

DM 77/2022: la riorganizzazione dei servizi per rispondere ai fabbisogni dei pazienti fragili e cronici. L'esperienza dell'Azienda USL Toscana Sud Est

Federico Taddeini, Maria Grazia D'Amato, Valeria Tozzi, Sandro Limaj, Elena Capitani, Guido Pagliantini, Roberto Turillazzi, Assunta De Luca, Antonio D'Urso*

Il PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza) e il DM 77/2022 stanno offrendo una serie di indicazioni per la riorganizzazione della rete dei servizi territoriali. Tale processo di trasformazione induce una rivisitazione del ruolo dei servizi ospedalieri sia per via dell'offerta specialistica nelle sedi di prossimità sia per i nuovi modelli di integrazione con i servizi che caratterizzano le cure primarie e intermedie. Il caso dell'Azienda USL Toscana Sud Est testimonia

il protagonismo delle aziende sanitarie nelle fasi terminali del PNRR e nell'implementazione del DM 77/2022 che si trovano a conciliare le forme di innovazione dei servizi che fisiologicamente caratterizzano il loro operato, in alcuni casi promosse anche dalle Regioni, con gli indirizzi proposti a livello nazionale. Tale protagonismo si esprime con un riposizionamento strategico dell'offerta aziendale che punta a intercettare le popolazioni più fragili e meno aderenti ai percorsi di cura.

* Federico Taddeini, Scuola Post Laurea di Sanità Pubblica, Università di Siena, Siena.

Maria Giovanna D'Amato, Staff Direzione Sanitaria, ASL Toscana Sud Est, Siena.

Valeria Tozzi, Associate Professor of Practice in Healthcare Management. Direttrice Emmas SDA Bocconi.

Sandro Limaj, Scuola Post Laurea di Sanità Pubblica, Università di Siena, Siena.

Elena Capitani, Scuola Post Laurea di Sanità Pubblica, Università di Siena, Siena.

Guido Pagliantini, specializzando in Igiene e medicina preventiva, Università di Siena, Siena.

Roberto Turillazzi, Direttore Staff Direzione Sanitaria, ASL Toscana Sud Est, Siena.

Assunta De Luca, Direttrice Sanitaria, ASL Toscana Sud Est, Siena.

Antonio D'Urso, Direttore Generale, ASL Toscana Sud Est, Siena.

Parole chiave: DM 77/2022, integrazione ospedale-territorio, pazienti fragili.

DM 77/2022: The reorganization of services to address the needs of frail and chronic patients. The experience of the Tuscany South-East Local Health Authority (Azienda USL Toscana Sud Est)

The PNRR (National Recovery and Resilience Plan) and DM 77/2022 are providing guidelines for reorganizing the network of community-based services.

S O M M A R I O

1. Introduzione
2. L'Azienda USL Toscana Sud Est
3. Passaggio da CdS a CdC in ASL TSE
4. Il Punto Unico di Accesso (PUA)
5. Passaggio da Centrale della Cronicità ad ACOT a COT in ASL TSE
6. Conclusioni e prospettive future

This process requires a reevaluation of hospital services, both in terms of specialized care and in terms of new models for integrating primary and intermediate care. The case of the Azienda USL Toscana Sud Est highlights the active role of healthcare organizations in the final stages of the PNRR and in implementing DM 77/2022. These organizations work to balance service innovations—some of which are also promoted by regional initiatives—with the national guidelines. This proactive role is expressed through a strategic repositioning of many services aims to reach and care for the most vulnerable populations.

Keywords: DM 77/2022, Integration of hospital and primary care services, vulnerable patients.

Articolo sottomesso: 24/09/2024,
accettato: 04/10/2024

1. Introduzione

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è stato istituito con la legge n. 833 del 1978 su tre principi fondamentali: universalità, uguaglianza ed equità. Le modalità per il perseguimento di questi fini si sono modificati nel tempo in ragione sia del quadro epidemiologico e del sistema di attese del malato e della sua famiglia sia per interventi istituzionali che vanno dalla riforma del Titolo V della Costituzione fino alle scelte sulle risorse economiche da destinare alla sanità pubblica.

La pandemia da SARS-CoV-2 ha rimesso al centro del dibattito il tema dell'organizzazione dei servizi sanitari evidenziando l'importanza di quelli erogati fuori dal setting ospedaliero e in prossimità dei luoghi di vita delle persone [1]. L'esperienza pandemica ha costretto a

rivedere il modello di offerta di cure al di fuori dell'ospedale partendo dalle criticità affrontate nel dare risposta ai bisogni dei pazienti fragili e cronici. Il PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza)¹ prima e il DM 77/2022, poi, hanno tradotto questa rinnovata attenzione in una serie di indicazioni che stanno spingendo tutte le Regioni e le loro aziende sanitarie a rivedere la propria organizzazione dei servizi territoriali introducendo alcuni "dispositivi" organizzativi specifici: dalle Centrali Operative Territoriali (COT) fino agli Ospedali di Comunità (OSCO) passando per gli Infermieri di Famiglia o di Comunità (IFoC) o le Case della Comunità (CdC) [2]. Tali interventi possono essere inquadrati come strumenti che supportano tutti i Servizi Sanitari Regionali (SSR) a perseguire quei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) che proprio sull'offerta territoriale sono nati a tutela delle disuguaglianze nell'accesso e nell'erogazione di servizi. Infatti le indicazioni del PNRR e del DM 77/2022 orientano tutti i modelli di offerta di servizi territoriali intorno

¹ La pandemia di Covid-19 ha colpito l'economia italiana più di altri Paesi europei infatti, l'Italia è stata colpita prima e più duramente dalla crisi sanitaria. L'Unione Europea ha dato una risposta alla crisi pandemica con il Next Generation EU (NGEU) e per l'Italia questo rappresenta un'opportunità imperdibile di sviluppo, investimenti e riforme. L'Italia è la prima beneficiaria, in valore assoluto, dei due principali strumenti del NGEU: il Dispositivo per la Ripresa e Resilienza (RRF) e il Pacchetto di Assistenza alla Ripresa per la Coesione e i Territori d'Europa (REACT-EU). Il solo RRF garantisce risorse per 191,5 miliardi di euro, da impiegare nel periodo 2021-2026, delle quali 68,9 miliardi sono sovvenzioni a fondo perduto. Il dispositivo RRF richiede agli Stati membri di presentare un pacchetto di investimenti e riforme: il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Questo Piano si articola in sei Missioni e 16 Componenti [4]. In particolare la Componente 1 della Missione 6 si focalizza sulle "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria comunitaria", sono stati investiti 7 miliardi di euro per la realizzazione di una rete di strutture assistenziali comunitarie e il potenziamento dell'assistenza domiciliare e della telemedicina. Nel maggio 2022 il Governo Italiano ha emanato il Decreto Ministeriale n. 77/2022 "Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale". L'obiettivo generale della strategia è creare in modo uniforme una rete di strutture e servizi sul territorio italiano vicino a dove vivono i pazienti, in modo da integrarsi con l'assistenza ospedaliera [5].

ad alcuni modelli di organizzazione condivisi a livello nazionale.

Quella che è in corso è una trasformazione dell'intera Assistenza Primaria che assolve agli obblighi indicati dalla Direzione Generale della Commissione Salute Europea come: "l'erogazione di servizi universalmente accessibili, integrati, centrati sulla persona in risposta alla maggioranza dei problemi di salute del singolo e della comunità nel contesto di vita. I servizi sono erogati da équipes multiprofessionali, in collaborazione con i pazienti e i loro caregiver, nei contesti più prossimi alla comunità e alle singole famiglie, e rivestono un ruolo centrale nel garantire il coordinamento e la continuità dell'assistenza alle persone" [3]. L'Assistenza Primaria, quindi², rappresenta la prima porta d'accesso al sistema delle cure e la sua organizzazione capillare risponde alla necessità del sistema universalistico di essere inclusivo, intercettando tutti i cittadini bisognosi di cure, ed equo nelle opportunità di accesso per migliorare la salute fisica e mentale degli individui, e promuovere così il benessere della società.

Giunti al 2024, sia il PNR che il DM 77/2022 hanno percorso una buona parte del loro "percorso" avendo superato la fase del recepimento da parte di ciascuna Regione e sono nel pieno del processo di implementazione che deve conciliare le innovazioni proposte da tale indicazione con la cultura dell'assistenza, gli approcci manageriali e i modelli di organizzazione dei servizi territoriali già presenti in ciascun contesto regionale e aziendale [6].

In questa sede si illustra quanto è in corso all'interno dell'Azienda USL

Toscana Sud Est (TSE) che rappresenta un contesto in cui l'epidemiologia sulla cronicità e quindi anche sulla fragilità almeno sanitaria si scontra con una estensione territoriale molto ampia e una popolazione dispersa in zone di difficile collegamento logistico.

2. L'Azienda USL Toscana Sud Est

L'Azienda USL TSE è nata il 1° gennaio del 2016 dalla fusione di 3 ASL della Toscana, ovvero quelle di Arezzo, Siena e Grosseto, come previsto dalla Legge Regionale n 84 del 28 dicembre 2015 "Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del sistema sanitario regionale. Modifiche alla L.R. n. 40/2005".

L'ASL TSE si estende su un territorio di circa 11.557 km² (più del 50% della superficie della Regione Toscana).

La popolazione residente nel territorio dell'AUSL TSE al 01/01/2022 è pari a 813.669 abitanti (di cui il 51,4% femmine) con una densità abitativa decisamente inferiore alla media toscana: 70 ab/km² rispetto a 160 ab/km² che si osservano a livello regionale. Si tratta quindi, di una popolazione distribuita a bassissima densità abitativa, in un contesto rurale che va dalla montagna al mare, con difficoltà di comunicazione viaria e diverse situazioni di criticità tra cui la distanza dai presidi ospedalieri. La popolazione della AUSL TSE sta progressivamente diminuendo nell'ultimo decennio e le stime ISTAT mostrano che tale andamento sarà confermato anche nei prossimi anni. Oltre che in contrazione, la popolazione è sempre più sbilanciata sulle età anziane: gli ultra 65enni sono ormai il 27% del totale dei residenti mentre ammontano al 5% i così detti grandi vecchi (coloro che hanno superato gli 85 anni); per contro i giovani tra 0 e 14 anni scendo-

² In questa sede interpretata come sinonimo dell'offerta di servizi territoriali poiché il focus della riflessione è sul SSR Toscano che colloca tutti gli interventi di assistenza primaria nei distretti socio-sanitari (denominate Zone Distretto).

no all'11%. L'indice di vecchiaia è un indicatore molto importante in grado di sintetizzare due tendenze: l'aumento della popolazione anziana e la riduzione di quella molto giovane. La presenza di anziani nel nostro territorio è oltre che doppia rispetto a quella dei giovani (si contano 237,7 anziani ogni 100 giovani) e superiore ai valori medi regionali. A ciò si aggiunge un indice di vulnerabilità socio-economica elevato per alcune aree, tra cui l'Amiata senese e grossetana, l'alto Casentino e la Valtiberina. Si comprende quindi come la comorbidità sia superiore alla media e la gestione della cronicità più complessa del resto della Regione.

Nelle tre province dell'AUSL TSE negli ultimi anni il tasso di mortalità generale è in diminuzione come a livello della Toscana. La provincia di Grosseto pur mentendo dei tassi standardizzati superiori alle altre è quella con la diminuzione massima. Nell'analisi per zone, è nella provincia di Siena che si evidenzia la Zona con il tasso più basso (Alta val d'Elsa) e quella con il tasso più alto (Amiata senese e val d'Orcia). Solo il Valdarno e il Casentino mostrano un lieve aumento rispetto al triennio precedente.

La mortalità prematura (fino a 65 anni) nell'AUSL TSE registra nel triennio 2018-2020 un tasso più basso rispetto alla media toscana e, rispetto al triennio precedente, ha subito un calo maggiore; nella maggior parte delle zone risulta in diminuzione. Il tasso di mortalità per tumori nell'Azienda è in calo nell'ultimo triennio considerato, così come in Toscana. A livello di province, la riduzione più marcata è nella provincia Grosseto. Il tasso di mortalità per malattie del sistema circolatorio è più elevato nell'AUSL TSE rispetto alla Toscana, anche se per entrambi c'è stata una riduzione nell'ultimo triennio. A livello di

province, il tasso più basso è in quella di Grosseto, il più alto ad Arezzo.

L'andamento della speranza di vita alla nascita dal 1992 al 2023 nelle tre province dell'AUSL TSE mostra un incremento. Negli anni si sono dunque ridotte le differenze tra le tre province della AUSL TSE. Stante il trend di lungo termine in tendenziale crescita, negli anni pandemici 2020 e 2021 si è assistito a una flessione della speranza di vita alla nascita che nel 2023 si riallinea all'anno 2019 (pre-pandemico). L'ambito territoriale dell'Azienda comprende i territori di 99 comuni delle 3 province ed è articolato in 10 Zone Distretto di cui 4 Società della Salute (SdS) che in base alla L.R. n. 40/2005 sono soggetti pubblici senza scopo di lucro, costituiti per adesione volontaria dei Comuni e dell'Azienda USL, per l'esercizio associato delle attività sanitarie territoriali, socio-sanitarie e sociali integrate. Le Zone Distretto sono:

- Zona Distretto (ZD) Aretina;
- ZD Casentino;
- ZD Valtiberina;
- ZD Colline dell'Albegna;
- ZD Valdarno;
- ZD Valdichiana Aretina;
- SdS Alta Valdelsa;
- SdS Amiata Grossetana – Colline Metallifere – Grossetana;
- SdS Amiata Senese e Val d'Orcia – Valdichiana Senese;
- SdS Senese.

La rete ospedaliera dell'Area Vasta Sud Est (AVSE) prevede 13 Stabilimenti Ospedalieri dell'ASL TSE di cui 2 Presidi Ospedalieri (PO) a livello Provinciale (Arezzo e Grosseto), due PO di secondo livello (Valdarno e Valdichiana Senese) e 9 Stabilimenti Ospedalieri minori o di prossimità. A questi si aggiunge l'AOUS che funge

da hub per tutte le patologie tempo dipendenti e per l'altissima specialità.

In merito alla Medicina Territoriale e La Rete Dei Presidi Territoriali l'assistenza di base è suddivisa in 31 Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT). Le AFT comprendono 512 Medici di Medicina Generale e circa 121 Medici della Continuità Assistenziale. I Medici di Medicina Generale oltre che negli ambulatori personali, operano in 23 Case della Salute, 4 medicine in associazione semplice, 2 medicine in associazione complessa, 9 medicine in rete, 64 medicine di gruppo. Sono inoltre presenti in azienda 4 cooperative mediche. Durante la fase pandemica si sono modificati molto gli assetti territoriali con una progressiva perdita di professionisti e consistenti difficoltà a garantire il turnover, soprattutto nelle aree territoriali più periferiche/interne. Di 86 zone carenti bandite per AP, sono risultate deserte 35.

Nella Azienda USL Toscana Sud Est i pediatri sono 87, con 5 associazioni di primo livello che raggruppano 21 pediatri, 3 gruppi di primo livello con 8 pediatri e 7 gruppi di secondo livello con 19 pediatri. La pubblicazione di n. 11 zone carenti 2022 per la Pediatria di libera Scelta, ha portato alla copertura di 10 posti. Ulteriori 4 zone carenti sono state oggetto di pubblicazione straordinaria nell'ultima parte dell'anno 2022, con copertura finale di 2 posti. Come per la medicina generale anche per il Servizio di Continuità Assistenziale si è assistito a una progressiva riduzione dei medici incaricati che ha spesso condizionato la necessità di attivazione di sedi limitrofe per garantire la piena copertura del territorio. Di 67 zone carenti bandite nell'anno 2022, sono andate deserte 57 (il maggior numero in area grossetana).

A partire dal 2008 in Regione Toscana sono nate le Case della Salute, che nel tempo si sono sviluppate sul territorio in dipendenza degli obiettivi delle Aziende e in base alla vocazione delle realtà locali. Nel 2015 e poi nel 2020 la Regione Toscana ha, con propri atti, dato indicazioni che hanno mirato a rendere il sistema delle Case della Salute più omogeneo in termini di organizzazione e di obiettivi, inserendole nella programmazione delle Zone Distretto. Nel 2019 la Casa della Salute, ormai riconosciuta come presidio di importanza centrale del SSR, è stata oggetto di una integrazione alla legge regionale di organizzazione del servizio sanitario (L.R. n. 40/2005).

Nella visione toscana, le Case della Salute (CdS) erano un punto di riferimento rivolto ai cittadini per l'accesso alle cure primarie, un luogo in cui si concretizzavano l'accoglienza e l'orientamento ai servizi, la continuità dell'assistenza, l'integrazione con i servizi sociali per il completamento dei principali percorsi diagnostico terapeutici-assistenziali.

Nella Casa della Salute erano presenti i professionisti del team integrato multidisciplinare:

- medici di Medicina Generale, singoli o in associazionismo, con il personale di supporto;
- pediatri di famiglia;
- specialisti del SSR;
- infermieri delle cure territoriali;
- assistenti sociali, laddove possibile con presenza fisica, altrimenti con raccordo funzionale;
- personale amministrativo.

Le CdS attive in Toscana erano 75, distribuite su quasi tutte le Zone Distretto della Toscana. In ciascuna di esse erano presenti ambulatori dei MMG, in continuità con questi erano

attivi il servizio di Salute Mentale Adulti, e la Salute Mentale Infanzia-Adolescenza e il Consultorio. Ambulatori dei Pediatri di famiglia, diversi servizi socio-sanitari e amministrativi: servizi infermieristici (domiciliari e ambulatoriali), servizio sociale (segretariato, punto insieme, PUA), attività specialistica ambulatoriale (geriatria, neurologia, dermatologia), Cure Primarie, segreteria SdS, attività amministrative di Zona Distretto, Assistenza Integrativa e distribuzione farmaci.

Il passaggio a Case di Comunità, previsto dal PNRR, è una occasione per implementare questa rete, rendendola più capillare sul territorio e più omogenea in termini di servizi offerti. Infatti le Case della Salute toscane, come già premesso, comprendono strutture poste in realtà urbane, di grandi dimensioni e con molti servizi, ma anche strutture piccole, in realtà periferiche, talvolta con vocazioni specifiche (per esempio sui servizi di salute mentale o con servizi tipo primo soccorso).

Con la Delibera Regionale n. 1125 del 28/10/2021 è stato approvato un Progetto Sperimentale “Da Casa della Salute a Casa della Comunità (CdC)” ai sensi delle “Linee di indirizzo per la realizzazione dei progetti regionali sulla sperimentazione di strutture di prossimità”. Con tale progettualità si è dato il mandato di sviluppare un modello di CdC nell’ottica dell’integrazione socio-sanitaria per poter definire linee di indirizzo/standard di attività quali indicazioni per estendere il modello alle future CdC.

Per la Regione Toscana la sperimentazione ha coinvolto un ambito territoriale in ognuna delle 3 Aziende USL della Toscana e nello specifico la Società della Salute di Firenze (CdS Le Piagge), la Zona distretto Versilia (CdS Querceta), e per l’ASL TSE la Società

della Salute Amiata Senese Valdorcina e Valdichiana Senese (CdS Abbadia SS). La progettualità ha avuto 5 linee operative:

- 1) implementare strumenti di telemedicina e promuoverne l’utilizzo al fine di migliorare la presa in carico di bisogni di salute della persona a supporto della domiciliarità e relativamente alla specialistica;
- 2) sviluppare la funzione di COT all’interno dell’organizzazione di lavoro della CdS allo scopo di prendere in carico tempestivamente e in modo appropriato/congruo i bisogni socio-sanitari della persona;
- 3) favorire la partecipazione della comunità al fine di sviluppare attività di promozione della salute in co-progettazione con realtà istituzionali (es. scuole, biblioteche ecc.), associative e del terzo settore (es. associazioni di volontariato, associazioni di malati, associazioni sportive ecc.) per la valorizzazione delle risorse della comunità e la costruzione della rete di comunità e di salute di prossimità nella presa in carico di situazioni di marginalità per migliorare lo stato di salute e l’accesso ai servizi della CdC;
- 4) sviluppare un modello di lavoro/presa in carico in equipe multiprofessionale presso la CdC e di rete integrata con i servizi altri del territorio di afferenza alla CdC e della Zona Distretto;
- 5) ricomporre i punti di accesso ai servizi della CdC per accoglienza, decodifica, orientamento e presa in carico del bisogno sanitario/socio-sanitario/sociale per una risposta omogenea. Nel caso di bisogno complesso, raccordo con altri livelli della rete dei servizi (es. PUA, UVM, ACOT ecc.).

Questi punti sono equiparabili a quelli della Missione 6 Componente 1 del PNRR: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale che ha come punti cardine:

- 1) Case della Comunità e presa in carico della persona;
- 2) Casa come primo luogo di cura e telemedicina:
 - Casa come primo luogo di cura (ADI);
 - Implementazione delle Centrali operative territoriali (COT);
 - Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici;
- 3) Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità).

Il 22 giugno del 2022 è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale il Decreto Ministeriale 77. Esso rappresenta il regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale. Tale riforma include l'istituzione di nuove strutture come la Casa della Comunità (CdC), la Centrale Operativa Territoriale (COT), l'Ospedale di Comunità (OdC) e l'introduzione dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC) e della Telemedicina. Vengono dunque definiti per la prima volta degli standard per l'assistenza territoriale. Il principale scopo del decreto è quello di potenziare i servizi assistenziali territoriali per perseguire la garanzia dei LEA, ridurre le disuguaglianze e garantire equità di accesso alle cure creando un modello organizzativo omogeneo a livello del territorio nazionale.

A seguito del DM 77/2022 la Regione Toscana ha pubblicato la Delibera di Giunta n. 1508 del 19/12/2022 che ha come mission la presa in carico globale

dei bisogni del cittadino, la casa come primo luogo di cura, l'integrazione sanitaria, socio-sanitaria e sociale, perseguendo i seguenti obiettivi:

- garantire una presenza capillare di servizi territoriali attraverso la rete delle Case di Comunità: a regime 115 in Toscana, alcune a disposizione dei cittadini H24 e 7/7;
- creare equipe multiprofessionali per cronici e fragili e potenziare la rete dei professionisti territoriali;
- potenziare i livelli di interazione del sistema e seguire i percorsi dei cittadini attraverso le COT;
- aumentare il numero di posti letto di cure intermedie; aumentare i cittadini a cui fornire servizi di ADI di livello avanzato, anche attraverso la telemedicina;
- potenziare la rete delle cure palliative e rendere semplici i percorsi di accesso e cura.

3. Passaggio da CdS a CdC in ASL TSE

A fronte di ciò in ASL TSE è stata istituita una reingegnerizzazione del Sistema di Assistenza Territoriale che ha previsto il passaggio da CdS a CdC come si evince dalla Tab. 1, al momento nella ASL è stata inaugurata la CdC di Sinalunga ed entro il 2026 è prevista l'istituzione delle restanti CdC.

In TSE è stato pubblicato il Regolamento delle Case della Comunità ad agosto 2023: per quanto riguarda le CdC si è mantenuto lo standard previsto dal DM 77/2022 di 1 CdC Hub ogni 40.000-50.000 abitanti, mentre per le CdC Spoke, non essendo presente uno standard di riferimento, si è tenuto conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree inter-

Tab. 1 – Nella ASL Toscana Sud Est sono previsti investimenti per le CASE DELLA COMUNITÀ pari a 28.286.780 € (con Fondi PNRR) + 2 Case della Comunità che saranno finanziate con risorse art. 20 L. n. 67/88

Provincia	Zona	Attuali		PNRR
		Case della Salute	Case della Salute secondarie	Case della comunità Hub
Arezzo	Aretina	3	1	2
	Casentino	3	1	1
	Val Di Chiana Aretina	3		1
	Val Tiberina	3	1	1
	Valdarno	4		2
Grosseto	Grossetana, Amiata Grossetana, Colline Metallifere	2		4
	Colline Dell'Albegna	1	1	1
Siena	Alta Val d'Elsa	1		2
	Val di Chiana Senese, Amiata Senese E Valdorcia	4		2
	Senese	2		2
Totale		26	4	19

ne e rurali, nel pieno rispetto del principio di prossimità. Nel modello proposto per la USL Toscana Sud Est per le CdC HUB, i servizi previsti sono:

- C.U.P. in integrazione al sistema di prescrizione e prenotazione previsto nella struttura;
- Punto Unico di Accesso (PUA) apertura 6-7 gg a orario lungo con personale amministrativo, infermieristico e di assistenza sociale;
- Unità di Valutazione Multidisciplinare da un minimo di 1 g/sett a un massimo di 6-7gg con medico, infermiere, assistenti sociali, amministrativi + specialisti e professionisti sanitari della riabilitazione secondo i bisogni espressi;
- MMG, CA, PLS, UCA (1 team per 50000 ab, 7/7 h 12) (presenza medica h24, 7 gg su 7);
- IfeC per valutazione dei bisogni assistenziali, assistenza domiciliare e ambulatoriale, attività di educazione all'autogestione delle malattie croniche ed educazione e addestramento dei caregiver, partecipazione a momenti di promozione della salute nella comunità;
- telemedicina (televisita, telemonitoraggio e teleconsulto);
- specialisti per patologie ad alta prevalenza in base al carico di patologia, anche in modalità televisita, con particolare riferimento a cardiologo, pneumologo, diabetologo, geriatra, neurologo, oculista;
- Professionisti Sanitari a integrazione delle attività cliniche e diagnostiche:
 - dietista: partecipazione alle equipe multidisciplinari e attività di consulenza per la specialistica ambulatoriale;

- podologo: gestione attività di screening educazione/valutazione per piede diabetico in ambito diabetologico;
 - audiometrista: gestione attività, fornendo informazioni diagnostiche di base anche attraverso l'implementazione di soluzioni di teleaudiologia;
 - tecnico di Neurofisiopatologia: gestione delle attività di diagnostica neurologica;
 - fisioterapista: gestione gli interventi e delle attività fisioterapiche di comunità all'interno delle Case Della Comunità;
 - logopedista: gestione gli interventi e delle attività logopediche di comunità all'interno delle Case Della Comunità;
 - Educatore Professionale: gestione gli interventi e delle attività educative all'interno delle Case Della Comunità;
 - Ortottista Assistente Oftalmologia: gestire gli interventi e le attività di ortottica all'interno delle Case Della Comunità;
 - assistenti sociali 6-7 h12 (anche in reperibilità);
 - punto prelievi con la presenza, ad accessi concordati, di un TSLBM per:
 - gestire la qualità preanalitica e la logistica dei trasporti dei punti prelievi Casa di Comunità;
 - gestire servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicità;
 - gestire le attività di controllo delle piattaforme analitiche decentrate Case di Comunità e dei dispositivi portatili domiciliari o ambulatoriali (POCT);
 - esecuzione determinazioni analitiche decentrate attraverso l'utilizzo di dispositivi POCT;
 - SMA con proiezione dei Professionisti Sanitari della Riabilitazione in funzione dei bisogni espressi;
 - consultorio (familiare e spazio giovani), con accessi Ginecologa e presenza continuativa di Assistenti Sanitari, Educatori Professionali, Ostetriche, psicologo;
 - dietista: gestione attività di prevenzione, promozione della salute, consulenza e cura rivolte alle donne, alle gestanti, ai minori e alle famiglie;
 - screening (cervice e colon);
 - Ambulatorio Vaccinazioni (adulti, pediatriche, viaggiatori) con ausilio di un Assistente Sanitario per gestione vaccinazione e counseling e collaborazione con i MMG della CdC;
 - Proiezione della Unità Cure palliative provinciale, per le funzioni previste dalla Rete Aziendale presso le CdC.
- Secondo le attività previste, si ipotizzano i seguenti standard di personale per una CdC Hub:
- 5-15 MMG;
 - 7-11 infermieri, con l'obiettivo aziendale di 1 IFeC ogni 2.000-3.000 abitanti, adattandosi alle caratteristiche oro geografiche e densità abitativa;
 - 5-8 unità di Personale di Supporto (Amministrativo e altri profili), di cui almeno 5 dovrebbero essere amministrativi;
 - 1 fisioterapista ogni 30.000 abitanti e comunque previsto ad accessi concordati nei gruppi multidisciplinari nella CdC Hub, anche in modalità teleconsulto;
 - 1 logopedista ogni 80.000 abitanti e comunque previsto ad accessi concordati nei gruppi multidisciplinari nella CdC Hub, anche in modalità teleconsulto;
 - 1 dietista ogni 80.000 abitanti e comunque previsto ad accessi concordati nei gruppi multidisciplinari nella CdC Hub, anche in modalità teleconsulto;

- 1 Assistente Sanitario ogni 80.000 abitanti e comunque previsto ad accessi concordati nella gestione degli ambulatori vaccinazioni delle CdC Hub;
- 1 TSLBM ogni 100.000 abitanti e comunque previsto ad accessi concordati nei punti prelievo delle CdC Hub;
- almeno 1 assistente sociale;
- almeno 1 medico a rapporto orario CA/UCA;
- almeno 1 psicologo per attività SMA, SMIA;
- almeno 1 ostetrica;
- almeno 1 psichiatra per SMA;
- almeno 1 medico specialista per le patologie a elevata prevalenza (cardiologo, diabetologo, neurologo, pneumologo, geriatra, oculista) con accessi almeno settimanali.

Tab. 2 – Numero dei MMG e dei PdF che operano all'interno delle CdS, con il relativo n. di assistiti. I dati fanno riferimento alle CdS delle Province di Siena e di Arezzo, per quanto riguarda Grosseto il dato non è disponibile in quanto non sono presenti convenzioni

	CdS	n. MMG	PdF	Assistiti al momento della sottoscrizione
Aretina	Civitella	5	1	7933
	Subbiano	6	0	6900
	Guadagnoli	8	0	10700
Casentino	Poppi	5	0	7659
	Stia	4	0	5275
	Castel Focognano	5	0	4636
Valdarno	Castelfranco Piandiscò	5	0	7780
	Terranuova	8	0	9740
	San Giovanni V.no	6	0	7758
	Bucine	6	0	8120
Valdichiana Aretina	Camucia	18	0	19658
	Castiglionfiorentino	9	0	12014
	Foiano	10	0	13250
Valtiberina	Anghiari/Monterchi	4	0	5221
	Borgo	8	0	11971
	Pieve -Caprese	3	0	3825
Siena	Montalcino	6	10	7800
	Fontebecci	10	2	15376
Alta Val d'Elsa	Poggibonsi	6	0	7350
Valdichiana Amiata	Montepulciano	9	0	12826
	Chiusi-Cetona	10	0	12692
	Abbadia SS	9	0	7086

I dati relativi allo stato di attività attuali dei MMG e dei PLS o PdF nelle CdS sono riportati nella Tab. 2.

Il processo di consolidamento del modello della Casa della Comunità, rende necessario realizzare un'azione di accompagnamento e sostegno di tipo informativo e di comunicazione, volta a far emergere il valore aggiunto che tale presidio può rappresentare per i cittadini in termini di salute, assistenza, accesso ai servizi e partecipazione.

È necessario che si creino collegamenti e forme di coordinamento tra i punti informativi delle Aziende USL, dei comuni e delle Società della Salute, per facilitare un uso appropriato dei servizi e favorire una rete di informazione operativa sul territorio toscano. Al fine di pianificare un'attività di comunicazione coordinata fra livello locale e regionale, la rete della comunicazione deve essere ancorata alla concretezza dei programmi e alla valorizzazione delle Case della Comunità quale punto di riferimento reale per i cittadini sul territorio. A livello di coinvolgimento della popolazione e del terzo settore nella programmazione dei servizi, il sistema regionale ha sviluppato diverse forme di partecipazione, a partire dal sistema Carta dei servizi del SSR, passando dai comitati di partecipazione aziendali che riuniscono rappresentanti dei cittadini e categorie di malati.

A livello locale è essenziale coordinare i vari organismi di partecipazione che operano sul territorio, in modo da rendere sinergici i loro interventi nell'ottica di una vera co-progettazione e co-programmazione. La CdC deve essere anche il luogo fisico per accogliere in spazi dedicati o condivisi gli attori del terzo settore, così da favorire momenti formativi e informativi.

La CdC deve favorire la partecipazione della comunità al fine di sviluppare attività di promozione della salute in co-progettazione con realtà istituzionali (es. scuole, biblioteche), associative e del terzo settore (es. associazioni di volontariato, associazioni di malati, associazioni sportive), per la valorizzazione delle risorse della comunità e la costruzione della rete di comunità e di salute di prossimità nella presa in carico di situazioni di estrema marginalità per migliorare lo stato di salute e l'accesso ai servizi.

La CdC agisce un ruolo di governo nella definizione dei progetti e di riferimento nella realizzazione e nel monitoraggio periodico delle attività. È auspicabile anche prevedere percorsi formativi/informativi rivolti sia agli operatori della Casa di Comunità da coinvolgere nel cambiamento dei servizi, sia alla cittadinanza in forma di incontri pubblici.

4. Il Punto Unico di Accesso (PUA)

All'interno di ogni CdC Aziendale è previsto un punto di Informazione/accolgenza/presa in carico, che si integra con il PUA già attivo in ogni CdS, implementandone e potenziandone le funzioni, configurandosi così quale snodo principale per l'orientamento del cittadino, non solo per i servizi previsti all'interno della CdC, ma per ogni altro tipo di bisogno sanitario, assistenziale o sociale del cittadino. Un unico punto interconnesso con le strutture e le attività ASL e comunali del territorio di riferimento, gestito da personale adeguatamente formato, dal quale prendano il via i percorsi individuali di presa in carico delle problematiche, ai fini della loro risoluzione.

Tale "sportello" dovrebbe funzionare come antenna in grado di captare pro-attivamente i segnali di bisogno, anche quelli inespressi, attivando così con tempestività i percorsi socio-sani-

tari adeguati. Un avamposto di accesso alla rete dei servizi, dotato di un front-office in grado di mappare e indirizzare il cittadino nell'offerta Zonale/Aziendale.

La sede del punto informativo dovrà essere in prossimità della porta di accesso alla CdC, visibile dall'entrata e dalla sala di attesa, facilmente identificabile e raggiungibile, nelle immediate vicinanze dall'area di accoglienza, ma comunque fuori dal passaggio normale dell'utenza per evitare di svolgere una mera funzione di check-point.

Collegato a questo front-office, aperto al pubblico (almeno dalle 8.00 alle 18.00, 6 giorni su 7), raggiungibile anche telefonicamente o via mail per garantire equità di informazioni anche ai cittadini dei territori limitrofi alla CdC, dovrà essere organizzata una rete di back-office strutturata, che prenda in carico tutte quelle richieste non esauribili nell'immediato al primo contatto con il cittadino e che si faccia carico di fornire una risposta esaustiva e tempestiva al bisogno manifestato, cercando di ricomporre la miriade di punti di accesso ai servizi socio-sanitari presenti a livello Zonale.

A integrazione delle funzioni di accoglienza e orientamento previste per tale sportello, dovrà essere predisposta l'attività propria del PUA, i cui destinatari non sono più le sole persone in condizioni di non autosufficienza, come previsto nel D.Lgs. n. 234/2021 ma, tutti i pazienti che si rivolgono per necessità socio-sanitarie alla Casa della Comunità, indipendentemente dalla eventuale presenza di non autosufficienza.

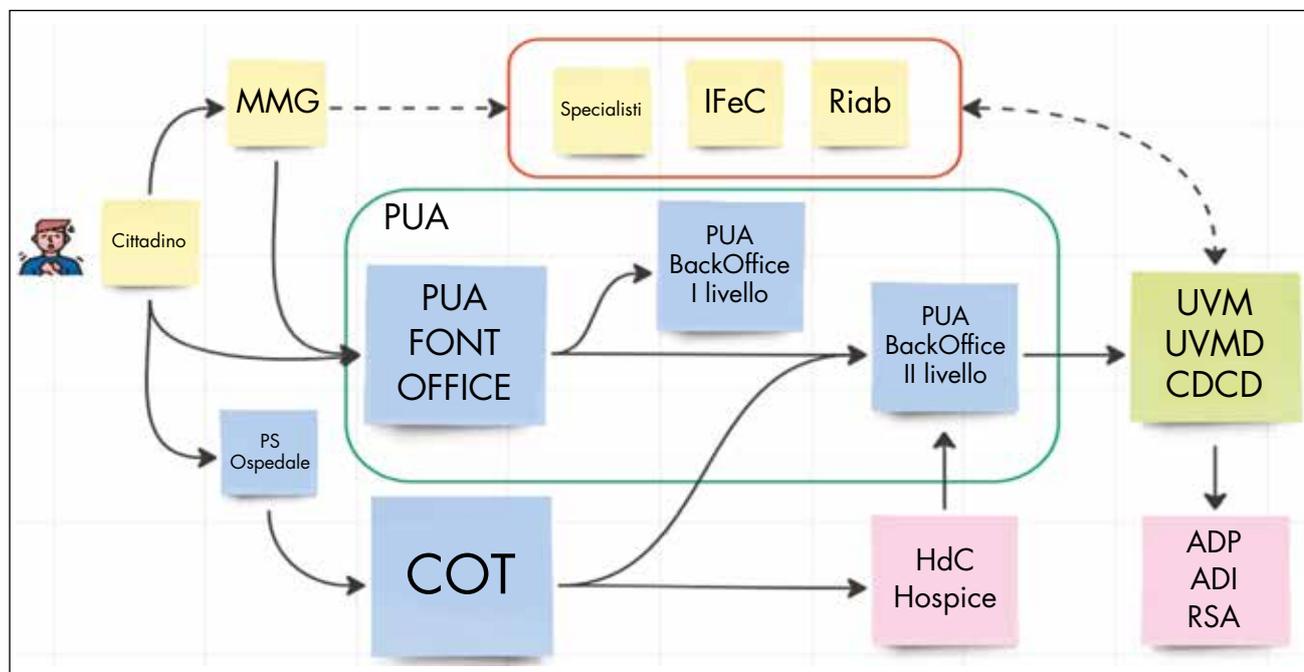
Le attività del PUA sono articolate su due livelli, con un primo livello che prevede anch'esso funzioni di front office, accoglienza, informazione, orientamento e accompagnamento, che si esplica con:

- accoglienza dell'utenza;
- ascolto delle richieste e dei bisogni;
- prima lettura del bisogno e comunicazione delle informazioni aggiornate relative alle diverse opportunità, risorse prestazioni, agevolazioni, servizi del sistema esistenti e accessibili per gli utenti del territorio;
- orientamento del destinatario nella lettura dell'informazione fornita;
- orientamento verso il canale più adeguato per ottenere una informazione relativa ad altri servizi;
- raccolta e inoltro delle domande di prestazioni ad altri servizi.

Un secondo livello che prevede funzioni di back-office, ovvero preavvalutazione, avvio della presa in carico, identificazione dei percorsi assistenziali e attivazione dei servizi, monitoraggio e valutazione dei percorsi attivati. Questa seconda fase, più avanzata, può essere dettagliata con:

- definizione di un percorso personalizzato di aiuto, sostegno e orientamento rivolto a cittadini/utenti in condizioni di particolare disagio;
- una prima analisi del caso per fornire indicazioni appropriate sul servizio richiesto;
- l'assistenza dell'utente nella fase di accesso al servizio richiesto, per esempio, con la compilazione della domanda o con l'indirizzare attivamente o accompagnare l'utente verso le strutture erogatrici di servizi;
- la definizione di una vera e propria presa in carico con l'attivazione di servizi ed équipe multiprofessionali come l'UVM, UVMD o ACOT.

Occorre infine implementare un collegamento informatico e funzionale, nell'ottica di una cabina di regia unica



per Zona Distretto, fra lo sportello PUA e la COT Zonale (vedi Fig. 1).

5. Passaggio da Centrale della Cronicità ad ACOT a COT in ASL TSE

Con la Delibera del Direttore Generale n. 929 del 13/11/2017 è stata deliberata la Centrale della Cronicità nell'AUSLTSE La Centrale della Cronicità, che era a gestione infermieristica, riceveva le richieste per i casi di dimissione difficile da tutti i reparti ospedalieri dell'AUSLTSE, e da quelli afferenti all'AOUS. La Centrale rappresentava, quindi, uno strumento di raccolta e classificazione dei bisogni, di pianificazione e coordinamento degli interventi, definendo un modello di governo dei percorsi di uscita dalla fase ospedaliera acuta del paziente alla fase post acuta, ma anche di gestione di episodi di riacutizzazione che si verificano sul Territorio al fine di evitare un ricovero improprio, garantendo

equità di fruizione delle risorse disponibili. Essa, quindi, si è posta come sistema di collegamento degli Stabilimenti Ospedalieri territoriali, dell'AOUS e delle 13 Agenzie di Continuità Ospedale Territoriale (ACOT), una per ogni Zona Distretto dell'ASL Toscana Sud Est, istituite sul territorio (al momento dell'istituzione delle ACOT le Zone Distretto erano 13). Le ACOT garantivano continuità assistenziale del paziente nel percorso di dimissione attraverso una programmazione della stessa attivando le azioni necessarie alla presa in carico del paziente in relazione ai suoi bisogni. Ogni ACOT è multiprofessionale ed era costituita da: Medico di comunità, Infermiere, Assistente sociale, Fisioterapista. Si avvale della consulenza strutturata di specialista Fisiatra o Geriatra. Era coordinata e diretta da un responsabile, nominato dal Direttore della zona/distretto, che aveva la responsabilità nell'attivazione delle risorse,

Fig. 1 Visualizzazione delle connessioni tra i diversi attori del Sistema Sanitario Territoriale che vede il PUA come il punto di collegamento tra il cittadino e i servizi erogati dall'ASL TSE

nella valutazione e monitoraggio dei risultati e nell'attivazione delle azioni di miglioramento del sistema.

Il PNRR – Missione 6 Salute (M6) individua la COT quale modello organizzativo innovativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e socio-sanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'Emergenza-Urgenza. La COT costituisce l'interfaccia con le Case della Comunità (CdC), assicura il collegamento della rete dei professionisti dell'assistenza territoriale e con i Distretti, il monitoraggio e l'ottimizzazione del flusso di dimissione ospedaliere. Si raccorda con le Cure Palliative, la Salute Mentale, l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e le Dipendenze. La COT assolve al suo ruolo di raccordo tra i vari servizi attraverso funzioni distinte e specifiche, seppur tra loro interdipendenti:

- coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali (transizione tra i diversi setting);
- coordinamento/ottimizzazione degli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale;
- tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro;
- supporto informativo e logistico, ai professionisti della rete assistenziale (MMG, PLS, APO, IFeC ecc.), riguardo le attività e servizi distrettuali;
- raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute, anche attraverso strumenti di telemedicina.

In attuazione delle previsioni del DM 77, tenendo conto delle dimensioni territoriali, in Toscana le COT saranno però articolate su un doppio livello, COT Zonali e COT Aziendale. La COT Aziendale sarà una delle COT Zonali. Data la sua operatività continuativa 7 giorni su 7, h 12 con eventuale estensione h 24:

- essa mutua le funzioni di tutte le COT dell'area vasta in orario notturno e festivo. Gestisce inoltre i percorsi per i casi sovra-territoriali che non trovano risposte nelle COT Zonali e su loro segnalazione appropriata;
- fornisce inoltre i dati di monitoraggio alla direzione aziendale. La COT Zonale è operativa 6 giorni su 7, 12h al giorno;
- è strettamente interconnessa con la COT Aziendale;
- monitora gli obiettivi dei piani di assistenza e il loro raggiungimento;
- attiva i diversi percorsi di telemedicina su indicazioni dei professionisti;
- attiva le azioni previste dal Programma Operativo Regionale del Fondo Sociale Europeo (POR FSE) in materia di presa in carico attraverso la domiciliarità e la residenzialità intermedia.

Il personale che rappresenta lo standard di riferimento è costituito da infermieri, medico di comunità, assistente sociale, ed eventualmente fisioterapista, oltre al personale di supporto, che collaborano adottando come metodica operativa la multi-professionalità del TEAM. Il modello di COT in progettazione assorbe, integrandole e ampliandole, le funzioni e le competenze delle Agenzie di Con-

tinuità Ospedale Territorio, già strutturate nella nostra Regione a livello aziendale e di zona – distretto/SdS fin dal 2016 (delibere GR n. 679/2016 e GR n. 995/2018). Quindi la COT, come fino a oggi l'Agenzia di Continuità HT, è strumento operativo di governo dei percorsi e dell'interfaccia territorio-ospedale-territorio e concorre a garantire la continuità assistenziale per il paziente. Nella Azienda USL Toscana Sud Est attualmente sono attive dieci Centrali Operative Territoriali Zonali (delle quali 1 Aziendale) e 3 articolazioni sub-zonali: cinque nel territorio aretino, due nel grossetano e tre nel senese. In alcune aree interne sono presenti delle sub-articolazioni delle COT Zonali che svolgono le funzioni delle ex Agenzie di Continuità Ospedale Territorio (ACOT). La COT Senese svolge anche le funzioni di COT Aziendale. La COT Aziendale, a governo infermieristico, è una delle COT zonali cui è affidata anche la funzione di garantire la continuità

operativa del sistema aziendale delle COT; essa quindi mutua e integra le funzioni di tutte le COT zonali dell'area vasta nei giorni festivi, garantendo l'operatività delle COT 7 giorni su 7, così come previsto dal DM 77/2022. La COT aziendale, per le sue funzioni sovra zonali ed extra-aziendali afferisce funzionalmente alla Direzione Aziendale.

L'attivazione delle COT in ASL TSE è partita dal 1° giugno 2024 e visto che la stesura del presente articolo è stata effettuata nel settembre 2024 abbiamo valutato un primo impatto delle COT rispetto alle precedenti ACOT andando a confrontare il numero di segnalazioni del trimestre giugno-agosto degli ultimi 6 anni. I dati sono visibili nella Fig. 2.

Dalla Fig. 2 si evince che il numero di segnalazioni partite dalla COT rispetto a quelle dell'ACOT sono nettamente superiori, infatti il numero medio di segnalazioni nel periodo 2019-2023 è stato di circa 2243 contro le 3100 della COT nel 2024.

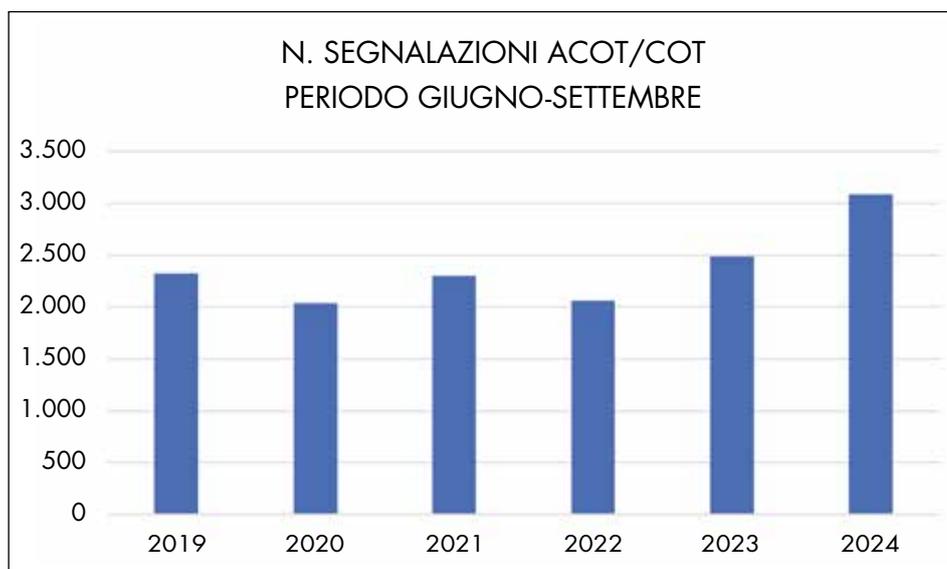


Fig. 2

N. di segnalazioni ACOT/COT dal 2019 al 2024

6. Conclusioni e prospettive future

Per il prossimo triennio è previsto un piano di sviluppo che vada a implementare in maniera uniforme e organizzata i servizi di telemedicina nelle strutture sopra descritte per garantire equità di accesso e ridurre le distanze tra i pazienti e i servizi sanitari. Si tratta di uno sforzo importante di estensione su scala aziendale di iniziative che hanno trovato terreno fertile in alcuni contesti locali intra aziendali. Si sta aprendo, quindi, per l'azienda la fase della generalizzazione che estende e routine quanto esperito nei mesi appena trascorsi.

In questa direzione si colloca anche il grande tema della telemedicina. Infatti, presso la CdS di Abbadia tra le diverse progettualità portate avanti è stata creata di una postazione in cui sarà possibile utilizzare tutte le tecnologie di connessione e quelle elettromedicali (ecografo, POCT, spirometro, ecc), in continuità con i MMG: infatti, tramite il supporto diretto del MMG o dell'infermiere, potrà essere garantita la fruizione di visite a distanza a ulteriore garanzia dell'accesso alle cure. Il progetto nasce anche dall'analisi di letteratura che riporta una maggiore prevalenza di barriere tra i pazienti più anziani che presentano un divario digitale maggiore, in particolare per quanto riguarda l'accesso ai dispositivi e l'alfabetizzazione digitale [7].

Oltre all'aspetto relativo al paziente e alla sua capacità di accedere alla telemedicina, che quindi spesso deve essere mediata e/o supportata direttamente, esiste la possibilità in cui si renda necessario un confronto fra il Medico di Medicina Generale e lo specialista, anche in presenza del paziente stesso.

Il MMG potrebbe selezionare casi specifici particolarmente complessi e di difficile gestione:

- il paziente in follow-up da patologia nota o in un PDTA formalizzato (aziendale o regionale);
- paziente cronico (diabetico, broncopneumopatico, scompensato, iperteso) che ha effettuato recente visita specialistica per modifica di terapia complessa o che necessita di valutazione terapia in corso, o di valutazione anamnestica per la prescrizione di esami o di stadiazione di patologia;
- pazienti in politerapia complessa in cui il MMG ravvede una necessità di "deprescription";
- monitorare da remoto lo stato di salute di pazienti fragili, deospedalizzati o malati cronici.

Nell'ottica di riqualificazione della Casa della Salute di Abbadia San Salvatore in Casa della Comunità, c'è stato un importante investimento sulla telemedicina e sull'ammodernamento tecnologico, in linea con i dettami del DM 77/2022, al fine di rendere la suddetta un centro Hub di riferimento per la comunità dell'Amiata Senese e Val d'Orcia. In quest'ambito trovano spazio le tecnologie del metaverso, che può essere definito come uno spazio tridimensionale universale e immersivo, all'interno del quale le persone fisiche possono muoversi, condividere e interagire. In altri termini, il metaverso può essere considerato come una sorta di ambiente di vita virtuale che si sovrappone al mondo fisico della vita reale, permettendo agli utenti di interagire in modo più diretto e immediato rispetto ai comuni social network, partecipando anche a varie attività in maniera molto coinvolgente. Nella definizione del progetto pilota di ricorso al metaverso, al fine di collegare i pazienti con i servizi che gravitano intorno all'ambulatorio del medico di medicina generale e di sfruttare le nuove tecnologie per ridurre l'onere informativo

sia della popolazione sia dei professionisti territoriali, si rende necessario approfondire le attività individuate e i ruoli per lo svolgimento dei principali ambiti di intervento del progetto Metaverso nella Casa della Comunità di Abbadia San Salvatore e nel collegamento funzionale con il distretto periferico di Campiglia D'Orcia. Infatti, i principali scopi di questa progettualità sono garantire l'accesso ai servizi e il contatto con i professionisti anche nei distretti periferici e/o al proprio domicilio, favorire e creare degli spazi di interazione virtuali tra pazienti e professionisti per lo sviluppo di iniziative di informazione per la comunità o per lo svolgimento di specifiche attività, evitare, ove possibile, spostamenti fisici garantendo equità di accesso anche nei distretti più periferici, favorire il lavoro del medico di medicina generale alleggerendo l'onere burocratico tramite l'ausilio delle intelligenze artificiali, favorire l'accesso a prestazioni di: riabilitazione motoria per l'arto superiore per pazienti con esiti di ictus, riabilitazione delle funzioni cognitive per pazienti con esiti di ictus, trattamento del decadimento cognitivo di grado lieve.

Il progetto Generale è suddiviso in 9 applicazioni distinte.

- 1) Creazione del Gemello digitale della Casa di Comunità di Abbadia San Salvatore esplorabile in realtà virtuale immersiva (VRO).
- 2) Creazione di un avatar/assistente intelligente del Medico di Medicina Generale (MMG).
- 3) Applicazione VRO in un punto visita remoto (partenza con il distretto di Campiglia d'Orcia) per collegamento con il MMG o con servizi della Casa della Comunità.
- 4) Svolgimento di attività fisica adattata (AFA) a distanza in VRO.
- 5) Svolgimento di momenti di formazione nell'autogestione delle malattie croniche in VRO.
- 6) Applicazione VRO per attività socio-culturali per gli assistiti di Campiglia.
- 7) MetaMinds – Consulenza e Psicoterapia Immersiva nel Metaverso: Applicazione VRO nel contesto della consulenza psicologica e della psicoterapia nel metaverso.
- 8) Applicazione VRO per attività di Segretariato Sociale e Punto Unico di Accesso.
- 9) Utilizzo di sistemi di realtà virtuale aumentata per la riabilitazione motoria e cognitiva.

Pertanto essendo uno degli obiettivi principali del DM 77/2022 quello di far diventare la casa come il primo luogo di cura nel prossimo futuro per venire incontro alle esigenze della popolazione dei distretti periferici che può avere difficoltà a raggiungere il Centro Hub, un importante sviluppo verso il contatto da remoto con i servizi sanitari, socio-sanitari e sociali è sicuramente necessario, soprattutto nei territori montani e delle aree interne in genere, dove la viabilità e i relativi tempi di percorrenza per il raggiungimento dei servizi essenziali rappresentano una problematica rilevante.

Il caso rappresenta il protagonismo delle aziende sanitarie in questo momento storico in cui esse sono impegnate nello sforzo di riorganizzare la rete dei servizi territoriali conciliando l'innovazione dei servizi che fisiologicamente matura al loro interno, proprio per la vicinanza al cittadino e alla rete di supporto del paziente, con le indicazioni su scala nazionale che stanno trasformando l'offerta dei servizi.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Capolongo S., Buffoli M., Gola M., Borghini A., Riano F., & Mantoan D. (2022). Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali: dagli aspetti funzionali previsti nel DM 77 al Metaprogetto con le caratteristiche spaziali e i requisiti prestazionali da garantire. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, 63(2S1): 181-181.
- [2] Tozzi V., & Longo F. (2023). *Management della cronicità: logiche aziendali per una sanità a processi*.
- [3] *Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale*.
- [4] *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)*.
- [5] The 2022 community-based integrated care reform in Italy: From *desiderata* to implementation. *Health Policy*, 139, gennaio 2024.
- [6] Cinelli G., Dalponte F., Ferrara L., & Zazzera A. (2023). L'implementazione del DM 77 nelle regioni italiane e il ruolo delle aziende sanitarie. In: *Rapporto OASI 2023 Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano* (pp. 407-431). Milano: Egea.
- [7] Elaine C., Khoong *et al.* (2021). *Patient interest in and barriers to telemedicine video visits in a multilingual urban safety-net system*.

Sitografia

<https://www.pnrr.salute.gov.it/portale/pnrssalute/dettaglioContenutiPNRRSalute.jsp?lingua=italiano&id=5898&area=PNRR-Salute&menu=ri-forme>