



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

LINEE DI INDIRIZZO PER L'ATTUAZIONE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO DELLE CASE DELLA COMUNITÀ HUB



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

**Linee di indirizzo per l'attuazione del modello
organizzativo delle Case della Comunità *hub***



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Il presente documento è stato redatto da un Gruppo di Lavoro istituito e coordinato dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali.

I partecipanti del gruppo sono *Alice Borghini (AGENAS), Elettra Carini (AGENAS), Mimma Cosentino (AGENAS), Marica Scotellaro (AGENAS), Fabia Franchi (Regione Emilia-Romagna), Emanuele Barbierato (Regione Veneto), Antonella Caroli (Regione Puglia), Tommasa Maio (FNOMCeO), Nicola Draoli (FNOPI), Melania Salina (FNOFI), Nicola Calabrese (FIMMG), Angelo Testa (SNAMI), Liliana Lora (SMI), Antonio Magi (SUMAI ASSOPROF), Mirella Silvani (CNOAS), Francesca Scambia (Comunità di Sant'Egidio), Salvatore Di Somma (Esperto, Sapienza Università di Roma).*

Hanno contribuito alla stesura del presente documento anche *Maddalena Iodice (AGENAS), Alessandro Roberto Cornio (AGENAS), Ambra Baldini (Regione Emilia-Romagna), Andrea Donatini (Regione Emilia-Romagna), Cinzia Badiali (Regione Emilia-Romagna), Isabella Cavallo (Regione Puglia), Elisabetta Altì (FNOMCeO), Alessandro Dabbene (FIMMG), Paolo Misericordia (FIMMG), Matteo Picerna (SNAMI), Federico Di Renzo (SNAMI), Simona Autunnali (SNAMI), Nicola Paoli (SMI), Pio Attanasi (SUMAI ASSOPROF).*

La presente versione del documento è stata, infine, sottoscritta da AGENAS, FNOMCeO, FNOPI, FNOFI, FIMMG, SNAMI, SMI, SUMAI ASSOPROF, CNOAS, Comunità di Sant'Egidio.

Versione 05.04.2024



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Indice

Sommario

1. Sezione introduttiva	4
1.1 Premessa.....	4
1.2 Obiettivi e metodologia del documento	6
2. Sezione generale	7
2.1 Modello organizzativo.....	7
2.2 Strumentazioni medicali e dispositivi medici	16
3. Sezione conclusiva.....	18
3.1 Monitoraggio dell'implementazione del modello organizzativo	18
4. Riferimenti normativi e bibliografici	19
Abbreviazioni.....	20



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

1. Sezione introduttiva

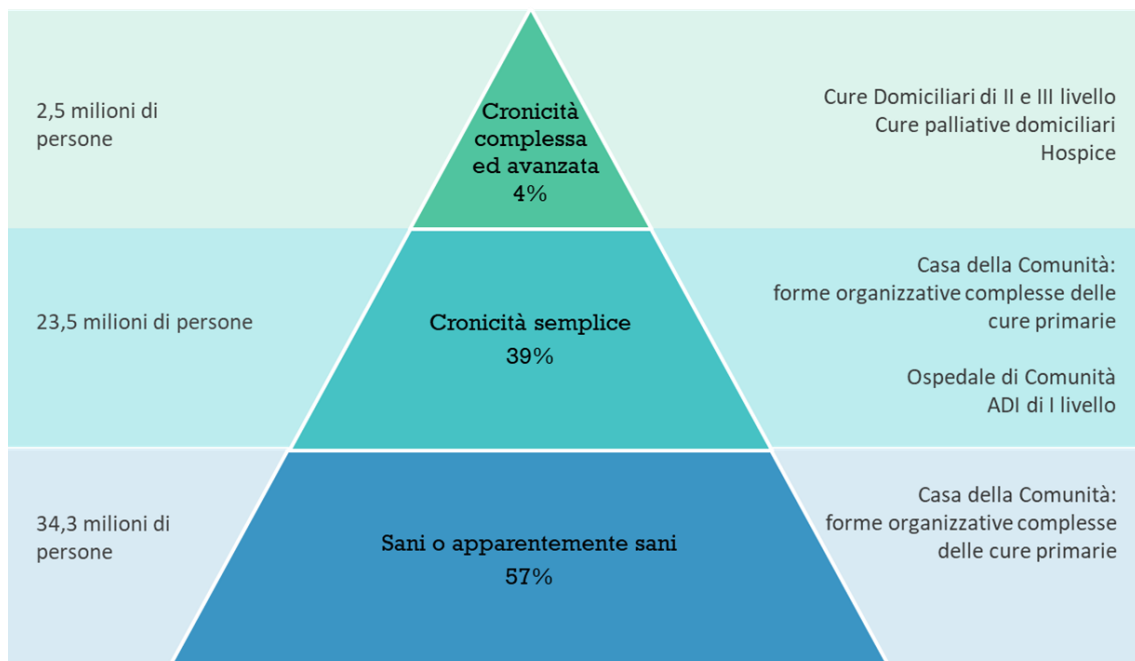
1.1 Premessa

Negli ultimi decenni, l'Italia ha affrontato significative trasformazioni demografiche, con un marcato invecchiamento della popolazione e relativa diffusione delle patologie croniche, nonché un incremento dell'immigrazione. Questi cambiamenti hanno portato a un rinnovato focus sul Servizio Sanitario Nazionale (SSN), richiedendo un adeguamento delle strutture e dei servizi per rispondere efficacemente alle esigenze di una società in evoluzione, oltre che, non meno importante, un investimento allo stesso modo sul personale sociosanitario al fine di garantire la reale presa in carico della cronicità ed un SSN sostenibile nel lungo periodo. Il processo di invecchiamento è evidenziato dall'aumento dell'indice di vecchiaia, che ha raggiunto il 182,6% nel 2021, segnalando una maggiore proporzione di cittadini sopra i 65 anni rispetto a quelli sotto i 15 anni. Parallelamente, la popolazione straniera residente ha registrato un notevole incremento, superando i 5 milioni, pari all'8,7% della popolazione totale [RSSP 2017-2021].

La stratificazione permette di suddividere la popolazione in funzione del numero di condizioni croniche presenti. In questo modo, è possibile identificare almeno tre strati di popolazione, come si evince dalla figura sottoriportata che, unitamente alla valutazione della gravità clinica e delle prestazioni che ne conseguono, possono contribuire alla definizione della complessità e intensità assistenziale dei percorsi di presa in carico:

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

Figura 1. Stratificazione della popolazione per bisogno e setting assistenziale



Fonte: Elaborazione AGENAS su dati ISTAT 2019



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Secondo i dati riportati, il 39% della popolazione complessiva ha una cronicità semplice che richiede una presa in carico da parte dei team multiprofessionali territoriali (forme organizzative dell'assistenza primaria, Case della Comunità, ecc.), 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 (team di Cure domiciliari integrate di II e III livello, team di Cure palliative, ecc.). 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.

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). Questo strumento rappresenta il più grande pacchetto di stimolo economico mai finanziato dall'UE, progettato per favorire una "ripresa sostenibile, uniforme, inclusiva ed equa".

Il governo italiano, partendo dalla situazione descritta, 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:

- Investimento 1.1: 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;
- Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina. Questo investimento intende migliorare i servizi domiciliari e l'efficienza nell'assistenza presso il domicilio della persona, sfruttando tecnologie innovative come la telemedicina. L'obiettivo è quello di prendere in carico almeno il 10% degli anziani sopra i 65 anni, in particolare quelli con patologie croniche o non autosufficienti. Tale investimento comprende la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali (COT);
- Investimento 1.3: rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture. Questo investimento vuole migliorare l'assistenza intermedia a livello territoriale attraverso la realizzazione e il potenziamento degli Ospedali di Comunità (OdC), riducendo il ricorso al Pronto Soccorso ed i ricoveri non necessari in ospedale e migliorando l'accesso ai servizi sanitari.

La prima *Milestone* della M6C1 del PNRR è costituita dal Decreto Ministeriale n. 77 del 23 maggio 2022 (DM 77/2022), pubblicato il 22 giugno 2022 sulla Gazzetta Ufficiale n. 144, noto come "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

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.

Al fine di dare piena operatività a quanto previsto dal DM 77/2022, si evidenziano i seguenti interventi normativi:

- La Legge n. 234 del 30 dicembre 2021 che prevede al comma 274 l’autorizzazione di spesa per il personale al fine di assicurare l’implementazione degli standard di cui al citato Regolamento;
- Il Decreto del 29 luglio 2022 che prevede l’assegnazione di risorse alle Regioni per il fabbisogno di apparecchiature sanitarie di supporto ai Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) e pone l’attenzione su un accesso equo ai servizi tenendo conto delle caratteristiche geografiche del territorio;
- La Legge di Bilancio 2024 (Legge n. 213/2023) che prevede che la spesa massima autorizzata per il potenziamento dell’assistenza territoriale è incrementata di 250 milioni di euro per l’anno 2025 e di 350 milioni di euro annui a decorrere dall’anno 2026 a valere sul finanziamento del SSN.

1.2 Obiettivi e metodologia del documento

AGENAS ha istituito un Gruppo di Lavoro (GdL) multidisciplinare e multiprofessionale incaricato di definire le presenti linee di indirizzo per l’attivazione e l’attuazione delle CdC *hub* sul territorio nazionale. Il GdL suddiviso in specifici sottogruppi ha elaborato delle proposte di contenuto che sono state condivise di volta in volta mediante incontri in plenaria e successiva sintesi da parte dell’Agenzia.

Si specifica che l’integrazione nel modello organizzativo della CdC *hub* di strumenti di sanità digitale e di telemedicina non è stata affrontata approfonditamente nel presente documento e sarà oggetto di lavori successivi.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

2. Sezione generale

2.1 Modello organizzativo

La CdC *hub* rappresenta uno dei nodi, insieme alla CdC *spoke*, della più ampia rete di offerta dei servizi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali e al tempo stesso è parte dei luoghi di vita della Comunità locale del territorio su cui insiste.

Come delineato nel DM 77/2022, la CdC *hub* è il luogo fisico, di prossimità e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di salute che richiedono assistenza sanitaria e sociosanitaria a valenza sanitaria, nonché i necessari collegamenti con i servizi sociali per gli interventi socioassistenziali. Si tratta di una struttura facilmente riconoscibile, accessibile e raggiungibile dalla popolazione di riferimento.

La CdC *hub*, infatti, deve essere facilmente identificabile dai cittadini e diventa altresì luogo di contatto e di relazioni che vanno oltre i muri, creando così connessioni con servizi presenti e in ridefinizione organizzativa della rete dell'assistenza territoriale tra i quali: le CdC *spoke*, le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), gli ospedali per acuti, i poliambulatori e i consultori, gli OdC, le COT, la Centrale Operativa 116117, l'Unità di Continuità Assistenziale (UCA), le farmacie dei servizi, i Punti Unici di Accesso (PUA), i Servizi Sociali dei Comuni, le associazioni del Terzo Settore, scuole, palestre, circoli culturali e sportivi, parchi e spazi pubblici, ovunque si possa generare salute individuale e collettiva, con un approccio sistemico, capillare, collaborativo e partecipativo di promozione comunitaria della salute e di welfare generativo "secondo un approccio One Health".

Le CdC *hub* sono intese come parte integrante dell'identità della Comunità, un luogo di partecipazione e di valorizzazione di tutte le risorse presenti, in cui si possa sviluppare il coinvolgimento dei cittadini fino ad intraprendere percorsi di co-programmazione e co-progettazione. In questa accezione, la CdC *hub* include sia i servizi 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. La CdC *hub*, così intesa, diventa il luogo nel quale si organizza e ricomponete l'insieme dei servizi e delle attività offerte da tutti gli attori che si prendono cura della salute delle persone e della Comunità nel suo territorio di riferimento.

È caratterizzata da un modello organizzativo di approccio integrato, multidisciplinare, di prossimità e di proattività che si concretizza attraverso l'équipe dei professionisti del SSN che vi operano, dalla rete dei servizi presenti sul territorio e dalla partecipazione strutturata della Comunità.

La CdC *hub* promuove infatti un modello di intervento integrato e multidisciplinare, in qualità di sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari e sociosanitari. L'attività deve essere organizzata in modo tale da permettere un'azione d'équipe tra Medici del ruolo unico di assistenza primaria, PLS, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e dipendenti – anche nelle loro forme organizzative – Infermieri di Famiglia o Comunità (IFoC), Assistenti Sociali e altri professionisti della salute disponibili a legislazione vigente nell'ambito delle aziende sanitarie, quali ad esempio Psicologi ambulatoriali interni e dipendenti, Biologi ambulatoriali interni e dipendenti, Ostetrica/o e Professionisti dell'area della Prevenzione, della Riabilitazione e Tecnica. Queste figure, operando all'interno del modello organizzativo della CdC *hub* con modalità integrate, provvedono a garantire l'assistenza territoriale attraverso un approccio di sanità di iniziativa e contribuiscono alla presa in carico della Comunità di riferimento, con i servizi h12 e h24 presenti nel territorio. Le comunicazioni tra tutti i professionisti dei servizi ed organizzazioni presenti sul territorio avvengono attraverso il supporto dei sistemi informatici e le banche dati disponibili (COT, servizi territoriali,



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

ambulatoriali, specialistica, ecc.). Al fine di facilitare la comunicazione all'interno della rete di cura e tra professionisti, favorire la sicurezza delle cure e accedere alle informazioni in tempi rapidi, dovranno essere attivate modalità di cooperazione applicativa tra i software in uso nei diversi setting assistenziali e il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), nel rispetto degli standard di interoperabilità definiti dalle linee guida nazionali, per una comunicazione condivisa orientata al supporto nella gestione della documentazione sociosanitaria degli assistiti, allo scambio di informazioni aggiornate e al confronto professionale facilitato (teleconsulenza e teleconsulto) all'interno dell'équipe territoriale e nel rispetto del diritto alla privacy del paziente.

Secondo gli standard del DM 77/2022, si prevede una CdC *hub* ogni 40.000-50.000 abitanti e CdC *spoke* e studi professionali dei Medici del ruolo unico di assistenza primaria e 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, nel pieno rispetto del principio di prossimità.

Le CdC *hub* diventano le sedi di riferimento in cui effettuare tutte le attività volte a garantire un accesso ed una risposta coordinata ai bisogni della Comunità e la necessaria continuità assistenziale all'interno dei diversi programmi e percorsi di prevenzione e cura.

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.

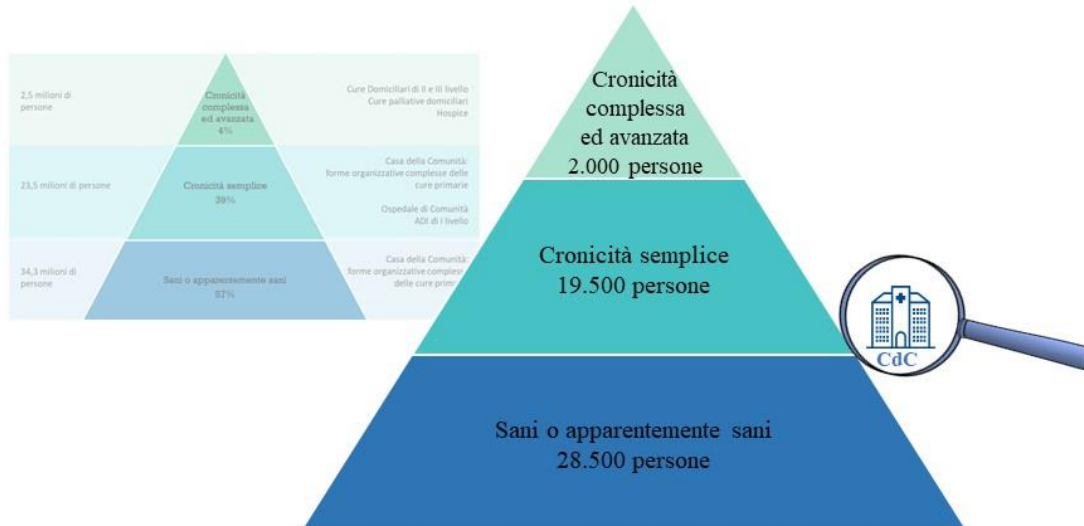
Tale rilevazione è condivisa con il Medico del ruolo unico di assistenza primaria di riferimento, responsabile clinico del paziente per la sua presa in carico integrata e l'elaborazione del Progetto di Assistenza Individuale (PAI).

Le CdC *hub* sono fondamentali per coordinare i servizi a livello territoriale con un'attenzione particolare ai pazienti cronici in carico ai Medici dell'équipe che, come evidenziato nella Figura 1 riportata in premessa, costituiscono il 39% della popolazione. Considerando un bacino di utenza massimo delle CdC *hub* di 50.000 abitanti, il target di popolazione a cui si rivolge la CdC *hub* è pari a circa 19.500 persone affette da patologie croniche semplici e a 28.500 persone sane o apparentemente sane (Figura 2).



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Figura 2. Stratificazione della popolazione per bisogno nelle CdC *hub*



Fonte: Elaborazione AGENAS

Nella CdC *hub* è garantita la:

- presenza medica h 24, 7 giorni su 7, anche attraverso il servizio di continuità assistenziale;
- presenza infermieristica h 24, 7 giorni su 7.

L'orario di attività articolato nell'arco delle 24 ore giornaliere permette alla CdC *hub* di svolgere funzioni di primo livello disponendo 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.

Le attività garantite dalla CdC *hub* riguardano: assistenza al pubblico e supporto amministrativo-organizzativo ai pazienti (PUA), assistenza primaria erogata attraverso équipe multiprofessionali e continuità assistenziale, assistenza infermieristica, assistenza specialistica ambulatoriale di primo e secondo livello, assistenza domiciliare, assistenza sanitaria e sociosanitaria, punto prelievi, diagnostica di base, prenotazioni con collegamento al Centro Unico di Prenotazione (CUP) aziendale, partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione. Nella seguente tabella vengono sinteticamente descritte le attività che deve svolgere la CdC *hub*.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Tabella 1. Attività della CdC *hub*

Attività della CdC <i>hub</i>	Descrizione
Assistenza primaria e continuità assistenziale	<p>L'assistenza primaria è erogata attraverso un'équipe multiprofessionale e multidisciplinare, principalmente costituita dal Medico del ruolo unico di assistenza primaria/PLS, dallo Specialista Ambulatoriale interno e dipendente, dall'IFoC, dall'Assistente Sociale del SSN e degli Enti Locali e dal personale di supporto (socio-sanitario, amministrativo). Eventuali altre figure professionali (es. psicologo e biologo ambulatoriali interni e dipendenti, personale riabilitativo, etc) possono essere ricomprese a seconda della specificità dei bisogni del paziente, tenendo conto dell'analisi dei bisogni della popolazione di riferimento della CdC <i>hub</i>, con particolare riguardo alla presa in carico della cronicità secondo modelli proattivi e di iniziativa, anche finalizzati all'intervento precoce e/o di tipo preventivo finalizzato al mantenimento delle capacità e dell'autonomia funzionale della persona.</p> <p>I professionisti coinvolti possono essere strutturati nella CdC <i>hub</i> o ad essa collegati funzionalmente, anche attraverso gli strumenti della telemedicina. Sono coinvolti nelle attività delle CdC <i>hub</i> anche il personale amministrativo, il personale tecnico sanitario, della riabilitazione, il farmacista, e tutte le altre figure necessarie ad assicurare l'implementazione delle funzionalità della struttura.</p>
PUA	<p>Servizio che svolge funzioni di accoglienza qualificata al pubblico e di supporto amministrativo-organizzativo alle persone garantendo risposta e accesso unitario ai servizi. Il PUA rappresenta, infatti, il luogo fisico in cui il cittadino trova accoglienza, informazione, orientamento e una prima valutazione in risposta alla richiesta di intervento per bisogni socio-sanitari (legati per esempio ad una condizione di fragilità e/o di non autosufficienza), attraverso l'integrazione e la stratificazione della valutazione della domanda, e la sinergia di figure professionali con competenze specifiche come il Medico del ruolo unico di assistenza primaria, l'IFoC, l'assistente sociale e i professionisti della riabilitazione.</p> <p>Apertura almeno 8.00-18.00, 6 giorni su 7.</p>
Assistenza infermieristica	<p>L'IFoC è la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella Comunità in cui opera, perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona. L'IFoC interagisce con tutti gli attori e le risorse presenti nella Comunità formali e informali. L'IFoC non è solo l'erogatore di interventi/prestazioni assistenziali, ma diventa la figura che garantisce, insieme agli altri professionisti della salute, la risposta assistenziale all'insorgenza di nuovi bisogni sanitari espressi e potenziali che insistono in modo latente nella Comunità.</p>



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Assistenza specialistica ambulatoriale	<p>Presenza di servizi ambulatoriali specialistici per le patologie ad elevata prevalenza, tra le quali l'area di cardiologia, di pneumologia/fisiopatologia respiratoria, di neurologia, di diabetologia, di oncologia, di geriatria, internistica, ecc., tenendo conto dell'analisi dei bisogni della popolazione di riferimento della CdC <i>hub</i>.</p>
Assistenza domiciliare	<p>Le cure domiciliari rappresentano un percorso assistenziale a domicilio costituito dall'insieme organizzato di interventi medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita delle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, anche mediante l'utilizzo della telemedicina.</p> <p>L'assistenza domiciliare sanitaria deve avere sempre la possibilità di integrarsi con l'assistenza domiciliare sociale erogata dagli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) e i protocolli di intervento devono essere unici o almeno unificati.</p> <p>Le risposte assistenziali previste nell'ambito dell'assistenza domiciliare sono articolate in differenti livelli di intensità, complessità assistenziale e tempestività che vengono individuati a partire dalla Valutazione Multidimensionale e dalla conseguente formulazione di un Progetto di Assistenza Individuale (PAI) che comprende, quando necessario, anche il Piano di Riabilitazione Individuale (PRI). Tale valutazione multidimensionale è effettuata dall'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) che garantisce, sempre in condivisione con il medico del ruolo unico di assistenza primaria/PLS per le competenze clinico-diagnostico-terapeutiche, la rivalutazione periodica dell'individuo e definisce criteri di chiusura della presa in carico.</p> <p>Il personale interessato deve essere proporzionato alla tipologia di attività erogata, in particolare: medici del ruolo unico di assistenza primaria/PLS, SAI e dipendenti, infermieri, operatori delle professioni sanitarie, professionisti della riabilitazione, operatori sociosanitari, e altri professionisti sanitari necessari a rispondere ai bisogni assistenziali individuati dal PAI/PRI.</p> <p>Il Medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta/PLS è il responsabile clinico del paziente.</p> <p>L'integrazione delle funzioni dei servizi di assistenza domiciliare con gli altri servizi assistenziali distrettuali che rispondono ai bisogni della persona assistita a domicilio avviene grazie al ruolo di coordinamento e raccordo del sistema delle COT aziendali.</p> <p>Il servizio di cure domiciliari garantisce la continuità assistenziale 7 giorni su 7 e 24 ore su 24 nelle modalità indicate dalla normativa nazionale e regionale vigente ivi compresi i servizi di telemedicina.</p>
Punto prelievi	<p>Il punto prelievi costituisce un servizio di supporto diagnostico-assistenziale nella gestione dei pazienti con problematiche cliniche non urgenti. Attraverso questo servizio, a seconda delle necessità, i campioni prelevati potranno essere analizzati dal laboratorio analisi collegato alla CdC <i>hub</i> oppure mediante analisi estemporanee effettuate attraverso il</p>



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

	<p>Point of Care Testing (PoCT), qualitativamente controllato, con il coinvolgimento del personale necessario.</p>
Servizi diagnostici	<p>I servizi diagnostici nella CdC <i>hub</i> sono finalizzati prioritariamente al monitoraggio della cronicità con la relativa strumentazione (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, tomografia ottica computerizzata - OCT, spirometro, diagnostica per immagini, ecc.) anche attraverso l'utilizzo di strumenti di telemedicina (telerefertazione, ecc.).</p> <p>Alle prestazioni diagnostiche della CdC <i>hub</i> accedono prioritariamente i pazienti cronici ed i cittadini della Comunità di riferimento.</p> <p>Le CdC <i>hub</i> dovranno dotarsi di strumentazioni medicali e dispositivi medici, tenendo conto dell'analisi dei bisogni della popolazione di riferimento.</p>
Prenotazioni con collegamento al CUP aziendale	<p>In ogni CdC <i>hub</i> deve essere attivato un sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale di riferimento per tutte le prestazioni erogate dal SSN. Tale servizio amministrativo concorre a garantire l'obiettivo di accesso unitario e integrato all'assistenza sanitaria e socioassistenziale proprio della CdC <i>hub</i> e garantisce informazioni, prenotazioni e accettazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale e diagnostica e, se previsto, di ritiro referti.</p> <p>Devono essere istituiti percorsi programmati dedicati ai pazienti cronici della comunità di riferimento della CdC <i>hub</i>, al fine di garantire una programmazione annuale delle visite di controllo, anche tramite la telemedicina.</p>
Integrazione con i servizi sociali	<p>L'integrazione con i servizi sociali può realizzarsi in tutti i passaggi assistenziali: al momento della valutazione iniziale, nell'erogazione dei servizi e nella valutazione in itinere che deve realizzare il continuum assistenziale socioassistenziale. Precondizione necessaria affinché la CdC <i>hub</i> produca integrazione è che gli strumenti facilitanti l'attivazione di integrazione socioassistenziale a livello istituzionale siano stati messi in campo con i Piani di zona e gli accordi di programma che impegnano il Distretto della Azienda Sanitaria Locale e l'ATS nello sforzo di leggere i bisogni di salute del proprio territorio e individuare i piani adeguati a farvi fronte, implementando anche sistemi informativi interoperabili.</p> <p>L'integrazione tra sistema sanitario e socioassistenziale, con specifici obiettivi di programmazione e di processo multilivello, è favorita dalla presenza dell'assistente sociale della CdC <i>hub</i>, professionista socioassistenziale che può garantire il raccordo con i servizi sociali dei comuni e con gli enti del Terzo Settore operativi in ambito socioassistenziale.</p>
Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione	<p>La partecipazione della Comunità e la co-produzione si possono sviluppare creando nuove dinamiche di comunicazione e coinvolgimento della popolazione all'interno di processi di promozione della salute, prevenzione e cura. Nella CdC <i>hub</i> la Comunità di riferimento può trovare le risposte ai bisogni di salute ma anche spazio per progettualità partecipate. Si intendono progettualità costruite in una prospettiva anche preventiva, pensate per contribuire a mantenere la popolazione in salute, da professionisti che dialogano con la Comunità e le diverse forme di</p>



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

rappresentanza dei cittadini, a partire dalle associazioni degli esperti per esperienza, per progettare nuovi servizi o riorganizzare quelli storici, in funzione di quelli che sono i bisogni e le esigenze emergenti nel territorio. Questo si realizza con la presenza e l'individuazione nella CdC *hub* dei professionisti competenti nel lavoro di Comunità, nel lavoro di rete e attraverso l'organizzazione di tavoli di confronto, permanenti o temporanei, tra enti pubblici, associazioni del Terzo Settore, che possano sviluppare, tra l'altro, sinergie e risposte innovative. All'interno della CdC *hub* è utile, inoltre, creare un contatto fra le persone e le associazioni di pazienti per specifiche patologie e con le altre associazioni che s'impegnano nell'aiuto alle persone fragili e nella difesa dei malati.

Per assicurare l'erogazione delle attività sopradescritte, secondo gli standard del DM 77/2022, la CdC *hub* deve avere la seguente presenza minima di personale:

- personale medico del ruolo unico di assistenza primaria h24;
- 7-11 IFoC;
- 1 assistente sociale del SSN;
- 5-8 unità di personale di supporto (sociosanitario, amministrativo);
- un numero congruo di ore di specialisti ambulatoriali interni e dipendenti in base ai bisogni di salute del territorio.

Le CdC *hub* possono ospitare forme associative e/o studi medici della medicina generale. L'assistenza sanitaria h24 è garantita da personale medico e infermieristico che dispone delle competenze professionali adeguate a fornire risposte a situazioni di minore criticità e bassa complessità e a garantire una prima risposta sanitaria sul territorio.

Inoltre, considerando il bacino di utenza massimo della CdC *hub* pari a 50.000 abitanti, ad ogni CdC *hub* afferiscono funzionalmente i Medici del ruolo unico di assistenza primaria nei modi definiti dall'Accordo Collettivo Nazionale (ACN). Tali medici, appartenenti alle rispettive AFT, devono essere collegati tra loro e con la CdC *hub*, anche attraverso la condivisione di strumenti e sistemi applicativi informatici, che permettono interscambio di informazioni allo scopo di diagnosi e cura.

I Medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta operano all'interno della CdC *hub* e *spoke* secondo la programmazione regionale e aziendale e nei rispettivi studi professionali al fine di garantire la capillarità del servizio erogato, in particolare nelle aree interne e rurali.

L'associazione di più Medici del ruolo unico, che svolgono la propria attività in una stessa struttura fisica, può costituire una CdC *spoke*, all'interno dell'AFT di riferimento territoriale, fermo restando la garanzia dei servizi, la copertura oraria e gli standard come definiti dalla normativa e mediante l'integrazione con l'AFT dei SAI.

Alle AFT dei Medici del ruolo unico di assistenza primaria, dei PLS e dei SAI è affidata la responsabilità di attuazione dei "modelli di Sanità di Iniziativa", in coerenza con l'analisi e la programmazione distrettuale.

Tutte le CdC *spoke* afferiscono funzionalmente alla CdC *hub* di riferimento e devono garantire la presenza medica e infermieristica h12, 6 giorni su 7, nel rispetto dei requisiti e degli standard minimi previsti dal DM 77/2022.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

In merito all'**assistenza infermieristica**, la CdC *hub* al fine di assicurare i servizi dovrà essere dotata di 7-11 IFoC organizzati secondo il seguente modello:

- 1 Coordinatore infermieristico;
- 2-3 IFoC per le attività ambulatoriali legate alla cronicità;
- 3-5 IFoC per le attività di triage e di valutazione dei bisogni di salute;
- 1-2 IFoC per l'assistenza domiciliare di base, le attività di prevenzione e la teleassistenza;
- un ulteriore numero di infermieri a seconda del volume di attività prevista per le altre attività all'interno della CdC *hub*.

Gli **IFoC impegnati nelle attività ambulatoriali delle CdC *hub*** operano nell'ambito dei servizi dedicati alla cronicità per le patologie ad elevata prevalenza, quindi monitorano il percorso assistenziale, contribuendo alla programmazione delle attività anche attraverso l'utilizzo di strumenti digitali e di telemedicina e teleassistenza. Inoltre, gli IFoC forniscono assistenza infermieristica in collaborazione con tutti i professionisti presenti e con tutti i servizi aziendali.

Gli **IFoC impegnati nelle attività di triage e di valutazione dei bisogni di salute** collaborano all'intercettazione e alla valutazione del bisogno di salute e a favorire l'accessibilità e l'orientamento ai servizi. Inoltre, svolgono tale attività nell'ambito del PUA e delle UVM, nonché promuovono l'integrazione con i servizi sociali, collaborando con gli assistenti sociali e gli altri professionisti presenti nel PUA e con tutta la rete di offerta compresa la funzione di raccordo con il Terzo Settore. Inoltre, l'IFoC svolge una funzione di orientamento della Comunità e interagisce con le risorse formali e informali e concorre a realizzare la rete del welfare di Comunità/generativo.

Gli **IFoC impegnati nell'assistenza domiciliare di base**, in collaborazione con i medici e i professionisti della salute, svolgono interventi/prestazioni assistenziali domiciliari coerentemente con il PAI, in presenza o da remoto, anche attraverso l'uso di strumenti di telemedicina, con il coinvolgimento, ove occorra, del personale di supporto. Inoltre, contribuiscono alla valutazione dei bisogni del singolo e della famiglia ed erogano l'assistenza infermieristica, facilitando, per le situazioni assistenziali a medio-alta complessità, l'attivazione della rete territoriale e dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). Per la gestione integrata di bisogni legati alla perdita di capacità e autonomia funzionale si raccordano con i fisioterapisti e i logopedisti, in coerenza con il PAI/PRI definito.

A titolo esemplificativo, di seguito è riportata una stima del bacino di utenza medio oggetto delle attività di assistenza domiciliare di base erogate dalla CdC *hub*. Tenendo conto che il bacino di utenza della CdC *hub* è 50.000 persone e che gli over 65 sono circa il 24% della popolazione generale, ogni CdC *hub* assicura assistenza a circa 12.000 persone over 65. Stimando che di questi almeno il 10% (1.200 assistiti) sarà assistito a domicilio e che il 60% degli assistiti a domicilio necessita di cure domiciliari di base, la CdC *hub* dovrà organizzare tali servizi su un bacino di utenza di circa 720 persone over 65.

Si ricorda che l'assistenza domiciliare di base è effettuata coerentemente con il PAI definito nell'ambito dell'UVM con la responsabilità clinica del Medico del ruolo unico di assistenza primaria, con la collaborazione dell'IFoC laddove previsto e/o del medico specialista ambulatoriale interno e dipendente. Gli accessi presso il domicilio del paziente possono essere effettuati in presenza o mediante strumenti di telemedicina. Gli IFoC integrati nell'équipe multidisciplinare collaborano per quanto di loro competenza alla formulazione del PAI/PRI in sinergia con gli altri professionisti ed operatori.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

L'**assistente sociale** è il professionista sociosanitario della CdC *hub* che agisce negli interventi di valutazione (o di rilevazione) degli aspetti sociali che influiscono sui bisogni di salute e nei percorsi integrati di presa in carico con attenzione alla persona, alla famiglia e al contesto di relazione e sociale nel quale è inserita e in rapporto all'ambiente. La figura dell'assistente sociale svolge la propria attività con la Comunità occupandosi della lettura delle risorse e delle problematiche presenti in un dato territorio nonché della promozione di risposte comunitarie e partecipate; agisce nell'organizzazione e attivazione di processi di integrazione sociosanitaria, interni ed esterni alla CdC *hub*. In particolare, assicura gli opportuni raccordi tra i servizi sanitari e sociosanitari ed i servizi sociali, sia a livello operativo nella costruzione di progetti personalizzati ai bisogni di salute, sia a livello organizzativo per la definizione di protocolli e percorsi che richiedono azioni congiunte tra sistema sanitario e sociosanitario e sistema sociale degli ATS/enti locali.

L'attività deve essere organizzata in modo tale da permettere un'azione d'**équipe multiprofessionale e multidisciplinare** descritta nella tabella 1.

La centralità delle CdC *hub*, pertanto, è realizzata attraverso un sistema di relazione multiprofessionale che garantisce il governo della domanda, le funzioni di sanità di iniziativa, di presa in carico, di accesso unitario, di filtro, di accesso e indirizzo dei pazienti; il coordinamento tra sociale e sanitario; sul lato della governance il 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:

- Rete intra-CdC: costituita dalla messa in rete tra professionisti che svolgono la loro attività anche nelle forme associative che hanno sede fisica all'interno della CdC *hub* e quelle che vi sono funzionalmente collegate;
- Rete inter-CdC: costituita dalla messa in rete tra CdC *hub* e CdC *spoke* al fine di contemperare le esigenze di capillarità erogativa e di prossimità con la necessità di raggiungere una massa critica per alcuni servizi a maggiore intensità specialistica e tecnologica, sia per poter rispondere in modo flessibile ai diversi contesti geografici e di densità abitativa e livelli di presenza attiva dei Medici del ruolo unico di assistenza primaria nelle strutture ambulatoriali delle CdC;
- Rete territoriale: la CdC *hub* è messa in rete con gli altri settori assistenziali territoriali, quali assistenza domiciliare, specialistica ambulatoriale interna e dipendente territoriale e ospedaliera, OdC, *hospice* e rete delle cure palliative, Residenze Sanitarie Assistenziali, Consultori familiari e attività rivolte ai minori, servizi per la salute mentale, dipendenze e disabilità, servizi sociali e altre forme di strutture intermedie e servizi;
- Rete territoriale integrata: la CdC *hub* è in rete con l'attività ospedaliera, anche grazie all'ausilio di piattaforme informatiche, in particolare quella specialistica ambulatoriale o di *day service* svolta in questo contesto. Questo può avvenire nella doppia direzione di invio di pazienti selezionati dalla CdC, per fasi di processi assistenziali e stadi di patologia che richiedono prestazioni ospedaliere ambulatoriali specialistiche. Tale forma di integrazione e coordinamento ha una maggiore valenza soprattutto in merito alla gestione comune dei malati cronici più complessi e ad alto grado di instabilità, che sono soggetti a frequenti ricoveri. In tal modo sono generati meccanismi di condivisione delle conoscenze tra i professionisti della CdC e quelli ospedalieri, a favore anche di una maggiore articolazione delle competenze professionali all'interno della CdC.

Il coordinamento delle attività delle CdC *hub* con le altre strutture/servizi territoriali e non, tenuto conto delle caratteristiche territoriali delle aziende sanitarie e degli enti locali regionali, avviene mediante la COT che opera come principale vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti della rete.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

2.2 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 *hub* 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 *hub*.

Il presente capitolo indica le dotazioni tecnologiche di cui dovranno dotarsi le CdC *hub* 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.

Di seguito viene riportato il kit base comune di dispositivi che può essere utilizzato in tutte le branche specialistiche e di cui dovranno dotarsi le CdC *hub*. La dotazione di tali dispositivi dovrà essere adeguata in termini di tipologia e quantità in relazione alla specificità dell'attività svolta.

Requisiti tecnologici comuni a tutti i servizi

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.

Le attrezzature che compongono il kit di base per ambulatorio di seguito elencate possono essere utilizzate da tutti i professionisti sanitari operanti all'interno delle medesime strutture:

- Sfigmomanometro digitale;
- Saturimetro;
- Glucometro;
- Bilancia con altimetro per il calcolo del BMI e dotata di impedenzometria;



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

- Metro sartoriale per la misurazione della circonferenza addominale e delle anche per la sindrome metabolica;
- Martelletto per riflessi neurologici.

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 essere garantita la presenza della seguente strumentazione diagnostica, anche finalizzata alla gestione e al monitoraggio delle patologie a maggiore prevalenza:

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



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

3. Sezione conclusiva

3.1 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 *hub* su tutto il territorio nazionale, 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, sono necessari momenti formativi locali e nazionali 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 a livello nazionale. 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.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

4. Riferimenti normativi e bibliografici

- Relazione sullo Stato Sanitario del Paese, 2017-2021. Ministero della Salute.
- Italia Domani Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza <https://italiadomani.gov.it/it/home.html>
- Demo ISTAT. Accessibile al sito <https://demo.istat.it/>
- 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
- 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)
- Art. 32 della Costituzione;
- 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.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Abbreviazioni

ACN	Accordo Collettivo Nazionale
ADI	Assistenza Domiciliare Integrata
AFT	Aggregazione Funzionale Territoriale
AGENAS	Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali
ATS	Ambito Territoriale Sociale
CdC	Casa della Comunità
COT	Centrale Operativa Territoriale
CUP	Centro Unico di Prenotazione
DM 77/2022	Decreto Ministeriale n. 77 del 23 maggio 2022
FSE	Fascicolo Sanitario Elettronico
GdL	Gruppo di Lavoro
IFoC	Infermiere di Famiglia o Comunità
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
M6C1	Missione 6 Componente 1
NGEU	Next Generation EU
OCT	Tomografia Ottica Computerizzata
OdC	Ospedale di Comunità
PAI	Piano / Progetto di Assistenza Individuale
PDTA	Percorso Diagnostico-Terapeutico Assistenziale
PLS	Pediatra di Libera Scelta
PNRR	Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
PNT	Piattaforma Nazionale di Telemedicina
PoCT	Point of Care Testing
PRI	Piano di Riabilitazione Individuale
PUA	Punto Unico di Accesso
SAI	Specialista Ambulatoriale Interno
SSN	Servizio Sanitario Nazionale
UCA	Unità di Continuità Assistenziale
UE	Unione Europea
UVM	Unità di Valutazione Multidisciplinare

