



## I tre pilastri del Servizio Sanitario Nazionale alla luce del DM 77

Pietro Manzi

LUIS-MELENDZ-UNSPLASH

### Introduzione

L'emanazione del DM77 ovvero "Regolamento recante la definizione di modelli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale del Servizio Sanitario nazionale" pubblicato su G.U. n.144 del 22/06/2022, a distanza di 44 anni dalla istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, sollecita una riflessione sulla evoluzione di modelli organizzativi in sanità pubblica.

Il legislatore, al termine dell'evento pandemico più importante degli ultimi 100 anni, ritiene opportuno fornire dei nuovi modelli di sviluppo specificamente per l'ambito territoriale.

Questo breve lavoro analizza le novità introdotte e pone l'accento sulla necessità di integrazione tra il modello territoriale e quello ospedaliero ricordando

le basi sulle quali è stato costituito e sostenuto fino ad ora il SSN.

### Sintesi del DM77

Con il DM 77/2022 (1) vengono definiti: le strutture che compongono la rete dei servizi territoriali; gli standard in rapporto alla popolazione; i parametri di riferimento del personale; le modalità organizzative e funzionali; gli obiettivi strategici di riferimento, la governance del sistema.

Il modello organizzativo disegnato ruota **intorno al Distretto Sanitario** che costituisce il centro di riferimento per l'accesso a tutti i servizi delle ASL e che, deve rappresentare il baricentro e il motore per l'assistenza territoriale quale "*struttura pubblica forte*", che coordina strutture e professionisti sanitari

e sociali.

Entro il 2026 saranno realizzate 1.350 **Case della Comunità** rinnovate e tecnologicamente attrezzate, organizzate in "hub" e "spoke" "alla luce 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. Le Case di Comunità "hub" (una ogni 40.000-50.000 abitanti) prevedono l'assistenza medica (h 24 – 7 giorni su sette) ed infermieristica (h 12 – 7 giorni su sette), mentre quelle "spoke" dovranno garantire, insieme ad altri servizi come il Punto Unico di Accesso (PUA), il collegamento con il CUP aziendale e la presenza medica e infermieristica (12 ore al giorno – 6 giorni su sette).

Con i Fondi del PNRR verranno realiz-

zati **400 Ospedali di Comunità** dotati di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti. Alla funzione di coordinamento della presa in carico della persona e di raccordo tra i servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali provvederanno le Centrali Operative Territoriali (COT), che si interfacciano anche con la Centrale Operativa Regionale 116117. Quest'ultima è la sede del Numero Europeo Armonizzato per le cure mediche non urgenti, che offre un servizio telefonico gratuito h24 e 7 giorni su 7 per tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensità assistenziale.

Al Distretto afferiscono anche le **Unità di Continuità Assistenziale (UCA)**, che vengono mantenute in vita dopo la sperimentazione durante la fase pandemica quale equipe mobile composta da almeno un medico e un infermiere per la gestione e il supporto alla presa in carico di soggetti o di comunità che versano in condizioni di particolare complessità; le UCA rappresentano una importante novità nella *funzione di collegamento*. Particolare rilievo viene attribuito alla figura **l'Infermiere di Famiglia o Comunità** che è la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera, perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti ponendo al centro la persona.

Per quanto attiene il potenziamento **dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)**, che entro il 2016 dovrà raggiungere il **10% degli over 65**, un ruolo fondamentale viene svolto dalla **Telemedicina** che rappresenta un approccio innovativo alla sanità che, se inclusa

in una rete di cure coordinate, consente l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali.

Inoltre il DM 77 indica anche le modalità d'azione della Rete delle Cure Palliative, dei Servizi per la Salute dei minori, dei Consultori Familiari e per la Prevenzione in ambito Sanitario, Ambientale e Climatico.

Il DM 77 introduce:

**a) La Stratificazione della Popolazione** per profili di rischio, attraverso algoritmi predittivi, permette di differenziare le strategie di intervento per la popolazione e per la presa in carico degli assistiti sulla base del livello di rischio, di bisogno di salute e consumo di risorse.

**b) La Medicina di Popolazione:** si pone come obiettivo la promozione della salute della popolazione di riferimento, attraverso l'utilizzo di modelli di stratificazione ed identificazione dei bisogni di salute basati sull'utilizzo di dati.

**c) La Sanità di Iniziativa:** è un modello assistenziale di gestione delle malattie croniche fondato su un'assistenza proattiva all'individuo dalle fasi di prevenzione ed educazione alla salute fino alle fasi precoci e conclamate della condizione morbosa.

### **Le Funzioni distrettuali**

**Le funzioni distrettuali (2)** definite dal D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, in attuazione dell'art.1 della legge n. 419/98" - ne **risultano rafforzate**.

Queste le componenti fondamentali:

l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, il coordinamento dei medici di medici-

na generale e dei pediatri di libera scelta l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale,

assistenza specialistica ambulatoriale la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze;

attività o servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia;

attività o servizi rivolti a disabili ed anziani;

attività o servizi di assistenza domiciliare integrata;

attività o servizi per le patologie da HIV e per le patologie in fase terminale:

Figura centrale per gli aspetti gestionali è il Direttore del Distretto:

"1. Il direttore del distretto realizza le indicazioni della direzione aziendale, gestisce le risorse assegnate al distretto, in modo da garantire l'accesso della popolazione alle strutture e ai servizi, l'integrazione tra i servizi e la continuità assistenziale. Il direttore del distretto supporta la direzione generale nei rapporti con i sindaci del distretto.

2. Il direttore di distretto si avvale di un ufficio di coordinamento delle attività distrettuali, composto da rappresentanti delle figure professionali operanti nei servizi distrettuali. Sono membri di diritto di tale ufficio un rappresentante dei medici di medicina generale, uno dei pediatri di libera scelta ed uno degli specialisti ambulatoriali convenzionati operanti nel distretto.

3. L'incarico di direttore di distretto è attribuito dal direttore generale a un dirigente dell'azienda, che abbia maturato una specifica esperienza nei servizi territoriali e un'adeguata formazione nella loro organizzazione, oppure a un medico convenzionato, ai sensi dell'articolo 8, comma 1, da almeno dieci anni, con contestuale congelamento di un

Gli indicatori individuati sono **88**:

- 16 per la prevenzione collettiva e sanità pubblica;
- 33 per l'assistenza distrettuale;
- 24 per l'assistenza ospedaliera;
- 4 indicatori di contesto per la stima del bisogno sanitario;
- 1 indicatore di equità sociale;
- 10 indicatori per il monitoraggio e la valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA).

corrispondente posto di organico della dirigenza sanitaria.”.

Si pone con forza la tematica della **introduzione di procedure concorsuali** per l'affidamento del ruolo di Direttore di Distretto, visto che il ruolo è evidentemente assimilabile ad una Struttura Complessa, vista la rilevanza che tale figura assume nell'ambito del coordinamento e della sintesi delle diverse funzioni territoriali.

### Il Dipartimento di Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione (DP), (3) come previsto dagli articoli 7, 7-bis, 7-ter e 7-quater del decreto legislativo 502/1992 e s.m., ha il compito di promuovere azioni volte a individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale, mediante *iniziative coordinate con i distretti e con i dipartimenti dell'azienda sanitaria locale e delle aziende ospedaliere*, prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline.

Standard massimo di popolazione per DP = 1: 500.000 abitanti.

Come dal LEA “Prevenzione collettiva e sanità pubblica” e come da DPCM 12 gennaio 2017 (4) **gli obiettivi del Dipartimento di Prevenzione rimangono immutati a seguito del DM77:**

A - Sorveglianza, prevenzione e con-

trollo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali

B - Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati

C - Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro

D - Salute animale e igiene urbana veterinaria

E - Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori

F - Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening, sorveglianza e prevenzione nutrizionale

G - Attività medico legali per finalità pubbliche.

Vista l'ampiezza nel rapporto con la popolazione, si pone per il Dipartimento di Prevenzione la necessità di trovare sedi operative e di accesso all'interno delle strutture territoriali, tali da consentire la capillarità necessaria nella azione e una corretta distribuzione geografica.

### Il Modello Orizzontale Integrato di Cure Primarie

L'integrazione dell'assistenza sanitaria è tutelata dal Nuovo Sistema di Garanzia, Decreto 12 Marzo 2019 (5) con i seguenti indicatori:

Come si può osservare le Aziende Sanitarie Locali non raggiungono gli obiettivi se non provvedono alla integrazione tra gli indicatori, che sono equamente suddivisi tra prevenzione, distretto ed ospedale.

Il Distretto e la COT svolgono funzione di *meccanismo di regolazione dei flussi sanitari* garantendo il **livello assistenziale di media intensità**, attraverso tutte le funzioni attualmente disponibili sul territorio (MMG, AFT, UCCP, PES,

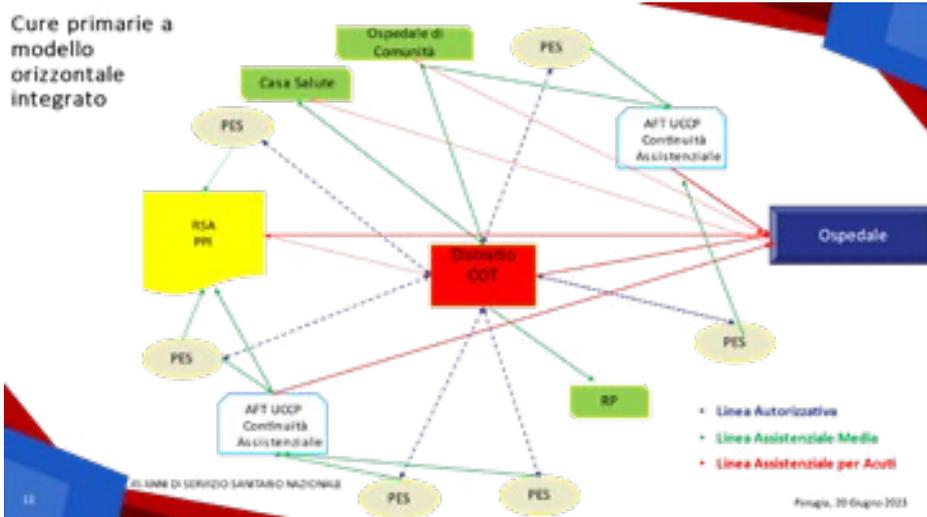


Figura 1 Cure primarie e modello orizzontale integrato



Fonte: progetto CLA (organizzazione lean dell'assistenza), relazione del DG dott. Marroni

Continuità Assistenziale, RSA, Case di Comunità, Case della Salute, Ospedali di Comunità).

Il livello assistenziale di media intensità risulta potenziato a seguito della applicazione del DM77.

Rimane **al Distretto la titolarità della azione amministrativa** autorizzativa e di governo della spesa territoriale essenziale per mantenere l'equilibrio di bilancio. (Fig.1 Schema dell'Autore)

Il livello ospedaliero rimane ancorato alla attuazione del DM 70/2015 (6) , ma l'avvento del DM77 induce una transizione attrattiva verso il territorio e spinge verso una differenziazione di ruoli.

Gli Ospedali di base e i Dea di I livello , quali strumenti operativi della assistenza per acuti della Azienda Sanitaria, stabiliscono legami sempre più solidi con le funzioni territoriali facendosi carico della diagnosi e del trattamento delle patologie acute di complessità medio-bassa; questi ospedali sono la sede di incrocio dei principali PDTA.

Le linee organizzative dell'ospedale rimangono sostanzialmente stabili nella impostazione generale. (Fig.2)

Le Aziende Ospedaliere sede di DEA di

Il livello, invece, incrementano la spinta verso la alta specializzazione e verso la diagnosi e il trattamento delle patologie acute di medio-alta complessità.

Le Aziende Ospedaliere sono sede del trattamento di patologie ad alta complessità ed acuzie (Centro Ustioni, Centro Traumatologico, Neurochirurgia, Cardiocirurgia, Radiologia interventistica ecc ...) favoriscono i rapporti con l'Università (Aziende Ospedaliere Universitarie) e facilitano le attività di didattica e di ricerca e la medicina traslazionale.

Vedasi dal punto di vista normativo il DECRETO LEGISLATIVO 7 dicembre 1993, n. 517 Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421. (7) In particolare perseguono i seguenti assi di sviluppo ad alto contenuto tecnologico e ad alto consumo di risorse:

- 1) Robotica
- 2) Trapianti
- 3) Oncologia
- 4) Malattie rare
- 5) Medicina rigenerativa

Il buon funzionamento delle Aziende

Ospedaliere è determinato dal buon funzionamento del **Modello Orizzontale Integrato di Cure Primarie** , che include al suo interno gli Ospedali di base e i Dea di I livello; la soddisfazione completa dei LEA all'interno di questo circuito evita il sovraffollamento dei Pronti Soccorsi e garantisce una equità di accesso alle cure.

Si viene quindi a creare una progressiva demarcazione di competenze e di ruoli, nel quale gli ospedali di base e i DEA di I livello sono sempre più funzionali ad uno stretto rapporto con le esigenze territoriali, mentre le Aziende Ospedaliere competono sul piano regionale e nazionale per una sempre maggiore complessità, precisione e sofisticazione delle cure mediche.

#### La digitalizzazione e i sistemi informativi

In merito al tema il DM77 riporta:

“In coerenza con l'obiettivo di aumentare l'accessibilità e ridurre le disuguaglianze nell'accesso alle cure e garantire un approccio quanto più omogeneo possibile sul territorio, e in considerazione delle potenzialità delle moderne tecnologie ICT, i sistemi che erogano prestazioni di telemedicina, che operino a qualsiasi livello aziendale, regionale, interregionale e/o nazionale, devono:

- interoperare con i diversi sistemi nazionali (ANA, NSIS, TS, PAGOPA, SPID, etc.) e regionali (FSE, CUP, etc.) a supporto dell'assistenza sanitaria, garantendo il rispetto degli standard di interoperabilità nei dati;
- supportare la convergenza di processi e strutture organizzative, seppur con la necessaria flessibilità in base alle esigenze specifiche, anche superando la frammentazione tecnologica;

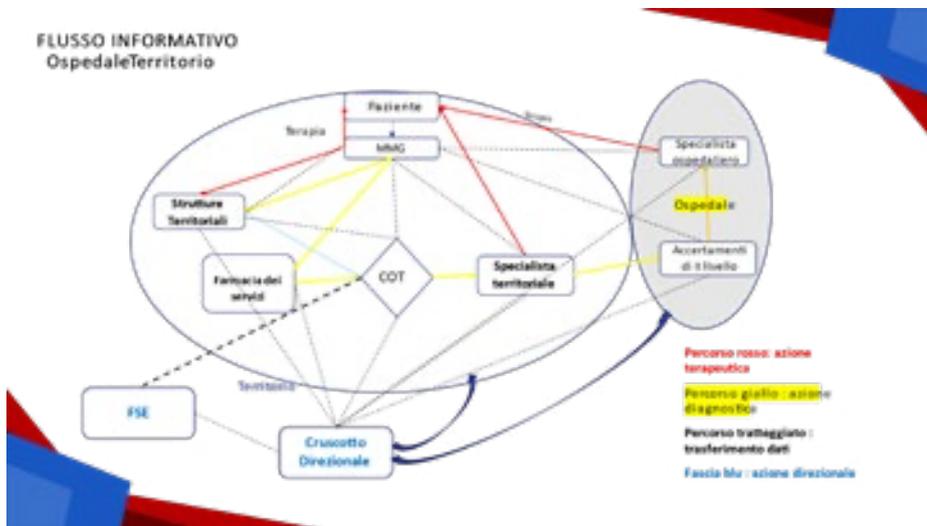


Figura 3 Flusso informativo Ospedale Territorio

- supportare l'attivazione di servizi di telemedicina per i singoli pazienti, in base alle indicazioni del Progetto di salute;
- uniformare le interfacce e le architetture per la fruizione delle prestazioni di telemedicina, sia per l'utente che per il professionista, in un'ottica di semplificazione, fruibilità e riduzione del rischio clinico, assicurando anche l'integrazione con i sistemi di profilazione regionali/nazionali (es. SPID);
- mettere a disposizione servizi strutturati in modo uniforme e con elevati livelli di sicurezza, sull'intero territorio, sviluppati con approccio modulare e che garantiscono il rispetto delle vigenti indicazioni nazionali.

La progressiva digitalizzazione è quindi funzionale anche alla applicazione del DM77 e lo sviluppo della telemedicina è un ulteriore fattore di integrazione tra ospedale e territorio (fig.3 Schema dell'Autore)

La presenza di linee di collegamento stabili e certificate consente il piano svolgimento di tre azioni essenziali per il funzionamento del SSN:

- 1) L'azione diagnostica
- 2) L'azione terapeutica
- 3) L'azione direzionale

Tutto il sistema sanitario evolve verso la raccolta e la trasmissione certificata dei dati, questi confluiscono nel Fascicolo Sanitario Elettronico, che diventa uno strumento essenziale anche per le cure

primarie.

Se il territorio va sempre più verso una crescente digitalizzazione anche l'ospedale è sempre più digitale e partecipa alla raccolta e alla classificazione dei dati sia per le attività interne, con i propri gestionali, che alla alimentazione dei flussi regionali e nazionali. (Fig. 5 Schema dell'Autore)

Il limite di una piena integrazione dei sistemi è attualmente costituito dalla miriade di soluzioni digitali diverse, che non trovano adeguata sintesi; uno degli ostacoli è costituito dal costo che i singoli adattamenti comportano, ma anche la disomogeneità dell'atteggiamento dei professionisti rispetto allo strumento informatico è un importante elemento di rallentamento.

Ulteriore difficoltà alla integrazione è posta dal rispetto della normativa sulla riservatezza e sul trattamento di dati sulla salute in ambito sanitario ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (8), in quanto i dati presenti nel Fascicolo Sanitario Elettronico sono fruibili solo con il consenso dell'interessato e analogamente i dati clinici possono essere utilizzati per attività di ricerca solo con il consenso

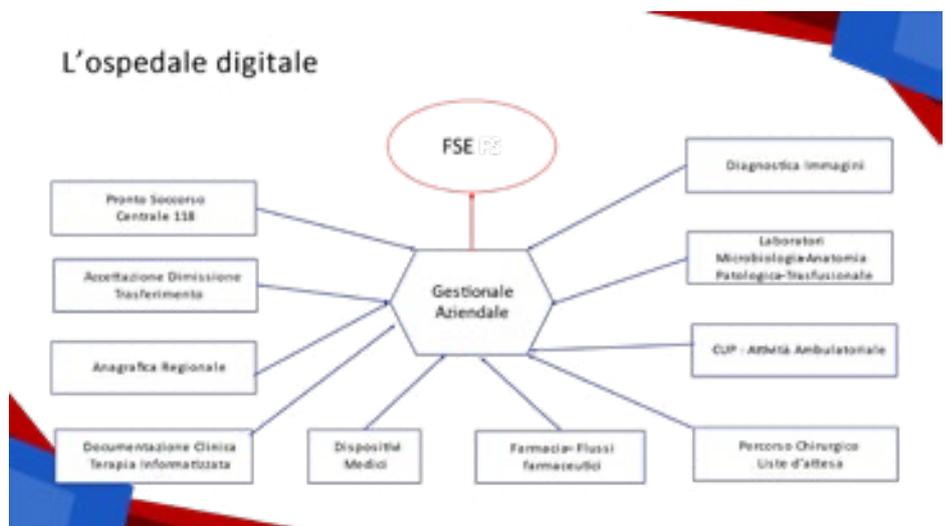


Figura 4 L'ospedale digitale

dell'interessato.

La stratificazione della popolazione in base alle patologie e la medicina di popolazione necessitano di una maggiore facilità nella raccolta dei dati clinici, pertanto ci aspetta che i prossimi mesi apportino delle soluzioni tecniche ed organizzative atte a risolvere questo apparente conflitto di interessi.

E' evidente che una siffatta materia necessita di coordinamento e pertanto il legislatore ha assegnato ad AGENAS un ruolo importante in tal senso.

Il decreto legge 8 aprile 2020 n. 23 (9), convertito con modificazioni della legge 5 giugno 2020 n. 40, ha affidato ad AGENAS il compito di collaborare all'azione di potenziamento della rete di assistenza ospedaliera e territoriale, al fine di assicurare la più elevata risposta sanitaria all'emergenza epidemiologica. Inoltre, con decreto legge 27 gennaio 2022 n. 4, convertito con modificazioni dalla legge 28 marzo 2022 n. 28, è stato assegnato ad AGENAS il ruolo di Agenzia nazionale per la sanità digitale, con l'obiettivo di assicurare il potenziamento della digitalizzazione dei servizi e dei processi in sanità.

## Conclusioni

In definitiva quindi emerge da questa sintetica lettura di alcune delle principali norme, che hanno modulato negli anni gli assetti organizzativi del Servizio Sanitario Nazionale, che i tre pilastri Distretto, Dipartimento di Prevenzione e Ospedale rimangono centrali nella corretta e completa erogazione dei servizi sanitari.

Ma la diversificazione degli interventi legislativi, che riflette la modificazione dei mutamenti sociali di questi ultimi 40 anni, richiede un ulteriore sforzo di sintesi.

Rimangono quindi alcuni interrogativi ancora aperti sulle principali strategie da adottare:

1 Investire in impianti, soluzioni tecnologiche e organizzative che consentano maggiore costo-efficacia

2 Investire in servizi, attraverso una capacità erogativa che punti a rispondere ai bisogni emergenti

3 Innovare le logiche di approvvigionamento sul versante dei beni sanitari

4 Investire in rinnovamento infrastrutturale (PNRR)

5 Favorire logiche per lo sviluppo di competenze e la valorizzazione dei professionisti

6 Ribilanciare lo skill mix del personale

7 Investire in digital health (Telemedicina, Teleassistenza, Intelligenza Artificiale) (PNRR)

8 Conservare e sviluppare ulteriormente la cultura della missione investendo in competenze e strumenti di pianificazione strategica

Sono tutte linee di attività condivisibili, ma richiedono una forte azione di committenza e una importante capacità decisionale di vertice.

L'organizzazione sanitaria segue l'evoluzione della società e ne interpreta i bisogni ma anche le contraddizioni.

Il futuro del SSN è affidato ai professionisti e ai cittadini in misura direttamente proporzionale alla coscienza civica e alla percezione del valore della salute quale bene comune.

## Bibliografia

- 1) DM 77 Regolamento recante la definizione di modelli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale del Servizio Sanitario nazionale" pubblicato su G.U. n.144 del 22/06/2022
- 2) D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, in attuazione dell'art.1 della legge n. 419/98"

3) 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.

4) DPCM 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

5) DECRETO 12 marzo 2019 Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria. (GU Serie Generale n.138 del 14-06-2019)

6) DECRETO 2 aprile 2015, n. 70 Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. (GU Serie Generale n.127 del 04-06-2015)

7) DECRETO LEGISLATIVO 7 dicembre 1993, n. 517 Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.

8) REGOLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati)

9) DECRETO-LEGGE 8 aprile 2020, n. 23 Misure urgenti in materia di accesso al credito e di adempimenti fiscali per le imprese, di poteri speciali nei settori strategici, nonché interventi in materia di salute e lavoro, di proroga di termini amministrativi e processuali.

*Pietro Manzi,  
direttore sanitario  
Azienda Ospedaliera Santa Maria Terni*