



LINEE GUIDA REGIONALI PER L'IMPLEMENTAZIONE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO DELLE CASE DELLA COMUNITÀ

REGIONE MOLISE

Sommario

Premessa	1
1. Definizione.....	1
2. L'obiettivo della Casa della Comunità	3
3. Sedi delle Case della Comunità nella Regione Molise	4
4. Target di utenza	5
5. Modello organizzativo.....	7
I servizi garantiti dalle Case della Comunità	9
Standard tecnologici e strutturali	11
Standard di personale	12
Il coordinamento della Casa della Comunità con i servizi territoriali	14
6. Strumentazioni medicali e dispositivi medici	15
7. Monitoraggio dell'implementazione del modello organizzativo	16
8. La telemedicina	17

Premessa

Le indicazioni del presente documento forniscono le linee guida organizzative regionali per l'implementazione delle Case della Comunità (CdC) nel servizio di Cure Primarie nel Servizio Sanitario della Regione Molise, in conformità alle disposizioni del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e del DM n. 77 del 23 maggio 2022, recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale del Servizio Sanitario Nazionale.

Con l'avvio del periodo di programmazione 2021-2027, al fine di mitigare gli impatti economici e sociali della pandemia da COVID-19, la Commissione Europea e il Parlamento Europeo hanno dato vita al *Next Generation EU* (NGEU). Il governo italiano ha messo in atto un Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) con l'obiettivo di rilanciare l'economia del Paese e, contemporaneamente, promuovere la salute, la sostenibilità e l'innovazione digitale. Il PNRR rappresenta la pianificazione degli investimenti e delle riforme che l'Italia intende realizzare entro il 2026.

Il piano è suddiviso in 6 Missioni, ognuna delle quali comprende diverse Componenti, a loro volta dettagliate in investimenti specifici. La Missione 6 è suddivisa in due Componenti di cui la prima denominata *"Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale"* interamente dedicata alla riorganizzazione e potenziamento dell'assistenza territoriale, in un'ottica di prossimità, integrazione, sviluppo e diffusione di strumenti di sanità digitale, quali la telemedicina.

La M6C1 si articola in tre investimenti, di cui l'Investimento 1.1 che riguarda le Case della Comunità (CdC) e presa in carico della persona. Questo investimento mira a rafforzare le strutture sanitarie di prossimità mediante l'istituzione delle CdC che sono fondamentali per coordinare i servizi a livello territoriale, con un'attenzione particolare ai pazienti cronici.

La prima Milestone della M6C1 del PNRR è costituita dal DM n. 77 del 23 maggio 2022 avente a oggetto il *"Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale"*, che definisce gli standard organizzativi, qualitativi e tecnologici della Rete territoriale e rappresenta la condizione abilitante per realizzare gli interventi previsti dalla stessa. Le riforme settoriali nel PNRR accompagnano gli investimenti delle Missioni e introducono normative innovative per rendere più efficienti i regimi regolatori e procedurali nei vari ambiti.

La riforma del DM 77/2022 mira a definire un nuovo modello organizzativo per la rete di assistenza sanitaria territoriale, stabilendo standard uniformi su tutto il territorio nazionale.

Tanto premesso, il presente documento ha lo scopo di supportare l'Azienda Sanitarie Locale nell'avvio e nella piena integrazione dei modelli organizzativi delle Case della Comunità Hub e Spoke nel Servizio Sanitario Regionale, ponendo l'attenzione sulle modalità di identificazione del target di riferimento, sui servizi offerti, sul bacino di utenza e sulle modalità di accesso, in coerenza con le direttive nazionali e con le strategie di assistenza territoriale già in essere, al fine di garantire un accesso equo e tempestivo alle cure e di assicurare la qualità degli interventi per la popolazione assistita.

1. Definizione

Secondo il DM 77/2022 la Casa della Comunità (CdC) è *"il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, sociosanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento. Nella Casa della Comunità lavorano in modalità integrata e multidisciplinare tutti i professionisti per la progettazione ed erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale ai sensi dell'articolo 1, comma 163, della legge 31 dicembre 2021, n. 234 subordinatamente alla sottoscrizione della Intesa ivi prevista e alla sottoscrizione dell'Accordo previsto all'articolo 21, comma 1, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, anche al fine di definire gli ambiti delle competenze del Servizio sanitario nazionale da un lato e dei comuni dall'altro,*

mediante l'impiego delle risorse umane e strumentali di rispettiva competenza disponibili a legislazione vigente”.

La CdC, in generale, deve essere una struttura facilmente riconoscibile e raggiungibile, per l'accesso, l'accoglienza e l'orientamento dell'assistito all'interno del SSN in grado di erogare ai cittadini, l'insieme dei livelli essenziali di assistenza sociosanitaria.

La CdC è intesa altresì come luogo di partecipazione e di valorizzazione di tutte le risorse presenti sul territorio della Comunità locale, nel quale si organizza e ricompona l'insieme dei servizi sia erogati direttamente dal servizio sanitario sia quelli erogati da altri attori - come Enti Locali, farmacie dei servizi e di Comunità, reti sociali e di volontariato appartenenti al Terzo Settore - che si prendono cura della salute delle persone e della Comunità nel suo territorio di riferimento.

L'adozione di un modello basato sull'integrazione funzionale tra i diversi erogatori di servizi sanitari consente un utilizzo delle risorse umane e professionali più positivo per il successo della struttura stessa.

La missione di questa struttura sanitaria, pertanto, è prendersi cura delle persone fin dal momento dell'accesso, attraverso l'accoglienza dei cittadini, la collaborazione tra professionisti (Medici del ruolo unico di assistenza primaria (MMG/CA), Pediatri di Libera Scelta (PLS), Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI), Infermieri di Famiglia o Comunità (IFoC) e altri professionisti della salute quali Psicologi, Ostetrici, Professionisti dell'area della Prevenzione, della Riabilitazione, Tecnica e Assistenti Sociali), la condivisione dei percorsi assistenziali, l'autonomia, la responsabilità professionale e la valorizzazione delle competenze, anche con lo scopo di eliminare gli accessi impropri dagli ospedali.

La regione Molise presenta un quadro demografico di progressivo invecchiamento, forte denatalità e spopolamento a carico soprattutto i piccoli centri, i quali costituiscono oltre il 90% dei comuni regionali.

L'età media della popolazione, secondo le statistiche ISTAT, è pari 48 anni, tra le più alte d'Italia. La regione presenta inoltre una elevata dispersione della popolazione residente, in quanto il 60% della stessa si distribuisce nei piccoli comuni, mentre il 40% si concentra nei centri di Campobasso, Termoli, Isernia, e nell'area del Venafrano.

L'indice di vecchiaia è altresì molto elevato, ed in alcune aree risulta essere il più alto al livello nazionale.

Dal punto di vista epidemiologico, gli studi PASSI e PASSI ARGENTO segnalano che le maggiori criticità nell'area della prevenzione sono quelle legate ad eccesso ponderale, sedentarietà, consumi rischiosi di alcol e abitudine al fumo, che si attestano su livelli maggiori della media nazionale.

Le patologie di maggior impatto sanitario sono quelle cardiovascolari, respiratorie croniche, il diabete, i tumori e l'insufficienza renale, seguite da disturbi psichici e sensoriali, con una forte presenza di comorbidità nella popolazione anziana.

Sul piano sociale, si sommano problemi di disabilità, fragilità e isolamento che aggravano il quadro di vulnerabilità regionale, soprattutto nelle fasce di popolazione più avanzata d'età, con basso reddito o bassa scolarità.

Il 50% delle persone over65 presenta almeno una patologia cronica (cardiopatie, malattie respiratorie, diabete, tumori, insufficienza renale) con una frequenza più alta tra gli ultra 75enni, le donne, chi vive da solo e chi ha difficoltà economiche e/o sociali.

Il 17% degli anziani Molisani presenta fragilità (perdita di autonomia in attività strumentali della vita quotidiana), ed il 10% disabilità (perdita di autonomia in almeno una delle attività fondamentali), con limitazioni funzionali crescenti nelle fasce di età più avanzate e tra i soggetti fragili, richiedendo una crescente domanda di assistenza domiciliare e supporto socio-sanitario.

Ovviamente l'invecchiamento sistematico della popolazione porta ad aumentare sia il numero sia la complessità dei casi clinici da gestire, con presenza di più patologie nello stesso individuo.

Data la particolarità del contesto descritto, la valorizzazione piena del DM77 richiede, per quanto riguarda le Case di Comunità, una declinazione particolare che tenga conto delle specificità del territorio.

In tal senso, la regione Molise condivide ed adotta la definizione di Casa di Comunità, indipendentemente dalla sua accezione Hub o Spoke, come quel modello organizzativo complessivamente inteso dall'insieme dei servizi di cui al Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77, siano essi erogati direttamente all'interno delle 13 strutture previste dalla programmazione regionale, che presso punti erogativi ad esse funzionalmente collegati nel territorio di riferimento delle stesse: in tal modo pur mantenendo centralizzata la gestione diretta dei servizi a maggior livello di complessità clinico-assistenziale nell'ambito delle 13 strutture, viene garantita una diffusione capillare sul territorio regionale di alcuni strumenti essenziali di erogazione come, ad esempio, quelli della Medicina Generale nell'ambito della Continuità Assistenziale e nell'ambito delle attività di Cure Domiciliari.

Le Case di Comunità regionali costituiranno dunque il nodo centrale di una rete di Cure Primarie rivolta a tutta la popolazione appartenente all'ambito di riferimento, ovvero la Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT) dei Medici di Medicina Generale (MMG), dei Pediatri di Libera Scelta (PLS), degli Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI), i quali saranno tra loro interconnessi ed interfacciati anche con gli altri professionisti sanitari nelle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP).

La rete di presa in carico, partendo dalle Case di Comunità, attraverso gli strumenti della Domiciliarità e della Telemedicina, e grazie al raccordo con la Centrale Operativa Territoriale (COT), raggiungeranno tutti i comuni e le località regionali dove, a seconda delle necessità, potranno essere altresì individuati dei punti erogativi fissi e/o mobili che andranno a costituire una estensione naturale delle attività delle CdC stesse volte ad estenderne la capacità di erogare le prestazioni richieste.

La costruzione di tale rete andrà a altresì valorizzare le Unità di Continuità Assistenziale (UCA), le Farmacie dei Servizi, gli studi dei MMG e dei PLS esterni alle CdC ed i punti di Continuità Assistenziale, integrando tutti gli attori dell'Assistenza Territoriale in un organismo unico dinamico rappresentato dal modello organizzativo diffuso delle 13 CdC regionali.

2. L'obiettivo della Casa della Comunità

L'obiettivo dello sviluppo delle CdC è quello di garantire in modo coordinato:

- l'accesso unitario e integrato all'assistenza sanitaria, sociosanitaria a rilevanza sanitaria e in un luogo di prossimità, ben identificabile e facilmente raggiungibile dalla popolazione di riferimento;
- la risposta e la garanzia di accesso unitario ai servizi sanitari, attraverso le funzioni di assistenza al pubblico e di supporto amministrativo-organizzativo ai pazienti svolte dal Punto Unico di Accesso (PUA);
- la prevenzione e la promozione della salute anche attraverso interventi realizzati dall'equipe sanitaria con il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione e Sanità Pubblica aziendale;
- la promozione e tutela della salute dei minori e della donna, in campo sessuale e riproduttivo e dell'età evolutiva, in rapporto a tutti gli eventi naturali fisiologici tipici delle fasi del ciclo vitale;
- la presa in carico della cronicità e fragilità secondo il modello della sanità di iniziativa;
- la valutazione del bisogno della persona e l'accompagnamento alla risposta più appropriata;
- la risposta alla domanda di salute della popolazione e la garanzia della continuità dell'assistenza anche attraverso il coordinamento con i servizi sanitari territoriali (es. DSM, consultori, ecc.);

- l'attivazione di percorsi di cura multidisciplinari, che prevedono l'integrazione tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, e tra servizi sanitari e sociali;
- la partecipazione della comunità locale, delle associazioni di cittadini, dei pazienti e dei *caregiver*.

I principi che orientano lo sviluppo delle CdC sono l'equità di accesso e di presa in carico, secondo il modello della sanità d'iniziativa, e il principio della qualità dell'assistenza declinata nelle sue varie dimensioni (es. appropriatezza, sicurezza, coordinamento/continuità, efficienza, tempestività).

La Sanità di Iniziativa è un modello assistenziale di prevenzione e di gestione delle malattie croniche orientato alla promozione della salute, che non aspetta l'assistito in ospedale o in altra struttura sanitaria, ma lo prende in carico in modo proattivo già nelle fasi precoci dell'insorgenza o dell'evoluzione della condizione morbosa.

Lo scopo della Sanità di Iniziativa è la prevenzione ed il miglioramento della gestione delle malattie croniche in ogni loro stadio, dalla prevenzione primaria, alla diagnosi precoce, alla gestione clinica e assistenziale, alla prevenzione delle complicanze, attraverso il follow-up proattivo anche supportato dagli strumenti di telemonitoraggio e telemedicina, alla presa in carico globale della multimorbidità. Essa prevede un approccio di presa in carico attento alle differenze di genere ovvero lo studio dell'influenza delle differenze biologiche, socioeconomiche e culturali e che tenga conto di tutti gli altri aspetti psicomportamentali che incidono sulla salute e delle fasi della vita dell'individuo durante i percorsi di diagnosi, cura, riabilitazione e che caratterizzi tutti i setting assistenziali, al pari degli ambiti di ricerca clinica e di formazione di tutti i professionisti sanitari, per facilitare diagnosi e trattamenti equi, differenziati ed efficaci appropriati.

3. Sedi delle Case di Comunità nella Regione Molise

Al fine di potenziare l'assistenza primaria in un'ottica di prossimità, accessibilità e multidisciplinarietà, la Regione Molise ha deciso di attivare, a regime nel 2026, tredici Case di Comunità suddividendole tra *hub* e *spoke*.

Struttura	Comune	Hub/Spoke
CdC	LARINO	Hub
CdC	AGNONE	Hub
CdC	CASTELMAURO	Spoke
CdC	TERMOLI	Hub
CdC	CAMPOBASSO	Hub
CdC	FROSOLONE	Spoke
CdC	ISERNIA	Hub
CdC	TRIVENTO	Spoke
CdC	SANTA CROCE DI MAGLIANO	Spoke
CdC	VENAFRO	Hub
CdC	MONTENERO DI BISACCIA	Spoke
CdC	RICCIA	Hub
CdC	BOJANO	Spoke

Legenda	
Centrale Operativa Territoriale	
Casa di Comunità Hub	
Casa di Comunità Spoke	
Ospedale di Comunità	
Unità di Continuità Assistenziale	



Gli interventi strutturali necessari per realizzare/riconvertire le tredici CdC programmate con il DCA 25/2022 sono finanziati interamente con i fondi previsti dal DM Salute.

In tutte le CdC, sia Hub che Spoke, saranno attivati i servizi previsti come obbligatori dal DM 77/2022 e sarà attivato il servizio di Continuità Assistenziale, che sarà potenziato dal supporto degli Infermieri di Comunità ai MMG del Ruolo Unico di Assistenza Primaria a ciclo orario.

Per quanto riguarda i servizi facoltativi, questi saranno individuati sulla base delle necessità espresse dai singoli territori ed in relazione al ruolo specifico della CdC nella rete del Distretto di appartenenza, in coerenza con quanto previsto dal presente documento.

L'attivazione delle tredici CdC consentirà alla Regione Molise di rispettare lo standard previsti dal DM 77/2022 di una CdC hub ogni 40.000 abitanti e complessivamente ci sarà una CdC hub o spoke ogni 23.000 abitanti circa.

4. Target di utenza

Per ogni Casa di Comunità è possibile individuare un bacino di utenza “generale” ed un target di utenza “prioritario”, intendendosi con tale definizione quegli individui a maggior complessità di presa in carico e gestione.

Il bacino di utenza generale è rappresentato dalla popolazione in carico ai servizi di assistenza “di base”, ovvero dalla popolazione di interesse dei MMG e dei PLS.

Tali popolazioni coincidono con la popolazione residente nell'ambito della AFT dei MMG cui la CdC costituisce la sede funzionale, ovvero della popolazione del Distretto per quanto riguarda i PLS;

Per quanto riguarda il target prioritario di popolazione verso cui sono erogati i servizi, l'identificazione di questo target può avvenire sulla base di modelli di stratificazione e identificazione dei bisogni di salute basati sull'utilizzo e interpretazione dei dati.

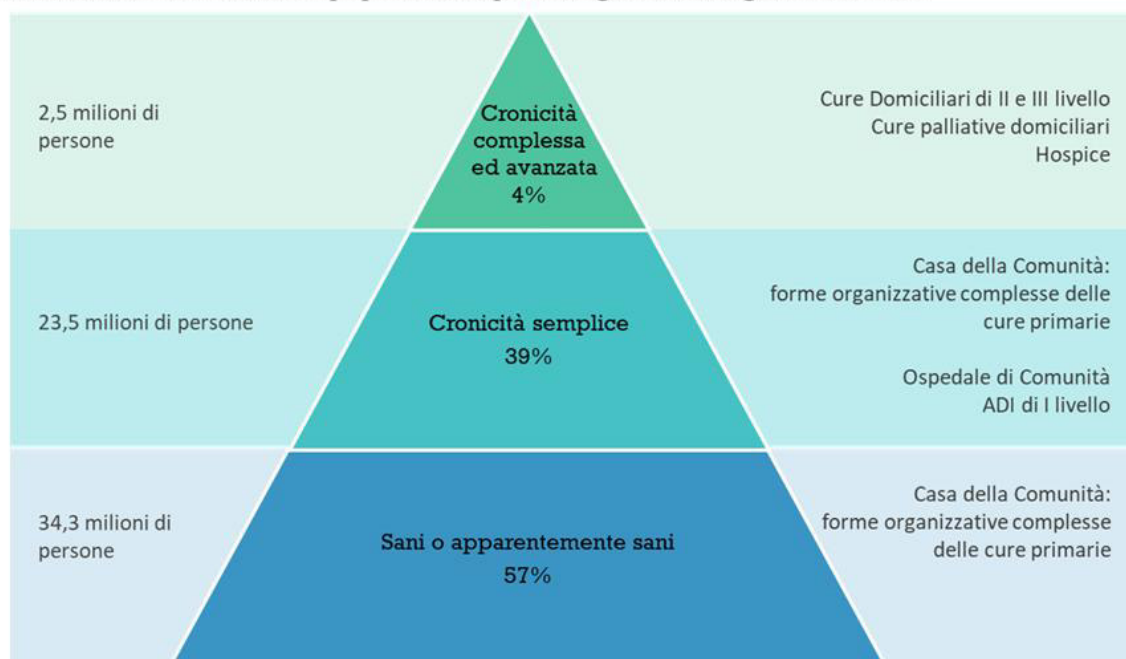
Il processo di stratificazione della popolazione è definito nel modello concettuale della “*Population Health Management – PHM*”, prendendo in considerazione variabili sanitarie e sociali.

Questa metodologia consente di individuare i gruppi di popolazione con bisogni socioassistenziali specifici, stimare il relativo fabbisogno assistenziale e i servizi da programmare per soddisfarlo.

A partire dal fabbisogno assistenziale, esistono alcune ipotesi di *cluster* di popolazione che possono essere prese in considerazione, al fine di rappresentare il target prioritario di una CdC, unitamente alla valutazione della gravità clinica e delle prestazioni che ne conseguono, possono contribuire alla individuazione del target prioritario di una CdC nonché alla definizione della complessità e intensità assistenziale dei percorsi di presa in carico:

- Popolazione con due o più cronicità (cronicità complessa ed avanzata);
- Popolazione senza patologie croniche (sana o apparentemente sana);
- Popolazione con una sola patologia cronica (cronicità semplice);

Figura 1. Stratificazione della popolazione per bisogno e setting assistenziale



Secondo l'elaborazione AGENAS, su dati ISTAT 2019, il 39% della popolazione complessiva ha una cronicità semplice che richiede una presa in carico da parte dei *team* multiprofessionali territoriali (es. Case della Comunità), mentre il 4% della popolazione complessiva è affetto da forme di cronicità complessa e avanzata, che richiedono una presa in carico da parte di team assistenziali dedicati e appositamente formati. Tali dati, rapportati alla popolazione complessiva italiana, confermano la necessità di prendere in carico circa 23,5 milioni di persone con bisogni assistenziali semplici, nonché circa 2,5 milioni di persone con bisogni assistenziali complessi. La restante parte di popolazione, circa 34 milioni di persone sane o apparentemente sane, tuttavia, necessitano anch'esse di interventi di sanità di iniziativa, soprattutto in ambito di prevenzione.

È in considerazione del particolare target di paziente che può essere preso in carico dalla CdC che essa assume una peculiare organizzazione di tutti i servizi sanitari e sociosanitari, con il fine di rispondere ai bisogni del singolo paziente, programmando prestazioni e interventi di cura specifici, prescrivendo le cure farmacologiche più appropriate, alleggerendo il paziente dalla responsabilità di prenotare singolarmente visite ed esami.

Tale modello di presa in carico fornisce al paziente affetto da patologie croniche un migliore accesso alle cure, un'assistenza sanitaria e sociosanitaria continuativa e integrata. L'obiettivo, secondo i principi del PNRR, risulta quello di offrire assistenza sanitaria di prossimità ai residenti, assicurando il servizio principalmente alla popolazione più anziana e riducendo così il numero delle ospedalizzazioni anche non urgenti. In questo modo, le cure sanitarie sul territorio saranno coordinate in modo efficiente e rapido per rispondere ai bisogni dei cittadini.

5. Modello organizzativo

Sulla base dei profili di utenza e delle attività che vengono erogate, l'organizzazione della CdC della regione Molise è articolata in **Macro-aree**, ambienti affini per tipologia di funzione da erogare (servizi sanitari, livello di cure, servizi logistici, etc.). A ciascuna macro-area, a sua volta, corrispondono diverse **Aree funzionali** sanitarie e non sanitarie. Infine, ogni Area Funzionale è caratterizzata da diverse **Unità Ambientali**.

Macro – aree

I servizi erogati dalla CdC sono stati classificati secondo 4 macro-aree omogenee o comunque affini per livello di cura, successivamente elencate e descritte nelle loro caratteristiche generali:

- 1) **Macro-Area SPECIALISTICA** che ospita i servizi di natura sanitaria di livello specialistico, quali i servizi di diagnosi e cura degli Specialisti Ambulatoriali convenzionati dotati di diagnostica di base, e gli altri servizi ambulatoriali;
- 2) **Macro-Area CURE PRIMARIE** che accoglie tutti gli spazi per l'assistenza di base, tra cui i Medici di Medicina Generale (MMG), la Continuità Assistenziale, Pediatria di Libera Scelta (PLS) con gli Infermieri di Famiglia o Comunità (Ifoc), etc;
- 3) **Macro-Area ASSISTENZA DI PROSSIMITÀ** che accoglie il Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario e amministrativo, nonché uno sportello e uffici sede dei servizi socio-sanitari quali la presenza di un assistente sociale, personale afferente ai servizi di prevenzione, l'area dell'assistenza domiciliare, eventualmente i servizi consultoriali ed i SERD, etc;
- 4) **Macro-Area SERVIZI GENERALI E LOGISTICI** che accoglie tutte le funzioni non sanitarie che permettono il funzionamento della struttura quali accoglienza utenti e personale sanitario, aree logistiche e locali tecnici.

Aree funzionali

Ogni Macro-area è suddivisa in Aree funzionali, e le singole Aree Funzionali sono state strutturate al fine di dare indicazioni metaprogettuali per ottimizzarne il funzionamento interno in termini di *layout* spaziale, di sistema relazionale e di definizione delle singole unità ambientali minime.

Per tale ragione, le aree funzionali sono suddivise in obbligatorie e facoltative. (così come rappresentato nella tabella di cui al paragrafo 5.1) Ciò significa che ogni CdC dovrà prevedere l'inserimento delle funzioni ritenute obbligatorie e potrà prevedere la presenza di funzioni aggiuntive/facoltative secondo le indicazioni fornite dall'Azienda Sanitaria Locale.

Unità Ambientali

Ogni Area Funzionale è composta da unità ambientali (singoli ambienti fisici), che possono essere:

- 1) **unità ambientali operative**, che caratterizzano l'area funzionale e il servizio da erogare;

- 2) **unità ambientali per i servizi annessi e di supporto**, cioè i locali utili per lo svolgimento delle funzioni quali depositi, locali lavoro, ecc., che possono essere in comune con altre aree funzionali;
- 3) **unità ambientali per l'accoglienza pazienti e caregiver**, cioè gli spazi destinati agli utenti e accompagnatori, che possono essere in comune con altre aree funzionali.

Alcuni spazi possono essere interscambiabili e adoperati per diverse attività erogate all'interno della CdC, come ad esempio l'area accoglienza, le aree di deposito, gli spogliatoi per il personale, le aree relax per il personale, ecc. Tale considerazione prevede pertanto che ci sia a livello organizzativo e gestionale della struttura un coordinamento delle attività sanitarie adeguate all'uso degli spazi, nonché da un punto di vista progettuale gli spazi possano essere adattati per diverse esigenze.

In maniera schematica, lo schema sotto-riportato sintetizza le macro-aree che compongono la CdC.

MACRO-AREA	AREA FUNZIONALE	STANDARD	NOTE
SPECIALISTICA	- Specialistica Ambulatoriale (SAI) - Altri Ambulatori - Diagnostica di Base Specialistica	Obbligatoria CdC Hub Facoltativa CdC Spoke	
CURE PRIMARIE	Ambulatorio Diurno di AFT dei MMG	Obbligatorio in Hub, facoltativo in Spoke	È consentito l'utilizzo condiviso degli spazi per le attività ambulatoriali dell'ambulatorio di AFT, della CA, dell'UCA e degli IFoC; Le attività a ciclo fiduciario dei MMG e dei PLS possono altresì condividere gli spazi: si raccomanda, in tal senso, un numero di studi per le attività a ciclo fiduciario pari almeno a n.3/CdC
	UCA	Obbligatorio in almeno 1 CdC/Distretto	
	Continuità Assistenziale (con aree di riposo)	Obbligatorio in Hub e Spoke	
	Ambulatorio IFoC	Obbligatorio in Hub e Spoke	
	Ambulatorio PLS	Obbligatorio in Hub, facoltativo in Spoke	
	Ambulatori a ciclo fiduciario dei MMG	Facoltativi	
ASSISTENZA DI PROSSIMITA'	PUA ADI Assistenti Sociali Punto Prelievi	Obbligatori in Hub, facoltativi in Spoke	
SERVIZI GENERALI E LOGISTICI	Uff. Informazioni Uff. Scelte e Revoche CUP Archivi Magazzini Altri uffici	Obbligatori	

Fermo restando lo schema di sintesi, è consentito, anche sulla base delle necessità e delle disponibilità distrettuali, soprattutto nel caso di CdC realizzate all'interno di poli ospedalieri o edifici sanitari già operativi (edifici interi e/o porzioni di esse) oppure di CdC Hub o Spoke integrate con OdC e/o COT, un certo grado di flessibilità rispetto la collocazione ed il dimensionamento di servizi afferenti a diverse aree funzionali non sanitarie afferenti alla Macro-area Servizi Generali e Logistici.

In tal senso è consentito, anche allo scopo di massimizzare gli spazi da destinare alle attività delle macroaree di Cure Primarie e Specialistica, l'utilizzo e la messa in comune e/o in condivisione dell'area accoglienza, delle aree di deposito, degli spogliatoi per il personale, aree tecnologiche, etc.

I servizi garantiti dalle Case della Comunità

In considerazione delle aree funzionali, di cui sopra, le CdC possono essere organizzate in modo differente a seconda degli spazi disponibili, del contesto, del bacino di utenza e dei servizi erogati, coerentemente con le indicazioni che prevedono l'obbligatorietà di alcuni servizi.

Di conseguenza, la complessità della struttura varia in funzione della presenza e della tipologia dei servizi erogati a partire anche dal loro dimensionamento.

L'indicatore caratteristico della tipologia è il grado di complessità, dove con grado di complessità si intende il numero e il tipo di servizi forniti.

Nella definizione delle CdC vi sono due livelli di complessità, distinti per dimensione e capillarità sul territorio: CdC Hub e CdC Spoke.

Per la regione Molise, tali modelli di CdC sono di seguito suddivisi in base ai servizi da erogare.

Servizi	Modello organizzativo	
	Casa della Comunità <i>Hub</i>	Casa della Comunità <i>Spoke</i>
Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multiprofessionali (MMG, PLS, SAI, IfoC, ecc.)	OBBLIGATORIO	
Punto Unico di Accesso	OBBLIGATORIO	
Servizio di assistenza domiciliare	OBBLIGATORIO	
Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza	OBBLIGATORIO	
Servizi infermieristici	OBBLIGATORIO	
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	OBBLIGATORIO	
Integrazione con i Servizi Sociali	OBBLIGATORIO	
Partecipazione della Comunità e valorizzazione della coproduzione	OBBLIGATORIO	
Collegamento con la Casa della Comunità hub di riferimento	-	OBBLIGATORIO
Presenza Medica	OBBLIGATORIO	
Presenza Infermieristica	OBBLIGATORIO	
Servizi diagnostici di base	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Continuità Assistenziale	OBBLIGATORIO	OBBLIGATORIO
Punto prelievi	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Attività Consultoriali e attività rivolta ai minori	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO
Interventi di Salute pubblica (incluse le vaccinazioni per la fascia 0-18)	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO
Programmi di screening	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	RACCOMANDATO	
Medicina dello sport	RACCOMANDATO	

Il DM 77 prevede una CdC Hub ogni 40.000-50.000 abitanti, differentemente il numero di CdC Spoke – in quanto presidi di supporto agli Hub – possono variare in relazione alle diverse istanze locali e geografiche.

Inoltre, al fine di facilitare il primo accesso dei cittadini nella CdC hub, con particolare attenzione alle persone con oltre 75 anni, e favorire l'avvio tempestivo della rilevazione e della valutazione dei bisogni sanitari e sociosanitari, si prevede, al primo accesso nella CdC hub, un primo contatto informativo, di conoscenza e di orientamento rispetto ai servizi presenti ai quali è possibile rivolgersi, svolto dall'IfoC o altro personale appositamente formato.

Tale rilevazione è condivisa con il Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria di riferimento, responsabile clinico del paziente per la sua presa in carico integrata e l'elaborazione del Progetto di Assistenza Individuale (PAI).

La programmazione regionale identifica nei Medici di Medicina Generale (MMG) soggetti essenziali alla piena operatività delle CdC, mediante una sinergia di attività sia a ciclo fiduciario che a ciclo orario, che concorrano a garantire pienamente gli standard di presenza medica previsti dall'Art.5 del DM77.

A tale scopo, ed anche alla luce del quadro epidemiologico-demografico già espresso nei capitoli precedenti, la regione Molise prevede come servizio obbligatorio quello di Continuità Assistenziale in tutte le Case di Comunità sia Hub che Spoke, attivo mediante la presenza minima di almeno 1 medico del ruolo unico ad attività oraria coadiuvato da 1 infermiere secondo un modello organizzativo che preveda l'attività del servizio dalle ore 18:00 alle ore 08:00 (14 ore, anche frazionate in più turni) per tutti i giorni della settimana, che diventano 24 ore nei giorni prefestivi e festivi; In tal modo, è garantita una presenza medica continuativa per sette giorni la settimana, attraverso i servizi del Ruolo Unico di Assistenza Primaria ad attività orario, h24 per le CdC Hub ed almeno h14 per le CdC Spoke.

Il monte ore della Medicina Generale, opportunamente rimodulato a seguito di una profonda riforma del servizio di Continuità Assistenziale regionale coerente con le indicazioni di cui all'Art.6.1 delle Linee di indirizzo per l'attività oraria da rendere da parte dei medici del ruolo unico di assistenza primaria nelle Case della Comunità" approvate dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome in data 9 settembre 2025, garantirà dunque una presenza medica minima standard per le CdC Spoke maggiore di quella indicata dal DM77:

	DM77/2022, Art. 5	Regione Molise
Presenza Medica CdC Hub	H24 7 giorni la settimana	H24 7 giorni la settimana
Presenza Medica CdC Spoke	H12 6 giorni la settimana	H14 5 giorni la settimana H24 2 giorni la settimana

Per ogni turno di servizio, sarà garantito il supporto di almeno un IFeC, con l'eccezione delle CdC di Campobasso, Termoli, Isernia che avranno un minimo di 2 IFeC a supporto delle attività di Assistenza Primaria ad attività oraria.

In quanto sedi delle AFT della Medicina Generale, a tutte le CdC Hub ed alle CdC Spoke sedi funzionali di AFT afferiscono funzionalmente i Medici del ruolo unico di assistenza primaria nei modi definiti dall'Accordo Collettivo Nazionale come recepito dall'Accordo Integrativo Regionale della Medicina Generale. Tali medici, saranno collegati tra loro anche attraverso un unico flusso informativo interconnesso con i software gestionali oltre che mediante la condivisione di strumenti e sistemi applicativi informatici di interfaccia con le COT e con il Numero Unico Europeo 116117, che permettano interscambio di informazioni allo scopo di ottimizzazione dei processi organizzativi, di coordinamento, di diagnosi e cura.

Le Case di Comunità, come determinato dagli indirizzi nazionali, non rientrano nella rete dell'emergenza-urgenza e non costituiscono presidi atti a prendere in carico o trattare le patologie tempo-dipendenti.

Il personale sanitario afferente dispone di competenze cliniche e strumentali adeguate a fornire risposte a situazioni di minore criticità e bassa complessità e a garantire una prima risposta sanitaria sul territorio.

Il personale è dotato di strumentazione di primo livello come definito dal presente documento.

Nelle CdC viene espletata dai Medici di Medicina Generale attività utile alla gestione dei bisogni non differibili che comprende:

- L'erogazione di prestazioni assistenziali non differibili, a tutta la popolazione, di ogni fascia di età, secondo il modello organizzativo regionale

- L'effettuazione di visite mediche anche mediante l'utilizzo di strumentazione di diagnostica di primo livello e rilascio di prescrizioni mediche;
- La gestione e supporto della presa in carico di pazienti in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità, sulla base di protocolli aziendali;
- L'effettuazione di visite occasionali;
- L'erogazione dell'assistenza ai turisti ed agli studenti fuori sede, ai cittadini non residenti ed altre categorie di utenti.

L'accesso del cittadino avviene mediante invio del 116117, da parte dei Medici del Ruolo unico di assistenza primaria e PLS secondo quanto previsto dai relativi Accordi Regionali, fermo restando l'accesso in autopresentazione.

I criteri di esclusione dall'accesso sono costituiti dai sintomi riferibili alle condizioni potenzialmente tempodipendenti. A titolo di esempio:

- Dolore toracico;
- Dispnea acuta;
- Deficit neurologico acuto;
- Cefalea intensa e inusuale;
- (Poli)Trauma Sincope/perdita di conoscenza.

Standard tecnologici e strutturali

Circa gli standard tecnologici e strutturali, le CdS devono prevedere:

- il sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale;
- i servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicità con strumentazione diagnostica di base specialistica (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, oct, spirometro etc. a seconda della branca individuata dalla programmazione aziendale e distrettuale) anche, attraverso strumenti di telemedicina.

Ogni ambulatorio della Casa di Comunità Hub o Spoke utilizzato per attività clinica è fornito della seguente dotazione standard minima:

- Scrivanie, poltrone e sedie, arredi ed armadi, armadietti farmaceutici adeguati anche per la conservazione degli stupefacenti, strumentario di piccola chirurgia (rimozione punti di sutura in filo e metallici, medicazioni), lettino da visita, sgabello girevole, predellino a due gradini, portarifiuti a pedale e carrello per medicazione in acciaio;
- Lampada a lente circolare, scialitica, bilancia digitale;
- Kit strumentario otoscopio, kit per lavaggio oculare, materiale per fleboclisi e terapia intramuscolare;
- Dotazione farmacologica minima standardizzata (da concordare al livello distrettuale);
- PC con stampante, rete Wireless.

Per quanto non esplicitato nel presente documento si rimanda ai seguenti documenti tecnici di riferimento:

- DPR del 14 gennaio 1997 recante *“Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”*;

- Accordo Stato-Regioni sancito il 7 febbraio 2013 (Rep. Atti n. 46/CSR) recante “*Linee guida di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale*”;
- Accordo Stato-Regioni sancito il 15 settembre 2016 (Rep. Atti n. 160/CSR) recante “*Piano Nazionale della Cronicità*”;
- Intesa Stato-Regioni sancita il 6 agosto 2020 (Rep. Atti n. 127/2020) recante “*Piano nazionale della prevenzione (PNP) 2020 – 2025*”.

Standard di personale

La CdC promuove un modello di intervento integrato e multidisciplinare, in qualità di sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari.

In tal senso, la CdC si identifica come il centro di organizzazione e controllo delle reti costituite dalle forme associative dei MMG, dei PLS e dei SAI, ovvero delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), che dalle CdC saranno coordinate nelle loro attività e che nelle CdC troveranno una pronta risposta alle loro necessità nell'ambito dell'erogazione dei servizi integrati.

L'attività di tutte le CdC sarà organizzata in modo tale da permettere un'azione d'équipe tra MMG e PLS, Specialisti Ambulatoriali Interni, Infermieri di Famiglia o Comunità (Ifoc) e altri professionisti (Psicologi, Ostetrici, ecc.). In tal modo, si provvede a garantire l'assistenza primaria attraverso un approccio di sanità di iniziativa e la presa in carico della comunità di riferimento.

Le AFT costituiscono dunque il primo anello della rete di assistenza territoriale e trovano la loro sede funzionale nelle CdC Hub ed in alcune CdC Spoke individuate dalla programmazione regionale, sia quando la prestazione sanitaria sarà erogata fisicamente nelle CdC stesse, sia quando erogata a domicilio o presso punti erogativi ad esse esterne ma ricomprese nella rete territoriale della AFT di riferimento.

In tal modo le AFT garantiscono l'assistenza in forma di medicina d'iniziativa e di presa in carico della comunità di riferimento con un maggior grado di prossimità.

Tutte le 7 CdC Hub, e le CdC Spoke di sedi funzionali di AFT attiveranno dalle ore 08:00 alle ore 18:00 dei giorni feriali un ambulatorio diurno di Medicina Generale di AFT che, integrato con la rete degli studi dei MMG a ciclo di fiducia, garantirà un ulteriore servizio aperto liberamente al pubblico per le attività ambulatoriali e dell'area dell'Assistenza Primaria e che concorrerà alle prestazioni domiciliari della AFT di appartenenza.

L'ambulatorio diurno di MG di AFT potrà essere utilizzato e condiviso con il servizio di Continuità Assistenziale, con l'ambulatorio infermieristico, con l'ambulatorio UCA a seconda delle necessità distrettuali, allo scopo di una ottimizzazione degli spazi funzionale alla massima valorizzazione delle CdC stesse.

A seconda della disponibilità dei locali sia delle CdC Hub che delle Spoke, ovvero dell'estensione dell'Area Funzionale di Cure Primarie, saranno resi disponibili all'interno delle stesse spazi utilizzabili come studi professionali per i MMG ed i PLS afferenti al comune sede dalla CdC, con apposito contratto di locazione e previa stipula di accordo quadro che preveda l'obbligo dei MMG stessi di partecipare alle attività promosse dal distretto nell'ambito della CdC. Tale soluzione, facoltativa a seconda della disponibilità di locali determinata dal direttore del distretto, potrà prevedere anche un utilizzo condiviso ed alternato da parte dei professionisti operanti a rapporto fiduciario.

● La CdC hub

La CdC hub garantisce la presenza dei seguenti professionisti, nell'ambito di quelli disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, anche mediante modalità di telemedicina e tele assistenza e relative competenze professionali:

- équipe multiprofessionali (MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) nelle rispettive AFT e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie e sociosanitarie);
- presenza medica, obbligatoria h24 e 7 giorni su 7, anche attraverso l'integrazione della Continuità Assistenziale, attiva dalle ore 18:00 alle ore 08:00 nei giorni feriali e per 24 ore nei giorni prefestivi e festivi, ed attraverso l'attivazione di un ambulatorio diurno di Medicina Generale attivo dalle ore 08:00 alle ore 18:00 nei giorni feriali, garantendo dunque un servizio completo ed aperto a tutta l'utenza della CdC.
- presenza infermieristica, fortemente raccomandata h24 e 7 giorni su 7 e comunque obbligatoria h12 e 7 giorni su 7.
- Presso le CdC, situata nell'area funzionale di Cure Primarie, anche in condivisione con l'Ambulatorio diurno di MG, sarà predisposta una sede funzionale dell'UCA distrettuale.

Secondo quanto previsto nel DM 77/2022, una Casa della Comunità hub ogni 40.000-50.000 abitanti deve avere i seguenti standard di personale:

- 7 – 11 infermieri di Famiglia o Comunità (1 Infermiere di Famiglia o Comunità ogni 3.000 abitanti) di cui:
 - 1 Coordinatore Infermieristico;
 - 2-3 IfoC per le attività ambulatoriali;
 - 1-2 IfoC per l'attività di triage e di valutazione dei bisogni di salute;
 - 4-6 IfoC per l'assistenza domiciliare.
- 1 assistente sociale;
- 5-8 unità di Personale di Supporto (Sociosanitario, Amministrativo).

● La CdC spoke

La CdC spoke garantisce, nell'ambito delle professionalità disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, l'erogazione dei seguenti servizi, anche mediante modalità di telemedicina:

- Equipe multiprofessionali (MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) nelle rispettive AFT e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie e sociosanitarie);
- presenza medica e infermieristica obbligatoria almeno h14 – 5 giorni su 7 (lunedì-venerdì) ed h24 – 2 giorni su 7 (sabato-domenica), secondo un modello che prevede l'integrazione del servizio di Continuità Assistenziale garantendo dunque un minimale di 14 ore al giorno per tutti i giorni della settimana.

Al fine di garantire la presenza medica e infermieristica prevista per le CdC hub e spoke dal DM 77/2022, la Regione, in sinergia con ASREM, utilizzerà il personale già presente nelle attuali Case della Salute, e, per le sedi hub, sarà assicurata la presenza del medico h24, anche attraverso l'utilizzo di parte del monte ore della continuità assistenziale a seguito di una rivalutazione e riorganizzazione del servizio.

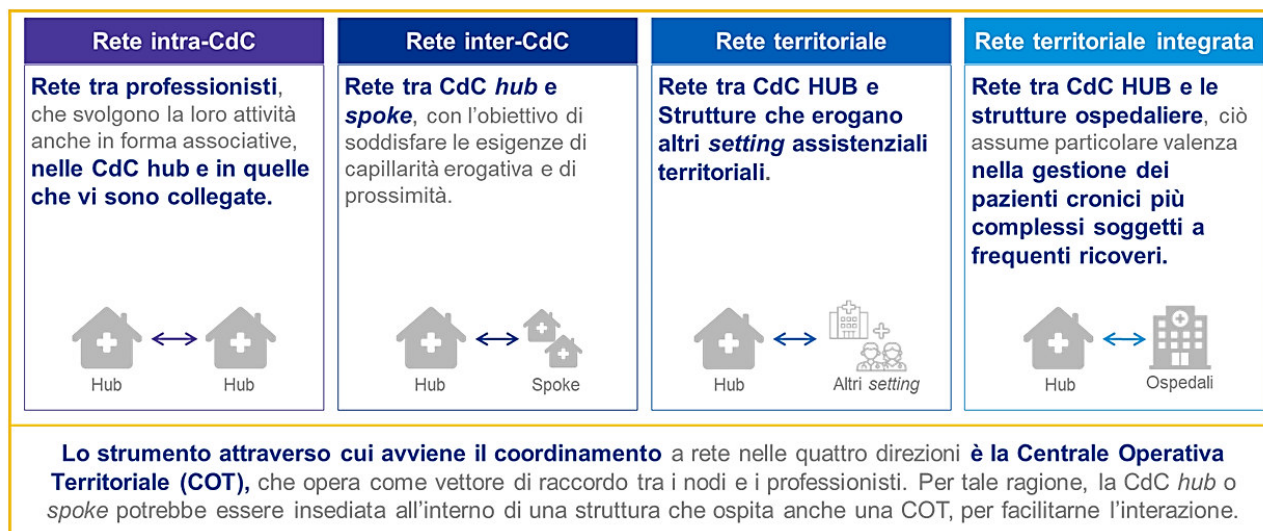
La Regione Molise, infine, intende completare progressivamente la dotazione organica dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC) fino al raggiungimento dello standard di 1 IFoC ogni 3.000 abitanti. Attualmente il numero degli IFoC già presenti è pari a 45 con un bacino di utenza medio di 1 ogni 6.500 abitanti circa. L'ulteriore personale necessario al funzionamento delle CdC sarà reperito, a seguito di specifici approfondimenti che si effettueranno in sinergia con ASREM, tramite un aggiornamento del Piano assunzionale sulla base degli ulteriori fondi previsti dall'art. 1, comma 274 della Legge 234/2021 per la realizzazione degli standard previsti dal DM 77/2022.

Il coordinamento della Casa della Comunità con i servizi territoriali

Le CdC rappresentano un nodo centrale della rete dei servizi territoriali sotto la direzione del Distretto.

La loro centralità è data, sul lato del governo della domanda, dalle funzioni di sanità di iniziativa, di presa in carico, di accesso unitario, di filtro di accesso e indirizzo dei pazienti; sul lato dell'offerta dal lavoro multiprofessionale, dall'integrazione tra unità di offerta afferenti a materie e discipline diverse, dal coordinamento tra sociale e sanitario; sul lato della governance dal coinvolgimento attivo della comunità e dei pazienti.

La CdC Hub, proprio per il suo ruolo centrale nella rete dei servizi, adotta meccanismi di coordinamento strutturali a rete in quattro direzioni:



In sintesi, la CdC, quale luogo di progettualità con e per la comunità di riferimento, svolge quattro funzioni principali:

- è il luogo dove la comunità, in tutte le sue espressioni e con l'ausilio dei professionisti, interpreta il quadro dei bisogni, definendo il proprio progetto di salute, le priorità di azione e i correlati servizi;
- è il luogo dove professioni integrate tra loro dialogano con la comunità e gli utenti per riprogettare i servizi in funzione dei bisogni della comunità, attraverso il lavoro interprofessionale e multidisciplinare;
- è il luogo dove le risorse pubbliche vengono aggregate e ricomposte in funzione dei bisogni della comunità attraverso lo strumento del budget di comunità;
- è il luogo dove la comunità ricomponi il quadro dei bisogni locali sommando le informazioni dei sistemi informativi istituzionali con le informazioni provenienti dalle reti sociali.

Per quanto concerne il coordinamento tra i professionisti nell'erogazione delle prestazioni mediche del personale convenzionato, la programmazione regionale prevede che il bisogno di salute complesso trovi una risposta integrata MMG-SAI-PLS attraverso le attività delle Unità Complesse di Cure Primarie UCCP, che sono previste in numero di 1 per ogni Distretto Sanitario dell'ASReM.

Le UCCP rappresentano un modello organizzativo a rete integrato multilivello con le AFT dei MMG, dei SAI e dei PLS, attivo dunque su tutto l'ambito distrettuale ed in grado di garantire le prestazioni complesse alla popolazione di riferimento sia presso le CdC, che presso gli OdC che a domicilio, anche attraverso le UCA e gli IFeC.

6. Strumentazioni medicali e dispositivi medici

Al fine di realizzare un approccio olistico alla persona, facilitando la gestione di condizioni croniche, monitorando costantemente parametri vitali e fornendo soluzioni immediate in situazioni di prossimità, le CdC sia Hub che Spoke dovranno dotarsi di strumentazioni medicali e dispositivi medici, tenendo conto dell'analisi dei bisogni della popolazione di riferimento.

La personalizzazione delle strumentazioni in base alle esigenze specifiche della Comunità e l'adozione di pratiche guidate da personale sanitario qualificato sono elementi chiave per garantire un ambiente sicuro e curativo all'interno della CdC.

Si indicano di seguito le dotazioni tecnologiche di cui dovranno dotarsi le CdC per erogare i servizi assistenziali di base, fermo restando che le apparecchiature devono essere compatibili e integrarsi con la Piattaforma Nazionale di Telemedicina e con le Infrastrutture Regionali di Telemedicina nonché con il FSE.

L'adozione di tecnologie e dispositivi associata alla telemedicina nelle CdC hub permette, a tutti i professionisti, di beneficiare di importanti vantaggi come:

- monitoraggio del paziente con soluzioni multidisciplinari;
- *follow up* frequente della condizione di cronicità;
- individuazione precoce di eventi avversi;
- diagnostica avanzata anche a domicilio del paziente;
- maggiore capillarità per l'esecuzione di esami diagnostici di primo e secondo livello;
- possibilità di eseguire in sede il completamento dell'iter diagnostico e l'esecuzione dei controlli per *il follow up* con conseguente riduzione dei tempi di attesa.

La dotazione di tali dispositivi dovrà essere adeguata in termini di tipologia e quantità in relazione alla specificità dell'attività svolta.

Dotazione obbligatoria per ogni CdC Hub è il carrello di emergenza.

Nel carrello di emergenza deve essere presente l'attrezzatura essenziale per il pronto soccorso e per la rianimazione cardiopolmonare di base (pallone autoespansibile, corredato di maschere facciali e cannule orofaringee, sfigmomanometro e fonendoscopio, laccio emostatico, siringhe e farmaci di pronto intervento, materiale per medicazione e kit per suture).

Nel caso in cui vengano effettuate ricerche diagnostiche con manovre complesse, oltre alla dotazione di cui sopra, devono essere presenti: sistema di monitoraggio ECG e parametri vitali, defibrillatore semi-automatico e pulsossimetro.

Per quanto concerne i servizi diagnostici, in tutte le Case di Comunità saranno attivati servizi di diagnostica rapida di I livello utilizzabili anche con il supporto di telemedicina.

Tali strumentazioni saranno rese disponibili impiegando le risorse destinate alla regione Molise dal Decreto del Ministero della salute del 29 luglio 2022, in recepimento dell'articolo 1 comma 449 della legge 27 dicembre 2019 n. 160;

Ogni area funzionale di Cure Primarie delle CdC regionali sarà dotato della seguente dotazione standard per gli accessi ambulatoriali e per le visite domiciliari:

- Elettrocardiografo "rapido" ad 1 derivazione o, per le sedi dotate di personale infermieristico, a 12 derivazioni, con obbligo di pronta telerefertazione specialistica;
- Pulsossimetro di livello ospedaliero per adulti e pediatrico;
- Sfigmomanometro per adulti, obesi, pediatrico;

- Termometro;
- Glucometro con relativi consumabili;
- Steto-fonendoscopio;
- Otoscopio;
- Bilancia con altimetro per il calcolo del BMI e dotata di impedenzometria;
- Metro sartoriale per la misurazione della circonferenza addominale e delle anche per la sindrome metabolica;
- Martelletto per riflessi neurologici.
- Piattaforma PoCT con set di test minimo da determinare al livello regionale ed aziendale;

Le attrezzature che compongono il kit di base per ambulatorio elencate possono essere utilizzate da tutti i professionisti sanitari operanti all'interno delle medesime strutture, e costituiscono dotazione standard minima, anche condivisa per ogni punto di Continuità Assistenziale, per gli Ambulatori Diurni di Medicina Generale, oltre per le UCA.

Allo stesso modo, si elencano i dispositivi medici previsti almeno per piano/contiguità nelle CdC Hub che possono essere utilizzati dai professionisti sanitari operanti all'interno delle medesime strutture:

- Elettrocardiografo minimo 12 derivazioni;
- Monitor-defibrillatore.

In ogni CdC Hub deve inoltre essere garantita la presenza della seguente strumentazione diagnostica, anche finalizzata alla gestione e al monitoraggio delle patologie a maggiore prevalenza da parte degli specialisti:

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

Inoltre, nella CdC hub può essere presente ogni altro dispositivo medico, strumentazione diagnostica e per immagini, nonché medica necessaria per soddisfare i bisogni della popolazione di riferimento.

7. Monitoraggio dell'implementazione del modello organizzativo

Il DM 77/2022, riorganizzando la rete territoriale, si pone l'obiettivo di garantire un'assistenza proattiva, personalizzata, multidisciplinare e di prossimità capace anche di gestire le necessarie interazioni con la rete ospedaliera e con le altre reti tempo-dipendenti e di specialità, valorizzando il domicilio quale luogo privilegiato di assistenza, per le persone non autosufficienti e con cronicità complesse quando appropriato, anche utilizzando gli strumenti della sanità digitale (telemedicina, medicina predittiva e strumenti di intelligenza artificiale).

Al fine di raggiungere tale obiettivo, un ruolo fondamentale è svolto dalla realizzazione e implementazione del modello organizzativo delle CdC descritto nel presente documento su tutto il territorio regionale, il quale a sua volta comporta un processo di cambiamento profondo sia a livello culturale che manageriale di tutti i portatori di interessi coinvolti. Risulta evidente che tale processo di cambiamento dell'offerta sanitaria non può non tener conto degli aspetti relativi alla formazione e al monitoraggio.

Relativamente alla formazione, saranno programmati annualmente momenti formativi a 3 livelli:

- 1) Aziendale;
- 2) Distrettuale;
- 3) Di AFT/UCCP/CdC;

Tali eventi rivolti a tutti gli attori coinvolti, anche attraverso l'erogazione di crediti ECM, con lo scopo di rendere il più omogeneo possibile, pur nel rispetto delle diversità geografiche ed organizzative delle varie realtà locali, il modello organizzativo.

La formazione dovrà tener conto anche dell'evoluzione del contesto epidemiologico e normativo di riferimento, anche in termini di innovazione tecnologica.

Per quanto concerne il monitoraggio, è necessario introdurre azioni volte al monitoraggio costante sia dell'implementazione del nuovo modello ma anche dei risultati ottenuti che dovrebbero basarsi su indicatori rivolti a misurare, direttamente o indirettamente, il miglioramento dei servizi sanitari territoriali in termini di qualità, efficacia ed efficienza delle cure, nonché in termini di *outcome* di salute.

Allo stato attuale, il monitoraggio dello stato di implementazione degli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale è assicurato dal Ministero della Salute per il tramite di AGENAS, ai sensi dell'art. 2 del DM 77/2022. Tale attività si inserisce nell'ambito del più ampio sistema di monitoraggio dei servizi a livello nazionale, che comprende, tra gli altri, gli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA e il Piano Nazionale Esiti.

8. La telemedicina

La Telemedicina è definita come l'insieme di tecniche mediche e informatiche che permettono la cura, la visita, il monitoraggio di un paziente a distanza o più in generale di fornire servizi sanitari da remoto. Con il termine telemedicina si indica tutto l'insieme di prestazioni sanitarie in cui, grazie all'utilizzo di tecnologie innovative, il professionista della salute e il paziente non si trovano nello stesso luogo. I servizi offerti, tra cui i principali sono la televisita e il telemonitoraggio, risultano di fondamentale importanza principalmente nella gestione del paziente affetto da patologie croniche afferenti, a titolo non esaustivo, al campo oncologico, cardiologico, diabetologico, pneumologico e neurologico.

Inoltre, l'ASL potrà decidere di integrare e introdurre alcuni dei servizi offerti dalla telemedicina anche a supporto di altri percorsi di salute.

La telemedicina consente di:

- assistere e fare visite di controllo ai pazienti;
- controllare a distanza i parametri vitali di pazienti;
- far dialogare sanitari per consulti su particolari casi clinici;
- inviare e ricevere documenti, diagnosi e referti.

Alle attività sanitarie svolte in telemedicina si applicano tutte le norme legislative e deontologiche proprie delle professioni sanitarie, nonché i documenti d'indirizzo di bioetica. Quindi, ai fini della gestione del rischio clinico e della responsabilità sanitaria, il corretto atteggiamento professionale consiste nello scegliere le soluzioni operative che, dal punto di vista medico-assistenziale offrano le migliori garanzie di proporzionalità, appropriatezza, efficacia e sicurezza e nel rispetto dei diritti della persona.

Agire in telemedicina per i sanitari significa assumersi piena responsabilità professionale, esattamente come per ogni atto sanitario condotto nell'esercizio della propria professione.

Nelle CdC della regione Molise saranno attivate postazioni di telemedicina per l'erogazione di prestazioni in telemedicina. Tali postazioni consentiranno al personale medico specialistico, ai medici di medicina generale a ciclo di scelta o ad attività orarie ed al personale infermieristico di potenziare i servizi di assistenza territoriale

in coordinamento con le Centrali Operative Territoriali, con la Continuità Assistenziale, con gli altri soggetti territoriali integrati nella rete delle Cure Primarie Regionali secondo il modello organizzativo e le sperimentazioni individuate al livello regionale.

Riferimenti normativi e bibliografici

- “Linee di indirizzo per l’attività oraria da rendere da parte dei medici del ruolo unico di assistenza primaria nelle Case della Comunità” approvate dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome in data 9 settembre 2025;
- Accordo Collettivo Nazionale per i Rapporti con i Medici di Medicina Generale 04 aprile 2024;
- Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77. *“Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”*;
- Quaderni Agenas. Documento di indirizzo per il metaprogetto della casa di comunità;
- Linee di indirizzo AGENAS per l’attuazione del modello organizzativo delle Case della Comunità hub;
- Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. *“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e s.m.i.”*
- Decreto-Legge 13 settembre 2012, n. 158. *“Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute”*;
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017. *“Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”*;
- Legge 30 dicembre 2021, n. 234. *“Bilancio di previsione dello Stato per l’anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024”*. (GU Serie Generale n.310 del 31-12-2021 - Suppl. Ordinario n. 49);
- Ministero della Salute. Decreto 29 luglio 2022. *“Riparto delle risorse per il fabbisogno di apparecchiature sanitarie di supporto ai medici di medicina generale e pediatri di libera scelta”*. (GU Serie Generale n.226 del 27-09-2022);
- Legge 30 dicembre 2023, n. 213. *“Bilancio di previsione dello Stato per l’anno finanziario 2024 e bilancio pluriennale per il triennio 2024-2026”*. (GU Serie Generale n.303 del 30-12-2023 - Suppl. Ordinario n. 40)
- Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il documento recante *“Sistema CUP – Linee guida nazionali rep. Atti n. 52/CSR del 29 aprile 2010 • Accordo sancito in sede di Conferenza Stato-Regioni il 17 dicembre 2020 (Rep. Atti n. 215/CSR). Indicazioni nazionali per l’erogazione di prestazioni in telemedicina”*.