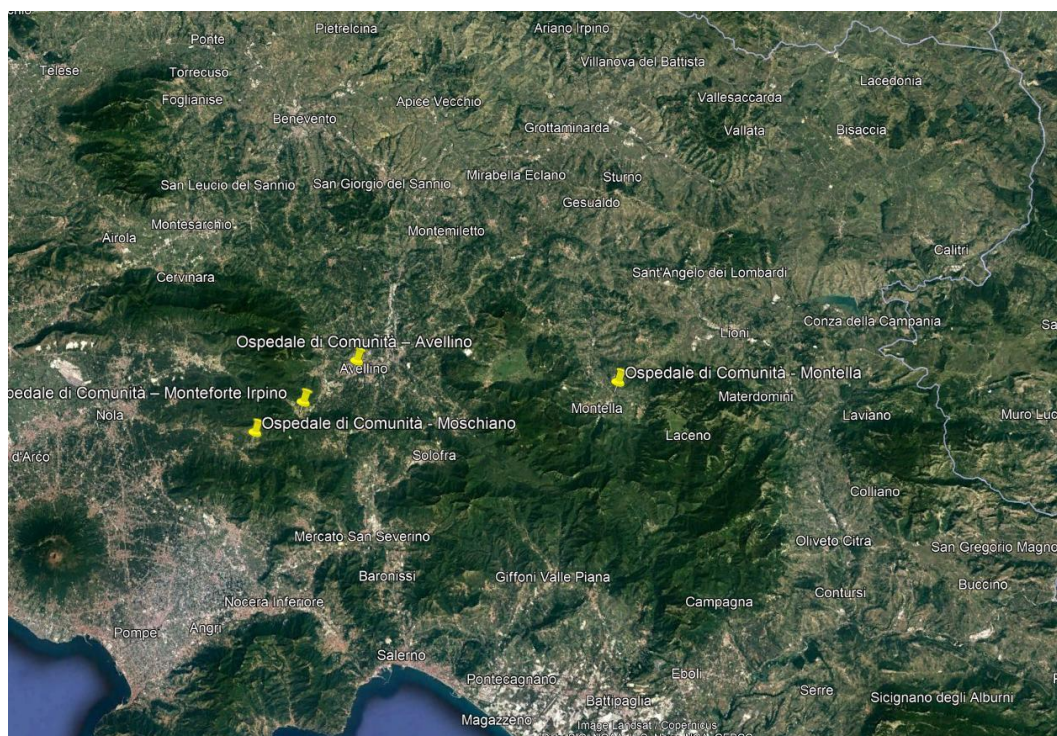


Figura 2 Cartina Orografica Posizionamento degli OdC

3.7. Le cure domiciliari

Si caratterizzano per trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, prestati da personale qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana.

Risulta fondamentale l'integrazione con i servizi sociali dei comuni. Il livello di bisogno clinico, funzionale e sociale viene valutato attraverso idonei strumenti (S.V.A.M.A.) che consentono la definizione del programma assistenziale ed il conseguente impegno di risorse.

L'utilizzo della denominazione "cure domiciliari" anziché "assistenza domiciliare" risponde alla necessità di distinguere in modo esclusivo le cure sanitarie e sociosanitarie integrate dalle forme di assistenza domiciliare di natura socio-assistenziale e tutelare.

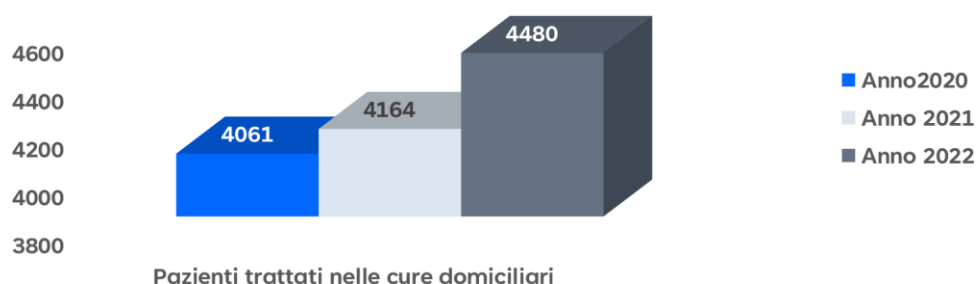


Figura 3 Dati sugli accessi alle cure domiciliari

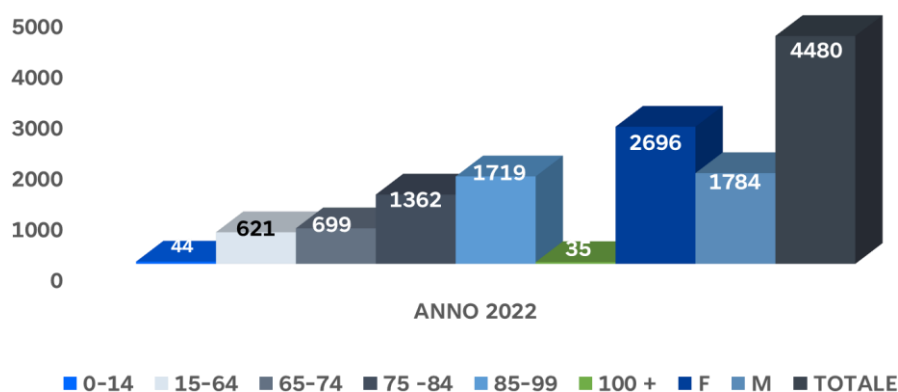


Figura 4 Pazienti in carico alle cure domiciliari per fascia d'età.

3.7.1. Il modello organizzativo dell'ASL di Avellino

Il servizio di cure domiciliari dell'ASL AV è un sistema a gestione mista, pubblico – privato.

Richiede particolari requisiti al soggetto privato che fornisce prestazioni sanitarie assistenziali di tipo infermieristico, riabilitativo, di aiuto infermieristico e specialistico connesse al servizio di Cure Domiciliari Integrate.

Requisiti sono declinati nel capitolato d'appalto per l'affidamento delle prestazioni sanitarie.

Attualmente parte del servizio è affidato ad un Consorzio di Cooperative della nostra Regione, vincitore di una gara d'appalto qualità/prezzo in cui i requisiti organizzativi - gestionali e di qualità sono prevalenti rispetto al requisito prezzo.

Le figure di operatori richieste nel capitolato d'appalto appartengono ai seguenti profili professionali:

1. Psicologo;
2. Infermiere;
3. Infermiere Pediatrico;
4. Terapista della riabilitazione;
5. Logopedista;
6. Dietista
7. Operatore socio-sanitario (O.S.S.)

OPERATORE CURE DOMICILIARI	N. ACCESSI
MEDICI DI MEDICINA GENERALE	11.583
ANESTESISTA	206
ONCOLOGO	139
SPECIALISTI AMBULATORIALI (GERIATRI)	1.696
PSICOLOGO	1.423
FISIOTERAPISTI	64.733
INFERMIERI	81.006
LOGOPEDISTI	4.906
OSS	7.662

Figura 5 Numero di interventi erogati da vari professionisti sanitari alle cure domiciliari nell'anno 2022

Le prestazioni sanitarie oggetto dell'appalto sono richieste dall'ASL all'impresa appaltatrice in relazione al fabbisogno sanitario risultante dal numero di utenti ammessi dall'Unità di Valutazione Distrettuale (U.V.D.) o dall'Unità di Valutazione Integrata (UVI) a fruire delle prestazioni, da erogarsi in regime di cure domiciliari.

Nell'Azienda Sanitaria Locale di Avellino le cure domiciliari sono garantite dai Distretti con le risorse agli stessi assegnate.

Sono rivolte non solo agli anziani ma a tutte le fasce di età.

I LIVELLI DI RESPONSABILITÀ CENTRALE:

- ✓ **LIVELLO STRATEGICO** della Direzione Strategica
- ✓ **LIVELLO DIRETTIVO CENTRALE** dell'UOC Assistenza Anziani e cure domiciliari

I LIVELLI DI RESPONSABILITÀ PERIFERICI:

- ✓ **LIVELLO DIRETTIVO PERIFERICO** dei Direttori di Distretto Sanitario
- ✓ **LIVELLO OPERATIVO** comprende le **UU. OO. Cure Domiciliari Distrettuali** che coordinano a livello distrettuale in collaborazione con i Direttori di Distretto le

cure domiciliari e tutte le UU.OO. coinvolte a seconda delle necessità sanitarie e/o sociali dell'utente preso in carico

In questi ultimi tempi, le cure domiciliari hanno subito un processo di progressiva articolazione e strutturazione per rispondere in modo adeguato alla sempre maggiore complessità dei bisogni di salute inerenti le condizioni di cronicità e di grave disabilità come le gravi cerebrolesioni acquisite (GCA), gli stati vegetativi e di minima coscienza, le gravi neuropatie, le patologie oncologiche e terminali ecc., nell'ottica di orientare sempre più gli interventi verso forme non ospedalizzate di assistenza e più vicine alle esigenze di umanizzazione e di rispetto della qualità della vita della popolazione.

In relazione al bisogno di salute dell'assistito ed al livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale, le cure domiciliari, si articolano nei seguenti livelli:

- **Cure Domiciliari di Base**
- **Cure Domiciliari di I livello**
- **Cure Domiciliari di II livello**
- **Cure Domiciliari di III Livello**
- **Cure Palliative Domiciliari di Base**
- **Cure Palliative Domiciliari Specialistiche**

CLASSIFICAZIONE CURE DOMICILIARI				CLASSIFICAZIONE NUOVI LEA
Livello	Range CIA		Giornate con accessi su base mensile	
	Min	Max		
Zero/Base	0	0,13	GEA < 4	Cure domiciliari livello Base
Primo	0,14	0,30	4>GEA<9	Cure domiciliari I livello
Secondo	0,31	0,50	9 > GEA< 15	Cure domiciliari II livello
Terzo	0,51	0,60	15 > GEA < 18	Cure Domiciliari III livello
Quarto	>0,60	1	GEA >18	Cure Domiciliari Palliative

Figura 6 Cure domiciliari secondo i LEA - DPCM 12 Gennaio 2017 art. 22/23: Classificazione

CURE DOMICILIARI DI BASE

Sono costituite da prestazioni professionali in risposta a bisogni sanitari di bassa complessità di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo, anche ripetuti nel tempo; le cure domiciliari di livello base, sono caratterizzate da un «Coefficiente di intensità assistenziale» (CIA) inferiore a 0,14.

CIA: coefficiente intensità assistenziale = GEA/GdC ; GEA: giornate di effettiva assistenza nelle quali è stato effettuato almeno un accesso domiciliare; GdC: giornate di cura dalla data della presa in carico alla cessazione del programma.

CURE DOMICILIARI DI I LIVELLO

Sono costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,14 e 0,30 in relazione alla criticità e complessità del caso.

Le cure domiciliari di primo livello richiedono la valutazione multidimensionale, la «presa in carico» della persona e la definizione di un «Progetto di assistenza individuale» (PAI) ovvero di un «Progetto riabilitativo individuale» (PRI) che definisce i bisogni riabilitativi della persona.

Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assumono la responsabilità clinica dei processi di cura.

CURE DOMICILIARI DI II LIVELLO

Sono costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,31 e 0,50, in relazione alla criticità e complessità del caso.

Richiedono la valutazione multidimensionale, la «presa in carico» della persona e la definizione di un «Progetto di assistenza individuale» (PAI) ovvero di un «Progetto riabilitativo individuale» (PRI), e sono attivate anche su richiesta dei familiari o dei servizi sociali.

CURE DOMICILIARI DI III LIVELLO

Sono costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo a favore di persone con patologie che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono Continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA maggiore di 0,50, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care-giver. Le cure domiciliari ad elevata intensità richiedono la valutazione multidimensionale, la presa in carico della persona e la definizione di un «Progetto di assistenza individuale» (PAI). Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assumono la responsabilità clinica dei processi di cura.

Le cure domiciliari sono integrate da interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale

Tipologia di pazienti in carico nelle cure domiciliari di 3° livello:

- ✓ malati portatori di malattie neurologiche degenerative / progressive in fase avanzata (SLA, distrofia muscolare);
- ✓ pazienti con fasi avanzate e complicate di malattie croniche;
- ✓ pazienti con necessità di nutrizione artificiale parenterale;
- ✓ pazienti con necessità di supporto ventilatorio invasivo;
- ✓ pazienti in stato vegetativo e stato di minima coscienza

LE CURE PALLIATIVE DOMICILIARI

Le cure palliative domiciliari richiedono la valutazione multidimensionale, la presa in carico del paziente e dei familiari e la definizione di un «Progetto di assistenza individuale» (PAI). Le cure domiciliari palliative sono integrate da interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale.

Si articolano nei seguenti livelli:

- a) **livello base:** costituito da interventi coordinati dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta, che garantiscono un approccio palliativo attraverso l'ottimale controllo dei sintomi e una adeguata comunicazione con il malato e la famiglia; sono erogate da medici e infermieri con buona conoscenza di base delle cure palliative e si articolano in interventi programmati caratterizzati da un CIA minore di 0,50 in funzione del progetto di assistenza individuale,
- b) **livello specialistico:** costituito da interventi da parte di equipe multiprofessionali e multidisciplinari dedicate, rivolti a malati con bisogni complessi per i quali gli interventi di base sono inadeguati; richiedono un elevato livello di competenza e modalità di lavoro interdisciplinare. In relazione al livello di complessità, legato anche all'instabilità clinica e ai sintomi di difficile controllo, sono garantiti la continuità assistenziale, interventi programmati caratterizzati da un CIA maggiore di 0,50 definiti dal progetto di assistenza individuale, nonché pronta disponibilità medica e infermieristica sulle 24 ore.

OBIETTIVI DELLE CURE DOMICILIARI

I principali obbiettivi sono:

- ✓ L'assistenza a persone con patologie trattabili a domicilio al fine di evitare il ricorso inappropriato al ricovero in ospedale o ad altra struttura residenziale.
- ✓ La continuità assistenziale per i dimessi dalle strutture sanitarie con necessità di prosecuzione delle cure.
- ✓ Il supporto alla famiglia.
- ✓ Il recupero delle capacità residue di autonomia e di relazione.
- ✓ Il miglioramento della qualità di vita anche nella fase terminale.

ACCESSO ALLE CURE DOMICILIARI

I requisiti indispensabili per l'attivazione delle cure domiciliari sono:

- ✓ condizione di non autosufficienza (disabilità), di fragilità e patologie in atto o esiti delle stesse che necessitano di cure erogabili a domicilio;
- ✓ adeguato supporto familiare o informale;
- ✓ idonee condizioni abitative;

- ✓ consenso informato da parte della persona e della famiglia;
- ✓ presa in carico da parte del medico di medicina generale.

CRITERI DI ESCLUSIONE DALLE CURE DOMICILIARI

I criteri di esclusione dalle cure domiciliari sono i seguenti:

- ✓ Soggetti con autonomia e autosufficienza giudicate soddisfacenti;
- ✓ Gravi condizioni cliniche che richiedono elevato impegno sanitario con stretto monitoraggio clinico;
- ✓ Soggetto il cui team familiare è scarsamente o per nulla collaborante.
- ✓ Assenza di rete sociale

PERCORSO DELLA PRESA INCARICO



La **segnalazione** per la presa in carico nelle cure può essere effettuata alla PUA del Distretto di riferimento:

- ✓ Dal diretto interessato o dal tutore (se la persona è interdetta/amministrata)
- ✓ Da uno dei componenti della rete informale del cittadino (familiare, parente, vicino di casa, etc..)
- ✓ Dall'UO dell'ospedale che dimette
- ✓ Struttura residenziale

- ✓ Struttura semiresidenziale
- ✓ Dai Servizi Sociali
- ✓ Da MMG/PLS

La valutazione avviene una volta che la PUA abbia ricevuto la segnalazione la quale poi viene trasmessa all'UO Distrettuale competente per le cure domiciliari.

Se la richiesta è trasmessa via online viene ricevuta direttamente dall'UO competente.

Il medico dell'UO distrettuale competente per le cure domiciliari o il medico specialista ambulatoriale assegnato, con la collaborazione del coordinatore delle cure domiciliari

distrettuali, in genere un infermiere, si recano a domicilio dell'utente per la somministrazione della scheda cognitivo funzionale della SVAMA o della SVAMdi.

Il direttore del Distretto o suo delegato convoca l'UVI (Unità di Valutazione Integrata) per la predisposizione del PAI (Piano di Assistenza individuale) applicando tutta la procedura già prevista per la presa in carico nelle cure domiciliari. All'UVI è opportuno far partecipare anche il medico ospedaliero che seguirà il paziente nelle cure domiciliari.

Nel PAI saranno stabiliti gli accessi di tutti gli operatori previsti per l'assistenza, anche gli accessi del medico ospedaliero che secondo la normativa non possono superare i 4 accessi mensili.

Il PAI esplicita:

- ✓ i bisogni socio-assistenziali dell'utente;
- ✓ le figure professionali coinvolte per gli specifici programmi terapeutici riabilitativi;
- ✓ le osservazioni in merito al supporto familiare;
- ✓ lo specifico piano terapeutico;
- ✓ gli eventuali trattamenti terapeutici particolari;
- ✓ gli eventuali presidi e ausili sanitari o apparecchi elettromedicali necessitanti.

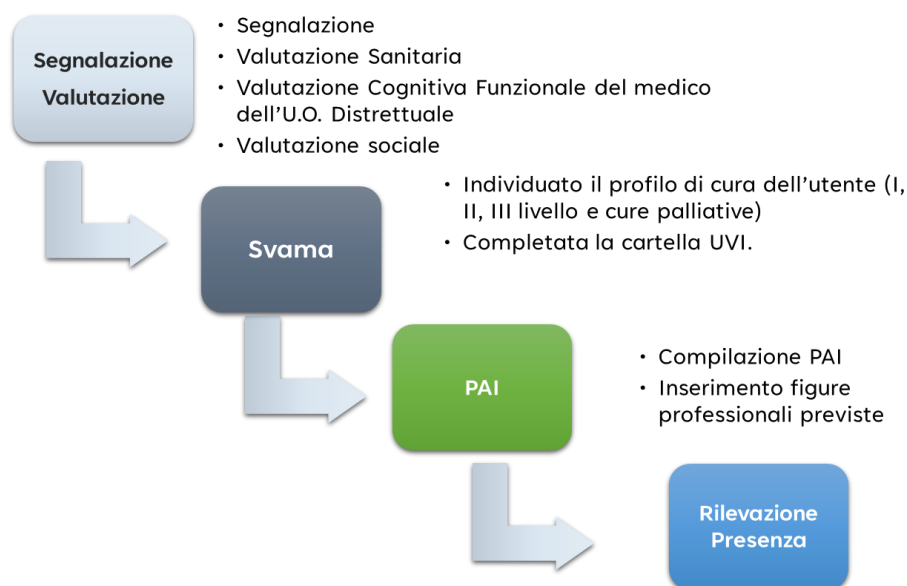


Figura 7 Flowchart presa in carico paziente alle cure domiciliari

SISTEMA INFORMATIVO

Il P.N.R.R. e l'evoluzione fisiologica dei sistemi informatici hanno portato una motivata innovazione tecnologica anche nel sistema delle cure domiciliari.

Il sistema informatico **eCare - Gong** prevede:

- ✓ La cartella sociosanitaria;
- ✓ La gestione del processo di cura domiciliare;
- ✓ Sistema di registrazione e integrazione tra le attività programmate dai distretti e le attività degli operatori sul territorio.

Un sistema di **Business Intelligence** che prevede:

- ✓ Mappatura dei flussi di informazione esistenti.
- ✓ Produzione di reportistica per adempimenti informativi (es. FLS21, SIAD).
- ✓ Realizzazione di report dinamici e parametrici a supporto dei decisori aziendali.

Il Cruscotto Direzionale

- ✓ Monitoraggio delle attività, dei livelli assistenziali trattati e dell'offerta domiciliare.
- ✓ Monitoraggio continuo della spesa: proiezioni sui consumi del budget assegnato.
- ✓ Monitoraggio continuo sulla coerenza della spesa preventivata con l'effettiva erogazione delle prestazioni autorizzate.

Emerge dal cruscotto direzionale un dato interessante sulle dimissioni del paziente dalle cure primarie. Il valore decesso a domicilio assume un valore positivo in quanto va a significare che il paziente ha ricevuto tutte le cure possibili al proprio domicilio fino al decesso non ricorrendo all'ospedalizzazione.

Il campo volontà dell'utente esprime una situazione in cui l'assistito abbia rifiutato di ottenere le cure prescritte come ad esempio il non istaurarsi di un feeling adeguato con l'operatore oppure la non accettazione del proprio status di salute.

Motivo dimissione cure domiciliari anno 2022	N. pazienti
Cambio medico	74
Cambio residenza	14
Completamento del programma assistenziale	1.680
Decesso a domicilio	908
Decesso in ospedale	44
Ricoveri in ospedale	93
Trasferimento in Hospice	16
Trasferimento in altra struttura residenziale	11
Volontà dell'utente	103

Figura 8 Dati estrapolati dal sistema monitoraggio e gestione pazienti dell'ASL di Avellino per l'anno 2022.

4. CAPITOLO IV - CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE

L'attività della Centrale Operativa Territoriale si concentrerà sul consolidamento, il potenziamento e l'implementazione della gestione e presa in carico del paziente fragile nel territorio. La sua attività risulterà quindi in una stretta collaborazione con il Distretto Socio Sanitario risultando il fulcro del coordinamento della gestione dell'utente protetto.

L'obiettivo della COT è quello di assicurare accessibilità ed integrazione dei servizi sanitari e continuità dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria. Costituisce un servizio operativo 7 giorni su 7, dotato di adeguate infrastrutture tecnologiche quali ad esempio una piattaforma integrata con i software gestionali dell'azienda e della regione, che garantiscono l'interscambio dei dati con il Fascicolo Sanitario Elettronico e ovviamente porti con se le tecnologie del passato come un software di registrazione delle chiamate ma anche un sistema di videochiamate per migliorare il soccorso e le IPA "Istruzioni Pre Arrivo".

L'attività della Centrale Operativa Territoriale è rivolta a tutti gli attori del sistema sociosanitario come il personale distrettuale e ospedaliero, che possono richiederne l'intervento di medici di medicina generale (MMG), pediatri di libera scelta (PLS) e medici di continuità assistenziale (MCA), medici specialisti ambulatoriali ospedalieri e distrettuali, e altri professionisti sanitari presenti nei servizi aziendali e distrettuali nonché personale delle strutture di ricovero intermedie, residenziali e semiresidenziali e dei servizi sociali. Con specifico riferimento all'integrazione ospedale-territorio ma anche territorio-ospedale e al coordinamento tra i servizi sociosanitari territoriali.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza fa riferimento a modelli organizzativi, sia a livello professionale che gestionale, atti a garantire la continuità dell'assistenza con un impiego coordinato ed efficiente delle risorse all'interno di una vera e propria filiera dell'assistenza territoriale.

Il nuovo modello prefigurato è centrato sulla presa in carico “proattiva” e integrata del paziente cronico, sulla continuità assistenziale e sulla condivisione di percorsi di cura e di accesso ai servizi sociosanitari.

Secondo in PNRR, inoltre, il mandato del Distretto, nell’ottica del miglioramento della qualità, e quindi dell’appropriatezza, prevede le seguenti caratteristiche a cui deve tendere:

- la centralità del paziente;
- la sicurezza;
- l’efficacia;
- la tempestività;
- l’efficienza;
- l’equità;

L’implementazione effettiva di queste dimensioni richiede l’adozione di un approccio di Sistema attraverso uno sviluppo complessivo che coinvolga i pazienti, i professionisti, l’organizzazione e tutta la rete degli attori locali, ivi compreso il volontariato.⁵

Il modello assistenziale della Centrale Operativa Territoriale è l’evoluzione tecnologica e integrata del Punto Unico di Accesso (PUA) sociosanitario⁶.

La COT presenta il valore aggiunto di un portale gestionale informatico per la condivisione in tempo reale dei dati utili a gestire l’assistenza sociosanitaria mediante l’integrazione di operatori diversi e l’uso condiviso di una sede unica secondo il modello delle Case della Salute, requisiti finora spesso mancanti nei PUA distrettuali che saranno assorbiti delle COT.

⁵ B.U.R. ALLEGATO B alla Dgr n. 975 del 18 giugno 2013- LINEE GUIDA PER L’ORGANIZZAZIONE DEL DISTRETTO SOCIO SANITARIO

⁶ D.M. Sanità 10 luglio 2007, confermato all’art.43 della legge di bilancio 2022 e al punto 2.7 del Piano delle Politiche Sociali 2021-2023

Per svolgere le attività sopra citate, ivi incluse quella di integrazione ospedale-territorio e territorio-ospedale che necessitano di una valutazione multidimensionale, le Centrali Operative Territoriali prevedono l'interazione e l'assunzione di figure professionali diverse: Infermiere, Medico, Assistente sociale per la valutazione dei pazienti con bisogni sociali più o meno complessi, la cui valutazione è determinante ai fini della scelta del setting di destinazione, così come di Personale Amministrativo.

La composizione e la numerosità della squadra all'interno delle COT dovrebbe tener conto delle funzioni previste e del bacino di utenza. Per una COT standard ogni 100.000 abitanti, i professionisti dedicati dovrebbero essere:

- n. 1 Coordinatore infermieristico;
- n. 5 Infermieri;
- n. 2 unità di Personale di Supporto (sanitario e/o amministrativo).

L'obiettivo generale della COT è quello di rendere efficaci ed efficienti le risposte ai cittadini in termini di attivazione dei percorsi di presa in carico delle persone affette da patologie croniche e in condizione di fragilità nel passaggio da un setting assistenziale all'altro (ospedale - territorio), facilitando il raccordo tra le strutture della rete territoriale e garantendo la continuità dell'assistenza.

Le funzioni della COT sono:

- Rilevazione del bisogno, decodifica (triage territoriale) dello stesso e successiva individuazione del percorso assistenziale più appropriato;
- Attivare i servizi o i professionisti (MMG/PLS, Medico di Continuità Assistenziale, Infermiere Domiciliare, ecc.) competenti per area territoriale;
- Monitorare e verificare i percorsi assistenziali attivati;
- Promuovere l'appropriatezza delle dimissioni, orientando le Unità Operative nella scelta dei percorsi assistenziali rispetto ai bisogni del paziente, attivando anche i percorsi

di inserimento presso le strutture di ricovero intermedie o le unità di offerta residenziali e semiresidenziali presenti sul territorio, secondo quanto previsto dal regolamento vigente per l'accesso alle medesime strutture;

- Gestire il sistema informativo messo a disposizione tramite l'aggiornamento delle informazioni e dei dati e la produzione di report;
- Fornire informazioni concernenti le modalità operative per poter usufruire delle risorse, delle prestazioni e dei servizi offerti dalle strutture della rete (modulistica, procedimento, requisiti, ecc.);
- Raccogliere le domande di accesso a prestazioni e servizi e, se del caso, inoltrarle telematicamente ai servizi competenti per area territoriale.

La COT rappresenta il luogo di attivazione della rete socio-sanitaria territoriale e quindi è anche momento di integrazione multiprofessionale ed istituzionale.

La segnalazione di un bisogno di assistenza che determina l'attivazione della COT, può provenire da chiunque ravveda la necessità di prestazioni socio-sanitarie per una persona in condizione di fragilità sanitaria e sociosanitaria, che necessita di una presa in carico "protetta".

La segnalazione è un momento operativo che serve a fornire un quadro globale dei problemi o dei bisogni della persona, ed è fondamentale raccogliere quanti più elementi possibili, riferiti alla condizione della persona, al suo ambiente di vita ed alle risorse disponibili, al fine di effettuare una prima valutazione operativa.

Le fonti di segnalazione, dunque, sono:

- Medico Medicina Generale (M MMG) /Pediatra Libera Scelta (PLS) o medico della
- Continuità Assistenziale;
- Medici ospedalieri o Specialisti ambulatoriali;
- Personale dei servizi distrettuali, territoriali o ospedalieri;
- Personale delle strutture di ricovero intermedie o dei servizi residenziali e semiresidenziali;
- Servizio sociale comunale;

- Familiari e/o altri soggetti della rete informale;
- Tutore/Curatore/Amministratore di Sostegno;
- Enti ed istituzioni (Tribunale, Questura, Prefettura).

La segnalazione alla COT viene fatta via telefono, con chiamata a numero telefonico dedicato (numero verde) con registrazione vocale della chiamata, e/o via mail a casella di posta elettronica dedicata.

All'interno della COT è presente personale infermieristico qualificato e opportunamente formato che ha il compito di effettuare una rilevazione del bisogno e di attivare, all'interno della rete dei servizi, il percorso più appropriato a rispondere al bisogno medesimo. Le attività della COT vengono garantite tutti i giorni h24.

La Centrale Operativa Territoriale deve essere dotata della seguente attrezzatura minima di un ufficio: Computer con collegamento internet, account di posta elettronica con relativo indirizzo mail; Sistema Informativo e Software specifico; una linea telefonica dedicata (numero verde) con possibilità di registrazione vocale delle chiamate h24, con risposta entro le 24 ore successive.

4.1 Organizzazione del SIRES 118

4.2. IL SISTEMA DI EMERGENZA TERRITORIALE IN AVELLINO.

5. CAPITOLO V – AMBULATORIO INFERMIERISTICO

5.1. LE LISTE DI ATTESA IN PRONTO SOCCORSO

Il Pronto Soccorso nelle regioni in cui l'assistenza territoriale è carente riveste un ruolo cruciale, sia nell'erogazione di prestazioni sanitarie urgenti per pazienti critici, sia perché diviene l'unico punto di riferimento per i pazienti con problemi di salute minori o in condizioni cliniche con caratteristiche di cronicità che non trovano risposta da parte dei servizi ambulatoriali e territoriali. La qualità del servizio erogato dipende dalla corretta classificazione del paziente al triage e viene valutata in base al rispetto degli standard clinico-assistenziali previsti da diverse società scientifiche.

L'accesso del paziente con codice minore determina il sovraffollamento del Pronto Soccorso, con un considerevole aumento dei tempi di attesa per la visita medica per tutta l'unità operativa oltre che un aumento del carico di lavoro assistenziale e conseguentemente l'insoddisfazione da parte dell'utente (Quattrini et al., 2011).⁹

In molte regioni d'Italia, per fronteggiare questo problema sono state sviluppate diverse strategie, come l'introduzione di un ambulatorio di "See and Treat" specifico per il trattamento dei pazienti con problemi di salute minori, basandosi sul presupposto che un professionista sanitario esperto (medico o infermiere) possa essere in grado di valutare, trattare e dimettere in tempi brevi il paziente con un problema di salute minore (Rogers et al., 2004).

I lunghi tempi di attesa in P.S. , oltre a determinare il sovraffollamento dell'intero reparto, potrebbero innescare episodi di violenza verso gli operatori sanitari oltre che a rappresentare un costo per la società, poiché comportano una riduzione del tempo dedicato al lavoro, all'istruzione, alla famiglia (Kwa et al., 2008).

Viene affidata ad un infermiere esperto, denominato Emergency Nurse Practitioner (ENP), la gestione del paziente in "See and Treat". Nella realtà italiana l'ENP si traduce con l'infermiere magistrale oppure con l'infermiere con Master in Area Critica che abbia svolto un periodo di servizio non minore ai 36 mesi nel P.S. e che sia disponibile a svolgere un corso aziendale di 20 ore formative suddivise in 60 ore di formazione residenziale e 60 di formazione sul campo.

Diversi studi in letteratura hanno dimostrato che l'adozione di un ambulatorio infermieristico per i codici minori giova all'azienda sia in termini di riduzione del tempo di attesa per la visita, che un considerevole aumento del grado di soddisfazione del paziente, mantenendo comunque adeguati standard di qualità seppur con un lieve aumento dei costi, legato al fatto che L'Emergency Nurse Practitioner visita 1-2 pazienti ogni ora, mentre lo standard previsto per il medico è di 3-4 pazienti ogni ora (Carter et al., 2007).

⁹ Cristiano Radice et.al "See and Treat" in Pronto Soccorso: aspetti legali e responsabilità professionale infermieristica

Caso dovuto all'adozione di protocolli di triage che consentono di assegnare un limitato numero di pazienti all'area "See and Treat", oltre alla maggiore attenzione posta dal Emergency Nurse Practitioner all'informazione e all'educazione sanitaria. L'introduzione della figura dell'Emergency Nurse Practitioner può rivelarsi vantaggiosa, anche dal punto di vista economico, negli ospedali caratterizzati da un alto flusso di pazienti con complessità assistenziale medio-alta, poiché consente di utilizzare le risorse mediche solamente per la cura dei casi clinicamente più complessi (Carter et al., 2007; Ieraci et al., 2008).

Uno studio osservazionale condotto Hart e Mirabella (2009), riporta il risultato di interviste a 300 pazienti che si sono rivolti a 3 distinti P.S. , evidenziando che il 65% dei pazienti intervistati preferiva essere trattato da un Infermiere e che il 93% dei pazienti si sono dimostrati soddisfatti del trattamento ricevuto da Infermiere nella realtà del fast track.

Risultati positivi sono stati registrati dalla ricerca condotta da Jennings et al. (2009), sottoponendo un questionario semivalidato a 16 domande espresse con una scala di Likert a 4 punti a 202 pazienti che si sono rivolti ad un trauma center di primo livello. Un ulteriore dato significativo è rappresentato da un basso tasso di ripresentazione entro tre giorni di quei pazienti precedentemente trattati, pari al 3% molto probabilmente dovuto al fatto che l'infermiere pratica anche azioni di educazione alla salute informando il paziente su come interagire con la propria problematica.

5.2. AMBULATORIO INFERMIERISTICO NEI P.S. PER I CODICI MINORI

Pensato per decongestionare i Pronto Soccorso, è ispirato al “See and Treat” l’ambulatorio infermieristico per i codici minori consiste in un modello di risposta assistenziale a quella casistica “che, in uno scenario futuro, non dovrà giungere in Pronto Soccorso, ma potrà essere più appropriatamente trattata negli ambulatori infermieristici territoriali (es. Case della Comunità”).

Al paziente rimarrà comunque la possibilità di chiedere di essere trattato nell'ambulatorio medico di PS, seguendo il percorso tradizionale.

Conoscenze, competenze e atteggiamenti manageriali sono condizioni necessarie per raggiungere più elevati livelli di soddisfazione dei pazienti, della popolazione e dei professionisti coinvolti nel settore sanitario. Spesso la figura del coordinatore deve affrontare il difficile compito di equilibrare l’offerta dei servizi sanitari con risorse limitate alla crescente domanda di bisogno assistenziale spesso illimitata.

“Il ‘See and Treat’ è applicato in diverse realtà del panorama nazionale ed internazionale ed offre risultati riassumibili nella riduzione delle attese e dei tempi di permanenza dei pazienti con codice di bassa intensità che ricorrono al Pronto Soccorso per condizioni di urgenze minori (codici bianchi e verdi). Questo percorso rappresenta la naturale evoluzione dell’autonomia professionale infermieristica nella gestione delle attività assistenziali, già operativa, ad esempio per il triage”.

Il nuovo modello prevede che il paziente con problematica eleggibile per il percorso, già a partire dal triage, sia informato in merito alla possibilità di essere trattato nell'ambulatorio con infermiere, il quale applicherà il protocollo di riferimento per la problematica riferita, avvalendosi del supporto del medico tutor. Qualora il paziente desideri essere trattato nell'ambulatorio medico di Pronto Soccorso, potrà esprimere la sua volontà ed effettuare il percorso tradizionale.

5.3. LA STRATEGIA

La revisione della letteratura ha dimostrato il vantaggio all'utilizzo dell'Emergency Nurse Practitioner nella gestione dei pazienti affetti in triage con codice minore, evidenziando la riduzione del tempo di attesa per la visita medica e l'alto livello di soddisfazione dei pazienti.

E' doveroso presentare alcune considerazioni in merito all'applicabilità della figura dell'Emergency Nurse Practitioner in relazione al contesto normativo italiano.

In Italia la Regione Emilia Romagna dopo e la Toscana ha iniziato l'ambizioso progetto di inserimento di un ambulatorio Infermieristico all'interno dei Pronto Soccorso. L'obiettivo è riportare il Pronto Soccorso alla funzione propria, cioè garantire un trattamento sanitario nelle situazioni di emergenza-urgenza ed il ricovero appropriato, oltre alla diminuzione delle attese per i codici di bassa priorità, attraverso la creazione di un percorso di accesso facilitato, a gestione infermieristica, per i pazienti con problemi di salute minori. La finalità principale di tale sperimentazione è verificare la possibilità di un'ottimizzazione dei tempi di risposta all'utenza e delle risorse professionali a disposizione. I problemi trattabili in "See and Treat" sono stati individuati in base all'incidenza, alla gravità, agli eventuali interventi terapeutici necessari e alla co-presenza del medico-tutor.

L'ambulatorio Infermieristico è frutto di un lavoro organizzativo importante di cui il coordinatore infermieristico ha la gestione in toto dell'organizzazione.

Il ruolo del coordinatore Infermieristico consiste sia nel fare da collante tra i professionisti che nel supportare l'intero percorso di realizzazione del progetto: fare richiesta delle risorse di cui si ha bisogno, identificare i percorsi, identificare l'ambulatorio, garantire la corretta formazione agli operatori, ordinare i materiali specifici, gestire le reticenze.

L'utenza accede al PS e viene accolta dal triagista che stabilisce il codice di gravità. È una figura formata apposta per essere in grado di valutare le emergenze trattabili attraverso il percorso See and Treat. L'utente viene poi accompagnato dove è stato predisposto l'ambulatorio del See and Treat e viene preso in carico dall'infermiere dell'ambulatorio stesso. Al termine del trattamento, di cui l'utente viene messo al corrente a partire dal suo

ingresso in PS, viene chiusa la pratica e il paziente può tornare a casa, evitando le attese, purtroppo lunghe per i casi lievi, del PS.

L'ambulatorio See and Treat nell'esperienza della Regione Emilia Romagna e più precisamente di Cento e poi Rimini è attivo tutti i giorni dalle 8.00 alle 20.00. Le casistiche più frequenti che si trattano corrispondono a codici bianchi e verdi: corpi estranei nell'occhio; l'arrossamento dell'occhio; le abrasioni; le piccole ferite che non necessitano di una sutura chirurgica; la rimozione dei punti di sutura. Gli infermieri sono in grado di gestire cose di questo genere in perfetta autonomia.

I pazienti con questo genere di problematiche, normalmente aspetterebbero ore in PS invece, grazie al percorso See and Treat, vengono accolti e trattati da infermieri esperti adeguatamente formati. Quelli che gestiamo infatti si mostrano soddisfatti, ed anche piacevolmente stupiti di aver riscontrato tempi di attesa di massimo un'ora".

Agli infermieri See and Treat è garantita una formazione di 120h, teorica e pratica, quest'ultima gestita attraverso incontri e riunioni tra professionisti, in aggiunta ad un periodo di affiancamento con i medici tutor. Un'altra parte fondamentale di questa formazione, sia per gli infermieri che per i coordinatori, è stata svolta in Toscana, avendo attivato tale progetto già anni fa e quindi acquisendo esperienze consolidate in tale ambito.

Per l'anno 2023 l'esperienza romagnola si appropcherà ad un empowerment attraverso una formazione aggiuntiva caratterizzata da laboratori pratici e da eventuali implementazioni di altri protocolli. Al momento le casistiche che si possono trattare al See and Treat sono 24, ma il presupposto è quello di implementarli.

Naturalmente, pur essendo un ambulatorio a gestione infermieristica, presso il See and Treat è comunque prevista la figura del medico. Il cui compito è quello di formare gli infermieri per far sì che possano gestire i casi a bassa complessità in autonomia. Il paziente viene visitato e la patologia viene risolta dall'infermiere, ma con la supervisione del medico tutor. Il medico è in ogni caso sempre presente con il compito di stilare dei protocolli sui quali basarsi insieme agli infermieri, è stato anche quello per poter affrontare e gestire correttamente le piccole patologie. Fino ad oggi non è mai capitato di riscontrare mancanza

di fiducia da parte dell'utenza, per quanto riguarda questo tipo di percorso, anzi, al contrario, hanno mostrato grande soddisfazione.

Ad oggi al PS di Cento sono stati processati 52 casi di See and Treat, al Delta 40, tutti risolti con un tempo non superiore ad un'ora. Tra le misure organizzative, oltre alla corretta gestione dei posti letto è necessario che funzioni l'operatività dell'ambulatorio See and Treat, che associato ad altri percorsi (Fast Track e Abc), può riuscire ad ottimizzare il flusso dei pazienti provando a gestire il problema delle lunghe attese.

6. CONCLUSIONI

La prima Componente della Missione Salute, denominata "Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale", è volta a rafforzare i servizi sul territorio, attraverso: la realizzazione di strutture quali le Case della comunità (per l'assistenza sanitaria di prossimità) e gli Ospedali della Comunità (strutture intermedie per le degenze brevi); Questi sono stati identificati dalla A.S.L e sono partiti i lavori di adeguamento, l'utilizzo degli stessi porterà la diminuzione di accessi impropri ai Pronto Soccorso della provincia (il 37,5% degli anziani campani ricoverati resta in ospedale perché non ci sono strutture sanitarie intermedie sul territorio; il 25% perché non ha nessun familiare o badante in grado di assisterli in casa.)¹⁰

Il potenziamento delle cure domiciliari migliorerà la presa in carico del paziente proveniente sia da segnalazione dei servizi sociali che dal medico di medicina generale, anche grazie all'attuazione di progetti di digitalizzazione e con l'introduzione di Centrali operative territoriali (COT) che garantiranno il coordinamento tra i diversi servizi.

La riorganizzazione della prevenzione è il fulcro del nuovo sistema di cura, tale componente include una riforma, che riguarda il nuovo modello organizzativo per l'assistenza sanitaria territoriale ed è mirata a due scopi:

¹⁰ Fonte FADOI

- 1) definire standard strutturali, organizzativi e tecnologici uniformi sul territorio nazionale per l'assistenza territoriale e identificare le strutture a questa deputate.
- 2) delineare un nuovo assetto istituzionale integrato salute, ambiente e clima volto alla prevenzione in tutti e tre gli ambiti attraverso un approccio One Health¹¹.

L'Azienda Sanitaria Locale di Avellino è in linea con il progetto di modernizzazione della sanità irpina, ma ha recepito solo in parte la necessità di formazione del personale del S.E.T e il giorno 03/03/2023 ha pubblicato all'albo pretorio i protocolli per l'emergenza territoriale ¹² per le sole postazioni SAUT. Rimangono quindi escluse dal protocollo le postazioni STIE (con personale composto da autista e soccorritore) localizzate per lo più in aree interne¹³.

Per quanto riguarda l'adozione dell'Ambulatorio Infermieristico per i codici minori nei P.S. nonostante essi siano sempre più oberati da richieste di prestazioni improprie, senza alcun carattere di urgenza, con un notevole aumento dei tempi di attesa per la visita medica e con il rischio che non vengano tempestivamente erogate prestazioni sanitarie urgenti al paziente critico, sembra essere questa soluzione, allo stato attuale, troppo innovativa e si preferisce aspettare che tale attività sia espletata presso le Case della Comunità che si

¹¹ Tale approccio implica l'integrazione di diverse discipline per affrontare come un insieme interconnesso le questioni della salute umana, di quella animale e dell'ecosistema (si veda Istituto Superiore di Sanità (ISS) (2019), "Tema. Salute globale e disuguaglianze di salute", 17 dicembre disponibile sul sito dell'ISS all'indirizzo <https://www.iss.it/one-health>). Per una visione ampia del concetto di One Health, come concezione di salute globale che richiede azioni preventive coordinate su tutto il pianeta, tenendo conto delle interrelazioni e delle ricadute sulla salute umana, si veda Vineis, P. e L. Savarino (2021), "La salute nel mondo", Feltrinelli, Milano.

¹² Delibera DG 275 03.03.2023 adozione procedura operativa algoritmi clinico assistenziali per i mezzi di soccorso infermieristici del servizio di emergenza territoriale e C.O. 118 dell'ASL di Avellino

¹³ Per comprendere la necessità di formazione delle postazioni STIE leggere il sotto capitolo 1.2 Le Criticità riscontrate.

avvieranno nel prossimo futuro sopprimendo così le liste di attesa nei P.S. generale, ostetrico e pediatrico.

La scrivente ritiene questa soluzione sopprimerla solo in parte il fabbisogno assistenziale in quanto le case della comunità a differenza dei Pronto Soccorso hanno equipe multidisciplinare attiva 12h 7 giorni su 7 ed è anche vero che si integrano con il servizio di continuità assistenziale h24 ma comunque non si risolverebbe il problema della mancanza di personale.

Si veda ad esempio che ad oggi la maggior parte delle ambulanze medicalizzate sono in servizio in modalità INDIA (con il solo infermiere) poiché mancano medici. Il pronto soccorso dei tre ospedali presenti in provincia di Avellino sono in sofferenza per mancanza di medici. A meno che non si istituiscano nuovi posti nei corsi di laurea in medicina nel prossimo futuro, il progetto di modernizzazione della sanità, a livello strutturale e sulla carta produrrà effetti sicuramente positivi ma, rimarrà il problema della mancanza di personale medico, producendo come risultato strutture nuove e tecnologicamente avanzate ma deserte.

BIBLIOGRAFIA

- Agenzia per la Coesione Territoriale. (s.d.). *Strategia Nazionale Aree Interne*. Tratto il giorno 01 02, 2023 da https://www.agenziacoesione.gov.it/wp-content/uploads/2020/07/Strategia_Alta_Irpinia.pdf
- Decreto Ministeriale N.77. (23/05/22). *Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale*. Ministero della Salute.
- Giunta Regionale della Campania. (s.d.). *Organizzazione SIRES Servizio 118*. Tratto il giorno 01 2023, 02 da <http://www.sito.regione.campania.it/>:
http://www.sito.regione.campania.it/burc/pdf04/burc43or_04/del1570_04all.pdf
- Iannuzzi, R. (2022, 12 20). *Criticità e mala gestione del S.E.T. di Avellino, La denuncia del NurSind*. Tratto il giorno 01 2023, 02 da <https://infermieristicamente.it/>:
<https://infermieristicamente.it/articolo/16332/criticita-e-mala-gestione-del-set-di-avellino,-la-denuncia-del-nursind#:~:text=Tre%20di%20questi%20Anestesisti%20hanno%20un%20et%C3%A0%20superiore,n.%20161/2014%20in%20materia%20di%20orario%20di%20lavoro.>
- Ministero della Salute. (2022, Maggio 23). *Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*. Tratto il giorno 01 02, 2023 da Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana: <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato7851421.pdf>
- Stefano Bambi, M. G. (2008, Luglio-Settembre). *See & Treat in pronto soccorso: dal medico all'infermiere con competenze avanzate. Una revisione della letteratura. Assistenza Infermieristica e Ricerca.*, p. 136-144.
- Report Asl Avellino sulla medicina territoriale