

Decreto Ministro della salute 77/2022

La definizione degli standard organizzativi, qualitativi e tecnologici dell'assistenza territoriale, costituisce la prima *milestone*, in qualità di Riforma, nell'ambito della Componente 1 Missione 6 del PNRR, ma anche il completamento della riforma dei servizi sanitari iniziata con il Regolamento di definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera di cui al [decreto 2 aprile 2015, n. 70](#).

Dopo un iter accidentato¹, il [decreto n. 77 del 23 maggio 2022](#) è stato pubblicato nella G.U. n.144 del 22 giugno 2022. Il decreto è composto da 4 articoli e tre Allegati: [Allegato 1](#) - Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel SSN; [Allegato 2](#) - Ricognizione Standard; [Allegato 3](#) – Glossario.

L'**articolo 1**, rispondendo al [parere n. 881 del 19 maggio 2022](#) del Consiglio di Stato, precisa che “Il modello per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario nazionale e gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza territoriale e al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico sono individuati, rispettivamente, negli [Allegati 1](#), avente **valore descrittivo**, e [2](#) avente **valore prescrittivo**, che costituiscono parte integrante del presente decreto”. Conseguentemente, le regioni e le province autonome sono tenute, entro 6 mesi dalla data di entrata in vigore del Regolamento, ad adottare un provvedimento generale di programmazione dell'Assistenza territoriale regionale coerente con quanto previsto nell'allegato 2 e con gli investimenti della Missione 6 Componente 1 del PNRR.

Ai sensi del successivo **articolo 2** il **Monitoraggio degli standard** viene effettuato all'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas), che è tenuta ad elaborare una relazione semestrale, da inviare al Ministero della salute, sullo stato di implementazione, in ogni singola regione e provincia autonoma, degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza territoriale e al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico. Il monitoraggio degli standard, relativamente ai LEA, è effettuato dal Comitato LEA². La verifica di attuazione del Regolamento costituisce adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del SSN.

Gli articoli 3 e 4 riguardano, rispettivamente, l'applicabilità del decreto alle Regioni a statuto speciale ed alle province autonome, e la clausola di invarianza degli oneri finanziari.

Gli allegati

[Allegato - 1](#) di valore descrittivo.

¹ Mancate intese espresse dalla Conferenza Stato- Regioni nelle sedute del 30 marzo e del 21 aprile 2022; attivazione della procedura di cui all'art. 3, comma 3, del D. Lgs. n. 281 del 1997, che prevede il coinvolgimento del Consiglio dei ministri, che può intervenire con deliberazione motivata, quando un'intesa espressamente prevista dalla legge non è raggiunta entro trenta giorni dalla prima seduta della Conferenza Stato-regioni in cui l'oggetto è posto all'ordine del giorno.

² Si rinvia all'Allegato I del decreto Salute/MEF concernente il «Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria» del 12 marzo 2019.

In premessa, il documento dedica un paragrafo a “La stratificazione della popolazione e l'analisi del bisogno di salute” ricordando che la più recente normativa nazionale (art. 7 del decreto legge n. 34 del 2020), sulla base della crescente disponibilità di dati digitali, pone l'attenzione sulla possibilità di sviluppare modelli predittivi, che consentano la stratificazione della popolazione, il monitoraggio per fattori di rischio, la gestione integrata di patologie croniche e di situazioni complesse.

Il documento passa poi alla descrizione delle articolazioni organizzativo funzionali dell'Azienda sanitaria locale (ASL) sul territorio. In prima istanza vengono elencate le funzioni e gli standard organizzativi del Distretto, che a differenza delle altre articolazioni, non è citato nell'Allegato 2 di valore prescrittivo. Pertanto il **Distretto potrà essere variamente disegnato nelle diverse realtà regionali**.

Il Distretto.

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

Nel nuovo disegno dell'assistenza territoriale tracciato dall'Allegato 1 (come detto non prescrittivo), il Distretto costituisce il luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sociosanitari a valenza sanitaria e sanitari territoriali. Il Distretto è inoltre deputato, anche attraverso la Casa di Comunità, al perseguimento dell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, l'uniformità dei livelli di assistenza e la pluralità dell'offerta. All'interno del Distretto possono essere presenti i Consultori familiari e le attività rivolte ai minori, ove esistenti, funzionalmente collegate con la Casa della Comunità *hub* (per le due tipologie di casa della Comunità *hub* e *spoke* si veda *infra*).

Il Distretto garantisce inoltre una risposta assistenziale integrata sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali per determinare una efficace presa in carico della popolazione di riferimento.

Nel documento le **funzioni** e gli **standard** del Distretto vengono così riassunti:
Distretto di circa 100.000 abitanti, con variabilità secondo criteri di densità di popolazione e caratteristiche orografiche del territorio.

La programmazione deve prevedere i seguenti standard:

- o 1 Casa della Comunità *hub* ogni 40.000-50.000 abitanti;
- o Case della Comunità *spoke* e ambulatori di Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali. Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle

Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente;

- o 1 Infermiere di Famiglia o Comunità ogni 3.000 abitanti. Tale standard è da intendersi come numero complessivo di Infermieri di Famiglia o Comunità impiegati nei diversi *setting* assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola;
- o 1 Unità di Continuità Assistenziale (1 medico e 1 infermiere) ogni 100.000 abitanti;
- o 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore;
- o 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti.

Allegato 2 di valore prescrittivo

Il Documento è molto più snello dell'Allegato 1: rappresenta infatti una ricognizione puntuale degli standard.

Casa della Comunità - CdC

Si inizia con la **Casa della Comunità** (CdC) nella sua declinazione di CdC *hub*, a cui possono essere funzionalmente ricondotte CdC *spoke* presenti nello stesso Ambito Territoriale Sanitario (ATS).

La CdC è il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria ed è il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento.

Modalità di lavoro integrata e multidisciplinare dei professionisti presenti nelle CdC

Per questo ambito, nella descrizione sintetica della CdC, si rinvia a quanto stabilito dalla legge di bilancio 2022 per l'assistenza rivolta alla non autosufficienza (art. 1, comma 163, della legge n. 234 del 2022), ovvero alla fascia di utenza maggiormente bisognosa di assistenza sociosanitaria integrata. Sul punto, la legge di bilancio 2022 ribadisce l'importanza che i servizi siano erogati dal SSN e dagli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) - mediante le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza - attraverso punti unici di accesso (PUA), con sede operativa presso le Case della comunità. Affinché l'erogazione dei servizi e degli interventi sia puntuale viene ribadita l'importanza dell'utilizzo della valutazione multidimensionale (elemento centrale anche del D.P.C.M. 12 gennaio 2017 sui Nuovi Lea) effettuata dalle unità di valutazione multidimensionale: équipe integrate composte da personale - si specifica - adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al SSN e agli ATS per la valutazione del complesso dei bisogni di natura clinica, funzionale e sociale delle persone. La disposizione della legge di bilancio 2022 disegna poi il percorso della presa in carico: sulla base della valutazione, con il coinvolgimento dell'utente e della sua famiglia o dell'amministratore di sostegno, l'équipe integrata procede alla definizione del progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno. Il PAI individua altresì le responsabilità, i compiti e le modalità di svolgimento dell'attività degli operatori sanitari, sociali e assistenziali che intervengono nella presa in carico della persona, nonché l'apporto della famiglia

e degli altri soggetti che collaborano alla sua realizzazione. La programmazione degli interventi e la presa in carico si avvalgono del raccordo informativo, anche telematico, con l'INPS.

Nella descrizione sintetica della CdC si rinvia ad atti di concertazione non ancora emanati:

- l'Intesa prevista dal citato comma 163 della Legge di bilancio, di cui però non si fa cenno nel testo della medesima disposizione. Il rinvio appare invece riferibile all'Intesa in sede di Conferenza unificata prevista dal precedente comma 161, su iniziativa dei ministri lavoro/salute/MEF, per la **definizione delle linee guida per l'attuazione degli interventi per la non autosufficienza e per l'adozione di atti di programmazione integrata**, garantendo l'omogeneità del **modello organizzativo degli ATS da assicurarsi mediante atti di programmazione regionali o provinciali e la ripartizione delle risorse assegnate dallo Stato per il finanziamento dei LEPS**;
- l'Accordo previsto dall'art. 21, comma 1, del D.P.C.M. sui Nuovi LEA **rispetto ai percorsi assistenziali domiciliari, territoriali, semi-residenziali e residenziali che devono prevedere l'erogazione congiunta di attività e prestazioni afferenti all'area sanitaria e all'area dei servizi sociali**. In tal senso, l'Accordo deve definire linee di indirizzo volte a garantire omogeneità nei processi di integrazione istituzionale, professionale e organizzativa delle suddette aree, anche con l'apporto delle autonomie locali, nonché modalità di utilizzo delle risorse coerenti con l'obiettivo dell'integrazione, anche con riferimento al Fondo per le non autosufficienze.

Standard organizzativi: 1 CdC *hub* ogni 40.000-50.000 abitanti.

Standard di personale per 1 Casa di Comunità *hub*: 7-11 Infermieri, 1 assistente sociale, 5-8 unità di Personale di Supporto (Sociosanitario, Amministrativo).

Servizi presenti nella Casa di Comunità

Obbligatori nelle CdC hub e spoke

Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multiprofessionali (MMG, PLS, SAI, IFoC, ecc); Punto Unico di Accesso; Servizio di assistenza domiciliare; Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza; Servizi infermieristici; Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale; Integrazione con i Servizi Sociali; Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione; Collegamento con la Casa della Comunità *hub* di riferimento; Presenza medica H24, 7/7 gg per la CdC *hub*; H12, 6/7 gg. per la CdC *spoke*; Presenza infermieristica H12, 7/7 gg fortemente raccomandato H24, 7/7 gg per la CdC *hub*; H12, 6/7 gg per la CdC *spoke*;

Obbligatori nelle CdC hub

Servizi diagnostici di base; Continuità Assistenziale; Punto prelievi.

Facoltativi nelle CdC hub e spoke

Attività Consultoriali e attività rivolta ai minori; Interventi di Salute pubblica (incluse le vaccinazioni per la fascia 0-18); Programmi di *screening*.

Raccomandati nelle CdC hub e spoke

Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza; Medicina dello sport

Centrale operativa territoriale - COT

La Centrale Operativa Territoriale (COT), attiva 7 giorni su 7, ha funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi *setting* assistenziali. Svolge attività territoriali, sanitarie, sociosanitarie ed ospedaliere ed è in contatto costante con la rete dell'emergenza-urgenza.

Si prevede 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore.

Standard di personale: Coordinatore Infermieristico, 3-5 Infermieri, 1-2 unità di personale di supporto in coerenza con quanto previsto nella RT di cui all'art. 1, comma 274, della legge n. 234 del 2021 (ex art. 93, comma 1, del disegno di legge originario, si veda quanto detto *supra* al proposito del personale).

Standard tecnologici e strutturali

Sistemi di tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro; sistemi di raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute, anche attraverso strumenti di telemedicina; Infrastrutture tecnologiche ed informatiche integrate con i principali applicativi di gestione aziendale; software con accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e ai principali database aziendali, software di registrazione delle chiamate; sistema informativo condiviso e interconnesso con la Centrale Operativa Regionale 116117.

Centrale operativa 116117

La Centrale Operativa 116117 sede del Numero Europeo Armonizzato (NEA) per le cure mediche non urgenti offre un servizio telefonico gratuito alla popolazione per tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensità assistenziale in raccordo con strumenti nazionali e/o territoriali finalizzati alla presa in carico di persone con fragilità. Si prevede 1 Centrale Operativa NEA 116117 (CO 116117) ogni 1-2 milioni di abitanti o comunque a valenza regionale. Servizio aperto e gratuito e attivo 24h 7 giorni su 7 per le cure mediche non urgenti.

Unità di Continuità Assistenziale (USCA)

Viene confermata l'Unità di Continuità Assistenziale nel limite previsto ai sensi dell'art. 1, co. 274, della legge di bilancio 2022. L'USCA è un'équipe mobile distrettuale per la gestione e il supporto della presa in carico di individui, o di comunità, che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e che comportano una comprovata difficoltà operativa. 1 Unità di Continuità Assistenziale ogni 100.000 abitanti. Sede operativa: Casa della Comunità *Hub*. Standard di personale: -1 Medico e 1 Infermiere ogni 100.000 abitanti con l'integrazione di ulteriori figure professionali sanitarie nell'ambito delle professionalità disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale.

Requisiti tecnologici e strutturali

Strumenti di telemedicina (es. televisita e teleassistenza) e la collaborazione con MMG e PLS delle AFT/UCCP. Può usufruire del supporto a distanza (teleconsulto) di specialisti del territorio ed ospedalieri. Per questo l'USCA deve essere dotata di un sistema integrato comprendente una moderna infrastruttura di telemedicina

collegata alle COT ed accessibile via internet al fine di garantire anche in teleconsulto l'interoperabilità della rete di consulenti collegati. L'USCA deve essere inoltre dotata di strumentazione avanzata di primo livello e di una gamma completa di dispositivi medici portatili (anche diagnostici) in grado di acquisire informazioni e parametri necessari al monitoraggio delle condizioni cliniche del paziente.

Assistenza Domiciliare

Le Cure domiciliari sono un servizio a valenza distrettuale finalizzato all'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza. L'obiettivo atteso è quello previsto dalla Componente 1 della Missione 6 "Salute", *Casa come primo luogo di cura e telemedicina M6C1-I 1.2 - 4-9*, finanziato con 4 miliardi (prestiti), di cui: **2.720 milioni** connessi ai costi derivanti dal servire un numero crescente di pazienti con i servizi connessi all'assistenza domiciliare; **280 milioni** per l'istituzione delle Centrali operative territoriali (COT); **1.000 milioni** per la **telemedicina**. Il traguardo, fisato a T2 2026, è un aumento progressivo delle prestazioni rese in assistenza domiciliare in grado di prendere in carico fino al 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti (1,5 milioni di persone stimate nel 2026). Per raggiungere tale obiettivo dovrà essere aumentato di almeno 800.000 unità entro il 2026 il numero di persone di età superiore ai 65 anni che ricevono assistenza domiciliare.

Gli standard organizzativi prevedono: continuità' assistenziale 7 giorni su 7 e 24 ore su 24, nelle modalità indicate dalla normativa nazionale e regionale vigente, ivi compresi i servizi di telemedicina nelle modalità forme previste.

Requisiti tecnologici e strutturali

Alimentazione del Sistema Informativo Assistenza Domiciliare – SIAD; interfaccia e raccordo con la COT attraverso piattaforme digitali, che facilitino l'inserimento dei dati dell'assistito nel Fascicolo Sanitario Elettronico.

Si veda inoltre l'Intesa Stato Regioni 4 agosto 2021 Atto rep. 151/2021 sul documento recante "[Proposta di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accreditamento delle cure domiciliari](#)", in attuazione dell'articolo 1, comma 406, della legge 30 dicembre 2020, n. 178" e il D.P.R. 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.

Ospedale di Comunità

L'Ospedale di Comunità (OdC), operativo 7 giorni su 7, è una struttura sanitaria di ricovero che afferisce alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio. L'obiettivo atteso è quello previsto dalla Componente 1 della Missione 6 "Salute" **Rafforzamento**

dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità M6C1-I 1.3 – 10-11, finanziato con 1 miliardo. Gli standard organizzativi prevedono 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti. Gli standard di personale per 1 di Comunità dotato di 20 posti letto sono: 7-9 infermieri (di cui 1 Coordinatore infermieristico), 4-6 Operatori Sociosanitari, 1-2 unità di altro personale sanitario con funzioni riabilitative e un Medico per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7. L'assistenza infermieristica è garantita nelle 24 ore 7 giorni su 7. L'assistenza medica è assicurata dai medici incaricati; nel turno diurno (8-20) deve essere garantita per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7 mentre nel turno notturno (20-8) e diurno festivo e prefestivo in forma di pronta disponibilità, anche organizzata per più strutture dello stesso territorio, con tempi di intervento conformi a quanto previsto dalle norme vigenti in materia. L'assistenza notturna è garantita anche da Medici della Continuità Assistenziale, in rapporto a specifici accordi locali, oppure da medici operanti nella struttura.

Standard tecnologici e strutturali

Sistemi di raccolta delle informazioni sanitarie attraverso la cartella clinico - assistenziale integrata, inserita in un processo di informatizzazione integrato con il FSE; sistemi di monitoraggio dei pazienti, in loco o in collegamento funzionale, anche attraverso servizi di telemedicina; flusso informativo per rilevare le prestazioni erogate dagli OdC; disponibilità di locali idonei attrezzati, destinati alle principali attività motorie e riabilitative nonché di locali ad uso amministrativo, cucina e locali accessori, lavanderia e stireria, servizio mortuario. Tali servizi possono essere in comune e/o condivisi con altre strutture e/o unità di offerta.

Per quanto non esplicitato si rimanda all'Intesa Stato-Regioni sancita il 20 febbraio 2020 (Rep. Atti n.17/CSR) recante [Requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunità.](#)

Rete delle cure palliative

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

Standard strutturali: 1 di Cure Palliative Domiciliari (UCP - DOM) ogni 100.000 abitanti e 1 Hospice, 8/10 posti letto ogni 100.000 abitanti.

Standard di personale: nell'ambito delle risorse umane disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, l'erogazione dell'assistenza è assicurata: nell'ambito di strutture di degenza ospedaliera da un'equipe di cure palliative; nell'ambito ambulatoriale da equipe dedicate e specificatamente formate in cure palliative; a domicilio del paziente - attraverso il servizio di Cure Palliative Domiciliari (CPD) - da un'equipe assistenziale multiprofessionale dedicata o specificatamente formata (Unità di Cure Palliative -

UCP), in integrazione con il medico di medicina generale per continuità assistenziale h 24 per 7 giorni su 7; all'interno delle strutture residenziali e degli Hospice di 8/10 posti letto ogni 100.000 abitanti

Requisiti tecnologici e strutturali

Definisce un sistema di erogazione di CP, per l'attuazione dei percorsi di presa in carico e di continuità delle cure e dell'assistenza favorendo l'integrazione dei servizi sanitari e sociali; adotta sistemi di valutazione, miglioramento della qualità e controllo dei percorsi di cura erogati; raccoglie e trasmette i dati al sistema informativo.

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

Il Consultorio Familiare e l'attività rivolta ai minori, ove presenti, rappresentano la struttura aziendale a libero accesso e gratuita e sono deputati alla protezione, prevenzione, promozione della salute, consulenza e cura rivolte alla donna in tutto il suo ciclo di vita (comprese quelle in gravidanza), minori, famiglie all'interno del contesto comunitario di riferimento.

Standard strutturali: 1 consultorio familiare (CF) ogni 20.000 abitanti con la possibilità di 1 ogni 10.000 nelle aree interne e rurali. L'attività consultoriale può svolgersi all'interno delle Case della Comunità, privilegiando soluzioni logistiche che tutelino la riservatezza.

Non sono elencati i requisiti tecnologici e strutturali, si rimanda al D.P.R. 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.](#)