

INFERMIERISTICA DI COMUNITÀ

Dott.ssa Laura De Biasio

a.a. 2025- 2026

Several thin, parallel white lines of varying lengths and orientations are positioned in the bottom right corner of the slide, creating a modern, abstract graphic element.

I TRE LIVELLI FONDAMENTALI DELL'ASSISTENZA SANITARIA

I LIVELLI SONO
INTERCONNESSI
TRA LORO



Il **primo livello** di contatto dei cittadini con il Sistema Sanitario

MMG – PLS – IFeC – altri prof. San
Coordinano l'assistenza con i servizi di cure secondarie e intermedie



Cure secondarie: per fare diagnosi e il trattamento di malattie complesse e sono fornite da specialisti

Cardiologi – oncologi – ortopedici ecc



Cure intermedie: tra le cure primarie e secondarie

Erogate in diversi setting: strutture residenziali per anziani – ospedale di comunità – centri diurni - RSA



OBIETTIVI:

- AIUTANO A RIDURRE I RICOVERI OSPEDALIERI
- MIGLIORANO LA QUALITÀ DI VITA
- GARANTIRE UN'ASSISTENZA PERSONALIZZATA E COORDINATA

DECRETO BALDUZZI – D.L. 158/2012

«Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute» RIFORMA DELLE CURE PRIMARIE (ART. 1)

Promozione della medicina territoriale → ruolo strategico alle cure primarie

Rafforzamento dell'assistenza sanitaria sul territorio:

multiprofessionale, multidisciplinare e multisettoriale
Offerta servizi sulle 12/24 h

Le regioni organizzano l'assistenza primaria secondo:

- ❑ modalità operative monoprofessionali = aggregazioni funzionali territoriali (AFT)
- ❑ forme organizzative multiprofessionali = unità complesse di cure primarie (UCCP) che erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il Ssn, degli infermieri, delle ostetriche, delle tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria

Visione del Decreto Balduzzi

	AFT AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI	UCCP UNITÀ COMPLESSE DELLE CURE PRIMARIE
Che cosa sono	aggregazioni funzionali di professionisti distinte per MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali	Gruppi di Medici convenzionati MMG, PLS, MCA, Specialisti e altri Professionisti sanitari convenzionati, con eventuali altri operatori per garantire i LEA, presa in carico dell'utente
Obiettivi	obiettivi di salute definiti dalla programmazione regionale e aziendale	Integrazione socio-sanitaria, medicina d'iniziativa, assistenza h. 24 die e 7 gg. su 7
Cosa fanno	• condividono GPC buone pratiche, peer review, ricerca... • monitoraggio e verifica obiettivi da parte del Distretto	• erogano prestazioni sanitarie, nell'ambito dei LEA • sono attivate secondo i bisogni della pop., le caratteristiche oro-geografiche e demografiche
Dove operano	• nei propri studi e sono individuati in ambito infradistrettuale • adottano percorsi di integrazione con MCA e ospedale	• in sede unica o con sede di riferimento, nell'ambito dell'organizzazione distrettuale
Come vengono attivate	La Regione, con le OO.SS. individua le AFT entro 6 mesi, tenendo conto, per i MMG, di: pop. ≤ 30.000 ab. e almeno 20 medici	La Regione con le OO.SS. disciplinerà tutti gli aspetti: indennità, incentivi, dotazioni strumentali etc.

IL PRIMO LIVELLO



Il primo livello di contatto dei cittadini con il Sistema Sanitario

MMG – PLS – IFeC – altri prof. San

Coordinano l'assistenza con i servizi di cure secondarie e intermedie



MMG → RUOLO CENTRALE

COLLABORA CON
INFERMIERI –
FARMACISTI –
FISIOTERAPISTI



VISITE DOMICILIARI E
PROGRAMMI DI
MONITORAGGIO
TELEMEDICINA

CURE INTEGRATE A LIVELLO NAZIONALE

- Legge 833/78
 - Decreto Legislativo 502/1992
 - Legge 8 novembre 2012 n. 189 «Legge Balduzzi»
 - Piani Sanitari Nazionali
 - Legge 328/2000
 - DPCM 12 gennaio 2017 «Definizione e aggiornamento dei LEA»
 - Piano Nazionale della Cronicità
 - PNRR – Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – D.M. 77/2022
- 
- Several white lines of varying lengths and orientations are positioned in the bottom right corner of the slide, creating a modern, abstract graphic element.

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](#).

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.



IL DISTRETTO NELLE CURE PRIMARIE

STRUTTURA AZIENDALE DOTATA DI
AUTONOMIA TECNICO-GESTIONALE
ORGANIZZATIVA E CONTABILE



ATTIVITÀ DELLE PROFESSIONI SANITARIE È
SVOLTA IN **EQUIPE MULTIPROFESSIONALE**
CON LA FINALITÀ DI PRIVILEGIARE LA
CENTRALITÀ DELLA PERSONA IN
COORDINAMENTO CON LE ALTRE
PROFESSIONI SANITARIE

Organizzazione territorio ASUGI



Dipartimento di Assistenza Distrettuale

Area Giuliana - Dipartimento Assistenza Distrettuale

SC Distretto Trieste 1

SC Distretto Trieste 2

Ambulatorio stomizzati - Area Giuliana

SC Salute della Donna, dell'Età Evolutiva e della Famiglia (Area Giuliana)

SC Disturbi del Neurosviluppo e Psicopatologia dell'Età Evolutiva

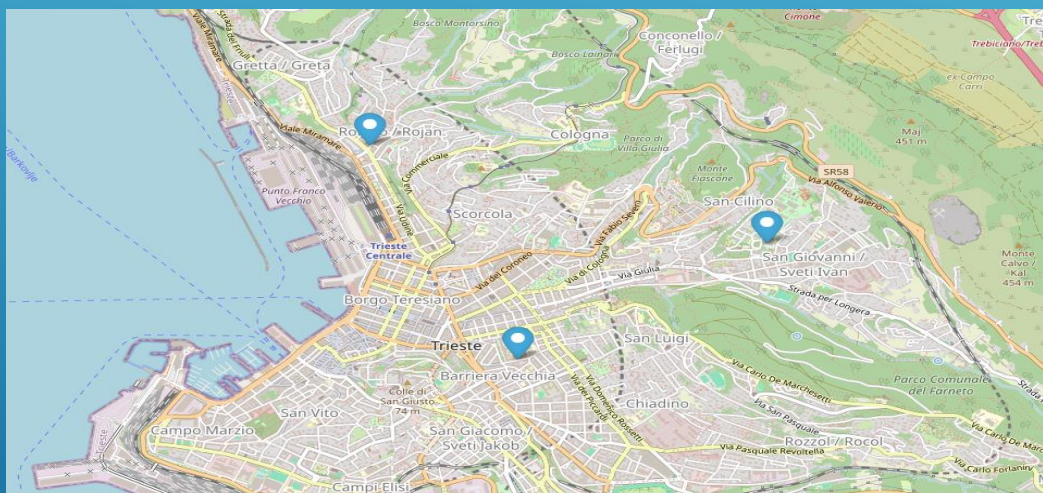
SC Rete Cure Palliative e Hospice (Area Giuliana)

SC Distretto Trieste 1

Il Distretto è la struttura aziendale a cui è stato assegnato l'incarico di raccordo tra Azienda, Cittadino, Medico di Medicina Generale, Pediatra di Libera Scelta e Medico del Servizio di Continuità Assistenziale ("Guardia Medica").

Per il Distretto Trieste 1 il territorio di competenza coincide con le seguenti Circoscrizioni del Comune di Trieste:

- III circoscrizione - Roiano - Greta - Barcola - Cologna - Scorcola;
- IV circoscrizione - San Vito - Città Vecchia; V circoscrizione - Città Nuova - Barriera Nuova - San Giacomo - Barriera Vecchia;
- VI circoscrizione - Chiadino - Rozzol - San Giovanni



SC Distretto Trieste 2

Il Distretto è la struttura aziendale a cui è stato assegnato l'incarico di raccordo tra Azienda, Cittadino, Medico di Medicina Generale, Pediatra di Libera Scelta e Medico del Servizio di Continuità Assistenziale ("Guardia Medica").

Per la SC Distretto Trieste 2 il territorio di competenza coincide con il territorio delle seguenti Circoscrizioni del Comune di Trieste:

- I circoscrizione - Altopiano Ovest; II circoscrizione - Altopiano Est;
- VII circoscrizione - Valmaura - Chiarbola - Servola - Borgo S. Sergio)

e con il territorio dei Comuni di:

- Muggia,
- Dolina-S. Dorligo della Valle,
- Monrupino,
- Sgonico,
- Duino Aurisina

SC Distretto Alto Isontino

Per il Distretto Alto Isontino il territorio di competenza è la zona dei seguenti comuni (ambito Collio - Alto Isonzo):

Capriva del Friuli, Cormons, Dolegna del Collio, Farra d'Isonzo, Gorizia, Gradisca d'Isonzo, Mariano del Friuli, Medea, Moraro, Mossa, Romans d'Isonzo, San Floriano del Collio, San Lorenzo Isontino, Savogna d'Isonzo, Villesse.

Area Isontina

SC Distretto Alto Isontino

[Assistenza specialistica distrettuale - SC Distretto Alto Isontino](#)

[Punto Unico di Accesso distretto Alto Isontino](#)

[Residenza Sanitaria Assistenziale \(RSA\) di Cormons](#)

[Residenza Sanitaria Assistenziale \(RSA\) di Gorizia e Nucleo Gravi Cerebrolesioni Acquisite \(NGCA\)](#)

[Servizio Infermieristico Domiciliare \(SID\) - Distretto Alto Isontino](#)

[Ufficio amministrativo Distretto Alto Isontino](#)

[Ufficio Assistenza Farmaceutica Integrativa Regionale \(AFIR\) ed assistenza protesica - Distretto Alto Isontino](#)

SC Distretto Basso Isontino

Per il Distretto Basso Isontino il territorio di competenza è la zona dei seguenti comuni (ambito Carso - Isonzo - Adriatico):

Doberdò del Lago, Fogliano-Redipuglia, Grado, Monfalcone, Ronchi dei Legionari, San Canzian d'Isonzo, San Pier d'Isonzo, Staranzano, Turriaco, Sagrado.

Area Isontina

SC Distretto Basso Isontino

[Assistenza Farmaceutica Integrativa Regionale \(AFIR\) e Ufficio Assistenza Protesica e Riabilitativa - Distretto Basso Isontino](#)

[Assistenza Specialistica Distrettuale Distretto Basso Isontino](#)

[Guardia Medica Turistica - Grado](#)

[Ufficio della Medicina di Base Distretto Basso Isontino](#)

[SS Residenza Sanitaria Assistenziale \(RSA\) di Monfalcone](#)

[Servizio Infermieristico Domiciliare \(SID\) - Distretto Basso Isontino](#)

[Punto Unico di Accesso distretto Basso Isontino](#)

Modello Cure Integrate – 4C di Barbara Starfield

ACCESSIBILITÀ E PROSSIMITÀ
PER IL CITTADINO
First Contact

CONTINUITÀ DELLE CURE NEL
LUNGO TERMINE
Continuity

GLOBALITÀ DELL'APPROCCIO
AI PROBLEMI DELLA PERSONA
Comprehensiveness

COORDINAMENTO DELLE AZIONI
SVOLTE DAI DIVERSI COMPONENTI
DELL'EQUIPE
Coordination

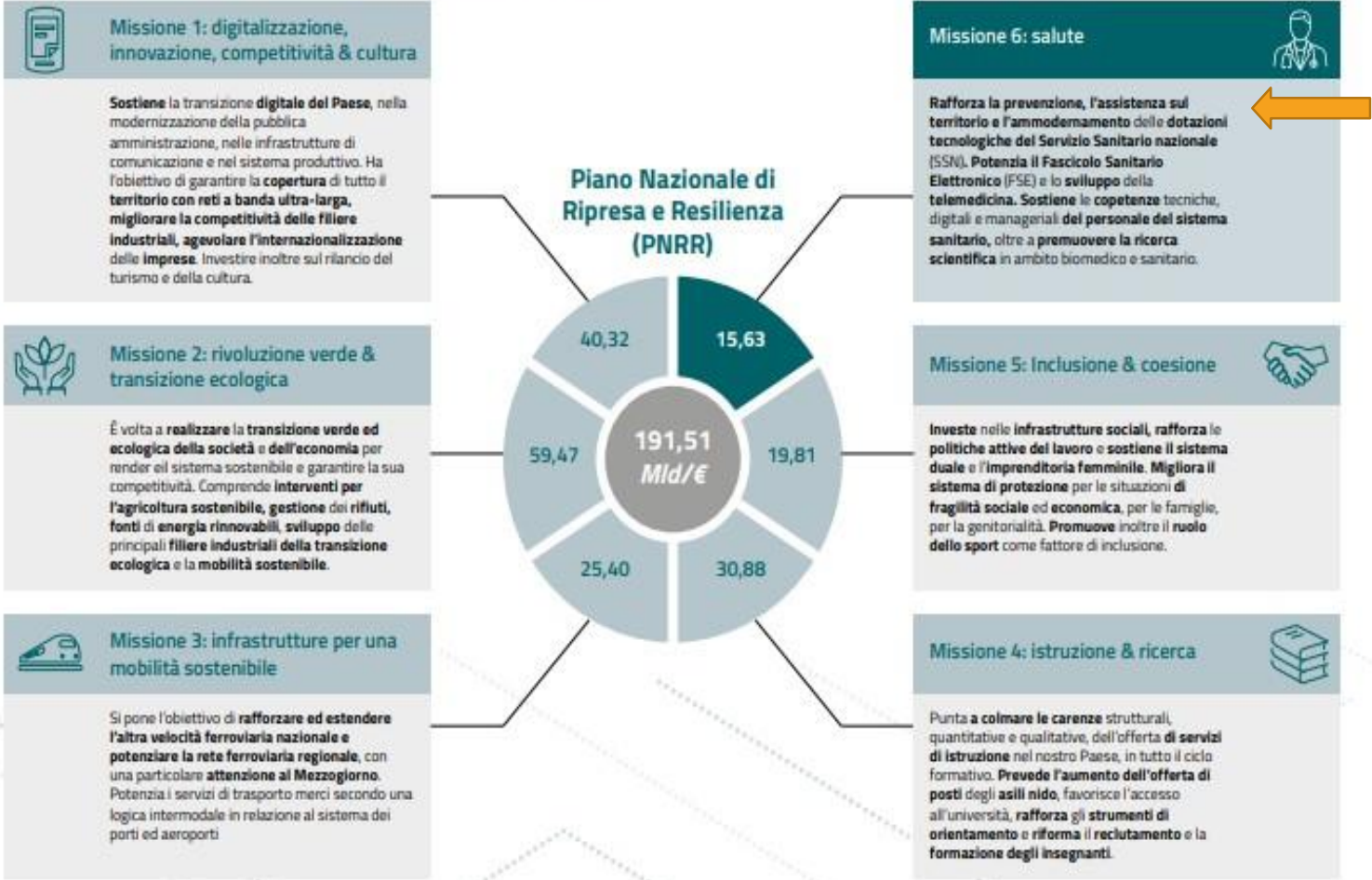


Il PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza) è il piano italiano per accedere ai fondi europei del Next Generation EU e rilanciare l'economia dopo la pandemia di COVID-19. Il suo scopo è rendere l'Italia più sostenibile, digitale, equa e inclusiva attraverso una serie di riforme e investimenti ripartiti in sei missioni principali, che includono digitalizzazione, transizione ecologica, infrastrutture, istruzione e ricerca, inclusione e coesione, e salute

MISSIONE 6 - Salute



Le Missioni del PNRR. Fonte: Ministero della Salute



(miliardi di euro)

M6	Salute	PNRR (a)
M6C1	Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza territoriale	7,75
M6C2	Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio nazionale	7,88
Totale Missione 6		15,63



Ministero della Salute

PNRR - Salute

Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza



Italia domani
PIANO NAZIONALE
DI RIPRESA E RESILIENZA



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU

Cerca



[Home](#)

[Come cambia il Servizio sanitario nazionale](#) ▾

[Missione salute](#) ▾

[Riforme](#) ▾

[Investimenti](#) ▾

[Bandi e avvisi](#) ▾

[Norme e atti](#)

[Notizie](#)

[FAQ](#)

PIÙ PROSSIMITÀ
INNOVAZIONE
UGUAGLIANZA
Salute

[Scopri di più](#)



Missione salute 2021-2026.

COME ERAVAMO



Milestone totali | 44

34



Raggiunte

Dicembre 2024

10



Da raggiungere

Entro 2026



Target totali | 58

30



Raggiunti

GIUGNO 2024

28



Da raggiungere

Entro 2026

Attuazione misure PNRR

Le Milestone

Le milestone definiscono generalmente **fasi rilevanti di natura amministrativa e procedurale**:

- sono traguardi qualitativi da raggiungere tramite una determinata misura del PNRR (riforma e/o investimento);
- individuano spesso fasi chiave dell'attuazione delle misure (e.g. legislazione adottata, piena operatività dei sistemi informativi, etc.).

I Target

I target rappresentano **risultati attesi dagli interventi, quantificati con indicatori misurabili**:

- sono traguardi quantitativi da raggiungere tramite una determinata misura del PNRR (riforma e/o investimento);
- sono misurati tramite indicatori ben specificati (e.g. km di ferrovie costruite, metri quadri di superfice oggetto di interventi di efficientamento energetico, numero di studenti che hanno completato la formazione, etc.).

Missione salute 2021-2026. A che punto siamo

 Milestone totali | 44

36

 Raggiunte

Dicembre 2024

8

 Da raggiungere

Entro 2026

 Target totali | 58

39

 Raggiunti

Settembre 2025

19

 Da raggiungere

Entro 2026

Articolazione Missione 6 "Salute" e risorse. rielaborazione su dati estratti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza 2021-2026

MISSIONE 6 "SALUTE"	RISORSE / MILIARDI EURO
M6C1: RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE	
Riforma 1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima	
Investimento 1.1: Case della Comunità e presa in carico della persona	2
Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina	4
Investimento 1.3 Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)	1
TOT. M6C1	7

M6C2: INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

<i>M6C2.1 AGGIORNAMENTO TECNOLOGICO E DIGITALE</i>	7,36
Riforma 1: Riorganizzare la rete degli IRCCS	
Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero	4,05
Investimento 1.2: Verso un ospedale sicuro e sostenibile	1,64
Investimento 1.3: Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione	1,67
<i>M6C2.2 FORMAZIONE, RICERCA SCIENTIFICA E TRASFERIMENTO TECNOLOGICO</i>	1,26
Investimento 2.1: Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN	0,52
Investimento 2.2: Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario	0,74
TOT. M6C2	8,63

Investimento 1.1: Case della Comunità e presa in carico della persona

Casa della Comunità: è lo strumento attraverso cui vengono coordinati tutti i servizi offerti, in particolare rivolti ai malati cronici. La Casa della Comunità è la struttura fisica in cui è presente il **punto unico di accesso** alle prestazioni sanitarie e il **team multidisciplinare** di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute in collegamento con gli assistenti sociali. La presenza degli assistenti sociali nelle Case della Comunità rafforzerà il ruolo dei servizi sociali territoriali nonché una loro maggiore integrazione con la componente sanitaria assistenziale. L'investimento prevede l'attivazione di **1.350²⁸ Case della Comunità entro la metà del 2026**. Il costo complessivo dell'investimento è stimato in **2,00 miliardi di euro**. Entro il primo trimestre del 2022 è prevista la definizione di uno strumento di programmazione negoziata che vede il Ministero della Salute, anche attraverso i suoi Enti vigilati, come autorità responsabile per l'implementazione e il coinvolgimento delle amministrazioni regionali e di tutti gli altri enti interessati.

Investimento 1.3 Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)

Ospedali di Comunità: L'investimento mira al potenziamento dell'offerta dell'assistenza intermedia al livello territoriale attraverso l'attivazione dell'Ospedale di Comunità, ovvero una struttura territoriale a ricovero breve e destinata a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata. Tale struttura, di norma dotata di **20 posti letto** (fino ad un massimo di 40 posti letto) e a gestione prevalentemente infermieristica, contribuisce ad una maggiore appropriatezza delle cure determinando una riduzione di accessi impropri ai servizi sanitari (ad esempio, quelli al pronto

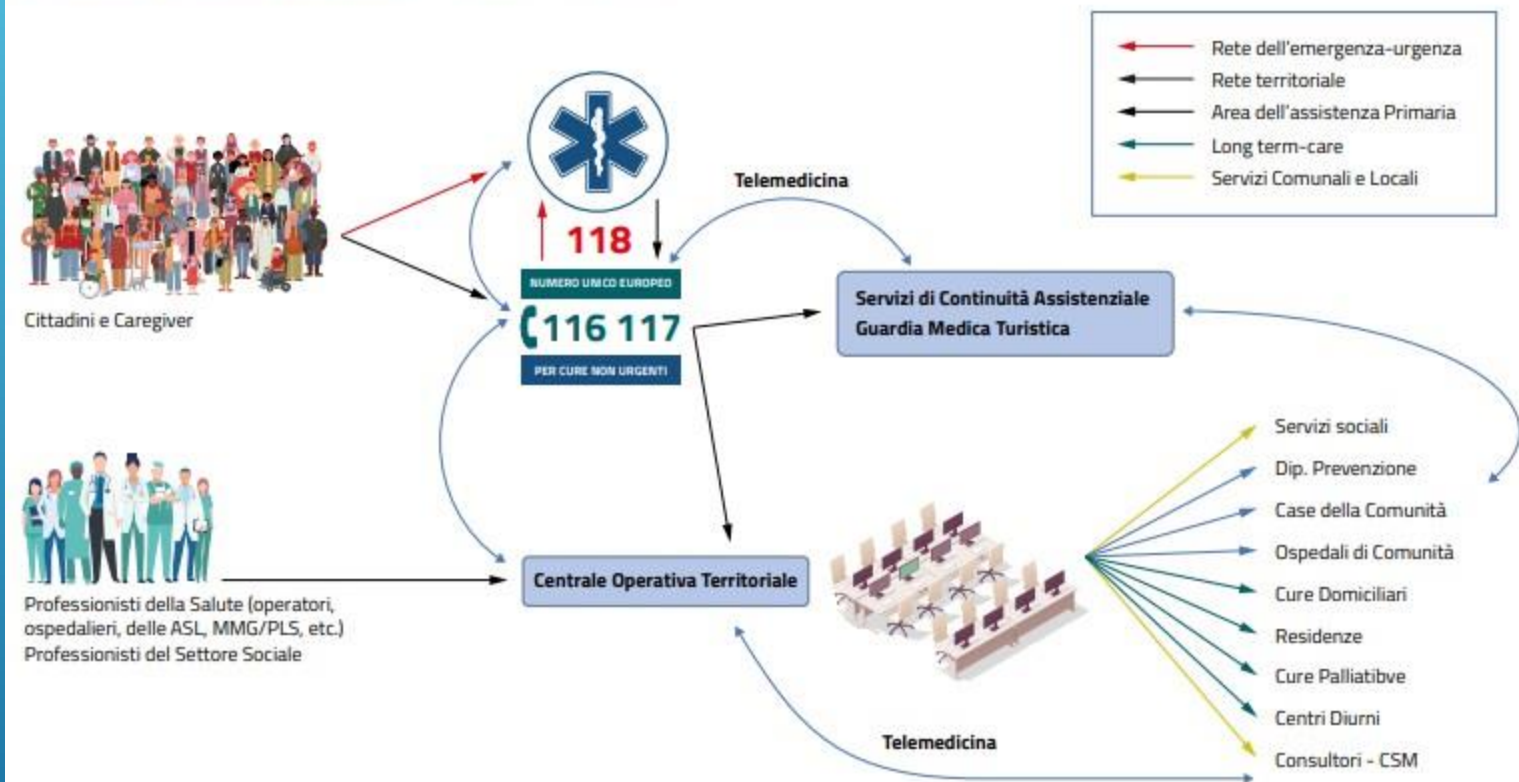
Casa come primo luogo di cura e telemedicina: L'investimento mira ad aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a **prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10 per cento della popolazione di età superiore ai 65 anni.**

L'investimento mira a:

- identificare un modello condiviso per l'erogazione delle cure domiciliari che sfrutti al meglio le possibilità offerte dalle **tecnologie digitali (come la telemedicina, la domotica, la digitalizzazione)**
- realizzare presso ogni Azienda Sanitaria Locale (ASL) un **sistema informativo in grado di rilevare dati clinici** in tempo reale.
- attivare **600³⁴ Centrali Operative Territoriali (COT)**, una in ogni distretto, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza.
- utilizzare la **telemedicina** per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche.

Sistema Integrato COT – UVM - 116117

Centrale Operativa Territoriale – UVM – 116117



Il Transitional Care Model⁷⁴ è la funzione delle aziende sanitarie che programma e accompagna il paziente nell'attraversamento dei setting assistenziali con una particolare enfasi sulla rete delle cure intermedie e sociosanitarie.

La funzione di transitional care fa perno sull'utilizzo sistematico di **logiche e strumenti digitali** in tre dimensioni tra di loro complementari:

- l'accompagnamento dei pazienti e dei loro care giver lungo il processo di fruizione dei servizi dei nodi delle cure intermedie e ospedaliere del SSN, segnalando e accompagnando tappe, procedure, tempi e modi, ma anche raccogliendo feed back sia sulla salute, sia sulla qualità dei servizi percepita;
- il coordinamento tra i nodi delle cure intermedie, per programmare i volumi e le transizioni dei pazienti in una logica di raccordo dei dimensionamenti, con l'obiettivo di saturare in modo appropriato la capacità produttiva della rete e dei suoi singoli nodi erogativi;
- il supporto dei professionisti dei singoli setting, che ricevono e alimentano il materiale informativo sui singoli pazienti.

ospedale (DRG)³⁴. Dopo la proposta nel nuovo millennio del Chronic Care Model^{35 36}, nel 2008 il modello DM è stato ridefinito Population Health Management (PHM), in modo da includere più condizioni e malattie croniche, utilizzando "un unico punto di contatto e coordinamento" e "modelli predittivi tra più condizioni cliniche" compresa "la gestione della terapia e la gestione delle condizioni di salute personali"³⁷.

Le **Centrali Operative Territoriali** assolvono funzioni distinte e specifiche dei distretti, seppur tra loro interdipendenti^{83 78} :

- coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali (transizione tra i diversi setting: ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere, ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di cure intermedie o dimissione domiciliare), allocando e prioritizzando le risorse per i pazienti più fragili; specifici sistemi operativi permette infatti alla COT di programmare l'uso di tutte le dotazioni dei servizi del territorio;
- funzione di case manager per i pazienti più fragili accompagnandoli e facilitandone il passaggio da un setting assistenziale all'altro (tracciamento e monitoraggio), sia in fase di downgrading, sia in fase di upgrading dell'intensità assistenziale fino al momento in cui possono tornare autonomamente a domicilio o essere assegnati alla presa in carico della cronicità da parte della Casa della Comunità o dei loro spoke;
- si coordinano e si integrano con la piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della cronicità (PIC) gestita operativamente dalle Case della Comunità, in modo da garantire i necessari raccordi up e down stream, con le cure e i servizi medici dedicati specificatamente alle patologie croniche, che complementano i setting di natura più sociosanitaria e di recupero funzionale (ADI, OdC o RSA), riabilitativi, lungodegenza e ospedalieri.
- supporto informativo e logistico, ai professionisti della rete (MMG, PLS, MCA, IFoC ecc.), riguardo alle attività e ai servizi distrettuali.
- monitoraggio, anche attraverso strumenti di telemedicina, dei pazienti in assistenza domiciliare e gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona, (telemedicina, teleassistenza, strumenti di e-health, ecc.), utilizzata operativamente dalle CdC e dagli altri servizi afferenti al distretto, al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno e di controllare l'esito dei processi assistenziali delle cure intermedie e socio-sanitarie alla luce degli obiettivi definiti nei PAI dei pazienti.

CASE DELLA COMUNITA' da DM 77/2022 → per emanare le condizioni riformatrici dell'agenda da PNRR Missione 6

PERNO DEL DISEGNO DI RIORDINO → DISTRETTO

La Casa della Comunità

- ✓ componente del distretto → assistenza H24 - 7 giorni su 7
- ✓ luogo fisico di prossimità per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale
- ✓ Classificazione HUB = caratteristiche standard valide per tutto il SSN
- ✓ Classificazione spoke = studi dei Medici di Medicina Generale con organizzazione in rete H12 – 6 giorni su 7

Ospedale di Comunità

- Interno al Distretto
- Funzioni rivolte al post ricovero

La riforma dell'assistenza territoriale punto per punto

Ecco gli standard del Distretto:

- in media un Distretto ogni circa 100 mila abitanti
- almeno 1 Casa della Comunità hub ogni 40.000-50.000 abitanti
- Case della Comunità spoke e ambulatori di Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta 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
- almeno 1 Infermiere di Famiglia e Comunità ogni 3.000 abitanti
- almeno 1 Unità Speciale di Continuità Assistenziale (1 medico e 1 infermiere) ogni 100.000 abitanti
- 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il distretto abbia un bacino di utenza maggiore
- almeno 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti

La riforma dell'assistenza territoriale punto per punto

Sia nell'accezione Hub sia in quella spoke, la CdC costituisce l'accesso unitario fisico per la comunità di riferimento ai servizi di assistenza primaria e di integrazione sociosanitaria. Entrambe, quindi, propongono un'offerta di servizi costituita da medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali interni, infermieri di famiglia e comunità, presenza di tecnologie diagnostiche di base

La CdC Hub garantisce l'erogazione dei seguenti servizi, anche mediante modalità di telemedicina:

- Équipe multiprofessionali (MMG, PLS, Continuità Assistenziale, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie e sociosanitarie);
- Presenza medica h24 - 7 giorni su 7 anche attraverso l'integrazione della Continuità Assistenziale;
- Presenza infermieristica h12 – 7 giorni su 7;
- Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario e sociale;
- Punto prelievi;

Servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicità (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, oct, spirometro, ecc.) anche attraverso strumenti di telemedicina (es. telerefertazione);

- Servizi ambulatoriali specialistici per le patologie ad elevata prevalenza (cardiologo, pneumologo, diabetologo, ecc.)

La riforma dell'assistenza territoriale punto per punto

La CdC spoke garantisce l'erogazione dei seguenti servizi, anche mediante modalità di telemedicina:

- Équipe multiprofessionali (MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie e sociosanitarie);
- Presenza medica e infermieristica almeno h12 - 6 giorni su 7 (lunedì-sabato);
- Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario e sociale;
- Alcuni servizi ambulatoriali per patologie ad elevata prevalenza (cardiologo, pneumologo, diabetologo, ecc.);
- Servizi infermieristici, sia in termini di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC), sia di continuità di assistenza sanitaria, per la gestione integrata delle patologie croniche;
- Programmi di screening

IL NUOVO PIANO DELLA RIFORMA DELLA SANITA' TERRITORIALE -da [Il Piccolo](#) 26/5/2022

Il dott. Samani – ex direttore socio sanitario Asugi – ha specificato che la COT sarà il vero anello forte del cambiamento.

Le centrali saranno ogni 100.000 abitanti per l'area giuliano isontina (tot. 4)

La Cot lavorerà a stretto contatto con i servizi sociali degli enti locali Questa struttura non sarà a libero accesso ma:

- *Tramite i PUA – che verranno creati all'interno delle Case della Comunità*
- *Tramite i MMG*
- *Tramite le Uca (ex Usca)*
- *Tramite il post acuzie in dimissione*

Chi ci sarà nelle Cot?

- *5/6 infermieri e professionisti della riabilitazione*
- *1/2 tra oss e amministrativi*

Cosa faranno le Cot?

*Programmeranno il miglior percorso per la persona sfruttando anche la telemedicina
Per dare risposta al bisogno della persona e del sistema per mappare e monitorare
l'appropriatezza e l'efficacia delle cure*

IL NUOVO PIANO DELLA RIFORMA DELLA SANITA' TERRITORIALE

Punto critico: le Cot operative entro l'anno 2022 MA successivamente servirà un'implementazione dei servizi informativi aziendali che attualmente non interagiscono tra di loro

CASE DELLA COMUNITA'

Previste in Asugi n. 11 (non è chiaro quante Hub e quante Spoke)

Scopo: il cittadino troverà equipe multiprofessionali, servizi di assistenza domiciliare, Cup e punti prelievi

Le CdC Hub prevedono una presenza medica 7 giorni su 7 e 24 su 24

Le CdC Spoke prevedono una presenza medica almeno su 12 ore per 6 giorni alla settimana

Rinnovo del Tavolo di Confronto sindacale con i MMG

Ci si augura che il Governo dia una risposta sul capitale umano che possa tenere in piedi l'impianto che ha come pilastri le Case della Comunità, gli Ospedali di Comunità e le Centrali Operative Territoriali.

Missione PNRR FVG

Il Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) focalizza nell'ambito della Missione Salute obiettivi prioritari quali:

- il rafforzamento della prevenzione e dell'assistenza sul territorio, con l'integrazione tra servizi sanitari e sociali e l'ammodernamento delle dotazioni tecnologiche del Servizio sanitario nazionale;
- il potenziamento del fascicolo elettronico e lo sviluppo della telemedicina;
- sostenere le competenze tecniche, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario;
- promuovere la ricerca scientifica in ambito biomedico e sanitario.

Attuazione del PNRR nella Regione FVG

Qui di seguito verranno indicati i principali provvedimenti di carattere regionale di attuazione alla Missione 6 del PNRR.

- DGR 1965 dd. 23/12/2021, "LR 22/2019. DGR 1446/2021 definizione delle attività e delle funzioni dei livelli assistenziali del servizio sanitario regionale. Rettifica errori materiali" con cui nell'offerta assistenziale territoriale del servizio sanitario regionale viene integrato il modello di assistenza ridefinito dal PNRR con inserimento dell'Ospedale di Comunità, della Casa di Comunità e della Centrale Operativa Territoriale; in particolare tale documento stabilisce il numero complessivo e la ripartizione tra le aziende del SSR del totale dei posti letto degli Ospedali di Comunità, delle Centrali operative territoriali e delle Case di Comunità;



- DGR 54 dd. 21/01/2022 “LR 22/2019 – Linee annuali per la gestione del servizio sanitario regionale per l’anno 2022. Approvazione preliminare.” con cui la pianificazione e programmazione regionale attuativa ha tenuto conto del sistema di assistenza territoriale indicato dal PNRR;

- DGR 321 dd. 11/03/2021 LR 22/2019 – Linee annuali per la gestione del servizio sanitario regionale per l’anno 2022. Approvazione definitiva”;
- DGR 550 dd. 22/04/2022 “PNRR, Missione 6. Piano Operativo regionale per il Friuli Venezia Giulia. Approvazione definitiva.” Tale documento riveste particolare importanza perché il Piano Operativo Regionale, che comprende anche gli “Action Plan”, dettaglia gli interventi di cui alla Missione 6 del PNRR a titolarità del Ministero della Salute e la cui attuazione è competenza della Regione Friuli Venezia Giulia, specifica i cronoprogrammi di attuazione, i riferimenti finanziari e lo scadenziario Milestone&target da trapiandare per l’ottenimento del finanziamento;



Scadenza sulla attuazione delle COT e delle CdC

Relativamente alle Centrali Operative Territoriali (COT), si rileva che in fase di stesura del documento di indirizzo alla progettazione ed allo svolgimento di ulteriori approfondimenti tecnici effettuati sui siti di futura realizzazione delle Centrali Operative Territoriali è emersa la possibile criticità in ordine al rispetto del target marzo 2024 entro cui è richiesta la piena operatività delle COT stesse. Posto che COT e Case delle Comunità (CdC) sono previste nei medesimi siti di intervento, si ritiene opportuno considerare quale effettivo termine utile per la messa in servizio per entrambe le funzioni la data del 31 marzo 2026, coincidente con il target di attivazione previsto per le CdC. Considerato che le COT, viceversa, vanno rese attive entro il primo trimestre 2024, si sta valutando, di concerto con la Regione e gli Enti/Ministeri preposti di modificare i siti di intervento come di seguito indicato:

Il modello presente nelle indicazioni ministeriali prevede la presenza di strutture specifiche quali gli "Ospedali di Comunità" e le "Case della comunità" che integrano e completano l'offerta di assistenza territoriale.

L'Ospedale di comunità (ODC) rappresenta una struttura "intermedia" tra l'assistenza domiciliare e l'assistenza ospedaliera, destinato alla presa in carico di pazienti che necessitano di interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio ma che hanno anche la necessità di sorveglianza infermieristica continuativa. I requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunità sono delineati ed esplicitati nell'Intesa Stato Regioni 17/CSR del 20 febbraio 2020, alla quale si rimanda.

La normativa nazionale ha previsto, quale risposta alla pandemia da SARS-CoV-2, un potenziamento dell'assistenza territoriale dapprima con il DL n: 34/2020 convertito con la L. 77/2020 e successivamente ridefinendo nell'ambito del PNRR un modello diverso, più articolato e uniforme da implementare su tutto il territorio nazionale. Il modello di assistenza territoriale prevede un potenziamento dell'offerta di cure intermedie, strettamente coordinato con le cure per acuti erogate dagli ospedali, con un'attenzione particolare alla medicina di prossimità.

In Regione FVG le cure intermedie sono attualmente rappresentate dalle strutture di riabilitazione intensiva (articolata nelle diverse sedi ospedaliere) e dalle RSA, che possono garantire assistenza articolata su tre livelli (bassa intensità, media intensità, riabilitativa). In tale contesto si embricano e si integrano le funzioni della rete delle cure palliative e degli Hospice che completano l'offerta assistenziale pur non configurandosi propriamente come cure intermedie.

COT – CdCASUGI giuliana



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA



- Trieste 1 – da via Pietà 19 a Piazza dell'Ospitale n. 1 – sede dell'Ospedale Maggiore di Trieste, adiacente all'edificio di via Pietà 19;
- Trieste 2 – da via del Carpineto 1 a Via Valmaura n. 57-59 –situata ad 800 metri da via del Carpineto 1.

Si procederà conseguentemente in attuazione alle determinazioni che verranno assunte, secondo il seguente cronoprogramma.

intervento	c.u.p.	costo intervento
COT Area territoriale di Trieste (Via Carpineto, 1)	G95F21002130006	€ 173.075,00
COT Area territoriale di Trieste (Via Pietà, 19)	G92C21000860006	€ 173.075,00
CdC Area territoriale di Trieste (Via Carpineto, 1)	G95F21002120006	€ 1.489.395,00
CdC Area territoriale di Trieste (Via Pietà, 19)	G92C21000850006	€ 1.489.395,00
CdC Area territoriale di Trieste (Via Sai, 5)	G42C21000890006	€ 1.489.395,00

MISSIONE 6 COMPONENTE 1

Missione 6, Componente 1, Investimento 1.2.2 Casa come primo luogo di cura: Centrali Operative Territoriali (COT) - Device

RUP Ing. Teresa dell'Aquila

L'investimento previsto riguarda i dispositivi per le sedi delle Centrali Operative Territoriali che saranno attivate con la funzione di collegare e coordinare i servizi domiciliari con vari servizi territoriali, sociosanitari e ospedalieri e con la rete di emergenza.

Nella seguente tabella sono elencati i device previsti.

Dispositivo	Quantità	Importo PNRR
ECG (Portatile/Dispositivi digitali per ECG)	20	36.600,00 €
BP/HR Monitor	216	14.472,00 €
Pulsossimetro	144	14.440,00 €
Stetoscopio digitale	20	12.200,00 €
Termometro	144	8.064,00 €
Bilancia digitale	72	13.176,00 €
Glucometro con pungidito	72	4.392,00 €
Otoscopio digitale	20	7.320,00 €
Dispositivi wearable per motion tracking e smartwatches	216	79.056,00 €
Ecografo portatile	20	181.600,00 €
Spirometro digitale	16	15.584,00 €
Totale	960	386.864,00 €

Impatto sui bisogni di salute della popolazione del Friuli Venezia Giulia e il PNRR

L'analisi dei dati demografici e geografici della Regione FVG mette in luce alcuni temi importanti da affrontare affinché il sistema sanitario regionale possa prendersi cura dei bisogni che derivano dal progressivo invecchiamento della popolazione e dalla conseguente necessità di dare maggiori risposte ai bisogni delle malattie croniche e della fragilità in generale.

La necessità di contemperare sostenibilità e efficacia del Servizio sanitario regionale impone un'adeguata valutazione dei seguenti temi:

- la riduzione della prossimità ospedaliera e l'incremento della prossimità territoriale;
- valutazione e governo per far fronte ai maggiori costi farmaceutici;
- l'orientamento, l'accompagnamento e l'accessibilità della popolazione alle reti di cura e di assistenza
- il potenziamento degli interventi rivolti alla salute mentale
- potenziamento della resilienza del sistema (la situazione pandemica attuale che ha reso maggiormente evidenti alcune fragilità del sistema di cura che richiedono risposte organizzative territoriali - domiciliari e residenziali - flessibili e innovative).

Il piano nazionale della cronicità, di cui all'Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016, fra le varie indicazioni, suggerisce che per affrontare la cronicità in modo compiuto è necessario dotarsi di luoghi e professionisti dedicati che operano in ambienti extra-ospedalieri ben distribuiti nel territorio, per prevenire le complicità e preservare l'autonomia delle persone. Appare pertanto opportuno superare progressivamente la commistione di attività per pazienti acuti, prevalentemente ospedaliera, e cronici, prevalentemente extra- ospedaliera.

Le Dimissioni Protette rientrano nelle Missioni 5 e 6 del PNRR:

- M5C2.1- Investimento 1.1.3 Interventi per **rafforzare i servizi sociali a domicilio per garantire la dimissione anticipata e prevenire il ricovero in ospedale** prevede specifici “interventi per rafforzare i servizi sociali a domicilio per garantire la dimissione anticipata e prevenire il ricovero in ospedale”.
- Missione 6 Componente 1 dedica però alcuni interventi a sostegno delle dimissioni protette, seppur non in modo esclusivo. L'investimento 1.2 sulla “casa come primo luogo di cura e telemedicina” prevede **infatti il potenziamento dei servizi domiciliari** attraverso l'aumento del volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10 per cento della popolazione di età superiore ai 65 anni.

Il processo della dimissione protetta, sia dal punto di vista sanitario che socio-assistenziale, è uno dei processi più delicati nella transizione ospedale-territorio nei quali il paziente, spesso anziano, fragile e multimorbido, in questo periodo vulnerabile ad elevato rischio di rericovero, necessita di particolari attenzioni ed una incisiva presa in carico multidisciplinare, multiprofessionale e multidimensionale.

Il paziente, una volta deospedalizzato, non deve essere più curato per la sua malattia acuta, ma preso in carico per la **globalità dei bisogni socio-sanitari cronici**.

- *Come definito dal DM 77 e in coerenza con i percorsi di integrazione sociosanitaria in essere (COT,PUA,CDC,IFOC...) l'auspicabile salto di qualità del modello assistenziale per questo delicato processo, può essere raggiunto solo attraverso una crescente interazione, collaborazione e sinergia tra le diverse funzioni e professionalità presenti nel territorio, quelle specificatamente cliniche e quelle socio-assistenziali.*
- *La piattaforma informatica modulare resa disponibile per l'attivazione delle COT può essere lo strumento per iniziare a costruire una organizzazione sociosanitaria integrata grazie alla quale il reparto di dimissione identifica i bisogni socio-sanitari del malato ed attiva la COT ed i referenti territoriali per una presa in carico precoce del paziente dopo la dimissione.*

Sanità rivoluzionata in FVG: Udine, Cividale e Gemona aprono le Case della Comunità

Case della Comunità al via dal 1° dicembre in Fvg: assistenza h24 e nuovi servizi sanitari a Udine, Cividale e Gemona



Pubblicato 4 giorni fa il 20 Novembre 2025

Da Filippo Tomei

Dal **1° dicembre 2025**, il Friuli-Venezia Giulia compie un passo decisivo nel potenziamento della sanità territoriale con l'apertura delle prime **Case della Comunità** a **Udine, Cividale del Friuli e Gemona del Friuli**.

Un traguardo che, come sottolineato dall'assessore regionale alla Salute **Riccardo Riccardi**, rappresenta un'«**applicazione altamente significativa del DM 77/2022**», il decreto che ridefinisce l'assistenza sul territorio a livello nazionale.

Presidio medico h24: la risposta all'aumento dei bisogni

Le nuove Case della Comunità garantiranno un presidio costante, con **medici presenti 24 ore su 24** e un infermiere dedicato per **12 ore al giorno**. Una scelta strutturale necessaria, ha spiegato Riccardi, per contrastare l'aumento dell'«**inappropriatezza della domanda di salute**», cioè il ricorso improprio a pronto soccorso e ospedali.

Hub, spoke e rete territoriale: come cambia il sistema

Il nuovo modello regionale prevede una riorganizzazione completa:

- gli **ospedali hub** concentreranno i casi acuti e complessi;
- gli **ospedali spoke** offriranno attività specializzate;
- le **Case della Comunità** saranno il fulcro della presa in carico territoriale.

Accanto ai tre presidi in apertura, sono già previste altre **Case della Comunità hub** a:

Codroipo, Latisana, Palmanova, San Daniele del Friuli, Tarcento e Tarvisio,

e quattro strutture **spoke** a:

Cervignano del Friuli, Manzano, Tavagnacco e Zugliano.

PIANO ASUGI. DAI DISTRETTI ALLA
“CASE DI COMUNITÀ”, COSÌ SI
TRASFORMA L’OFFERTA
SANITARIA NELLA VENEZIA
GIULIA. L’Azienda ha redatto il
documento operativo per arrivare
all’attuazione della riforma.

DISTRETTO TRIESTE 1

A Trieste il Distretto 1 conterà tre case: al Maggiore (hub), all'ex Opp (hub) e a Roiano (spoke). Al Maggiore l'Asugi concentrerà col tempo diversi servizi sanitari e sociosanitari, creando una “cittadella della salute” che ricomprenda il vecchio ospedale (sempre più votato alle cure territoriali) e l'Itis. Al Distretto 2 faranno capo le case di via Valmaura (hub), Muggia (hub) e Aurisina (spoke). A prescindere dalla corrispondenza fra residenza e Distretto, il documento evidenzia che il paziente potrà accedere alla casa per lui più comoda. Gorizia manterrà la divisione distrettuale in Alto e Basso Isontino. Nel primo caso si prevedono un hub a Gorizia e due spoke a Cormons e Gradisca. Nel Basso Isontino l'hub a Monfalcone e la spoke a Grado.

DISTRETTO TRIESTE 2

DISTRETTO ALTO
ISONTINO

DISTRETTO BASSO
ISONTINO

Dizionario

comunità

/co 'mu ni tà/ sostantivo

femminile I.

Insieme di persone unite tra di loro da rapporti sociali, linguistici e morali, vincoli organizzativi, interessi e consuetudini comuni: la c. nazionale, cittadina; agire nell'interesse della c.; c. umana, la società degli uomini, il consorzio umano; c. di affetti, la famiglia.

2.

Il complesso degli organi sovranazionali istituiti tra i paesi europei per il conseguimento di vantaggi economici e politici, nonché per la realizzazione di un mercato unico di merci, servizi, capitali e lavoratori.

3.

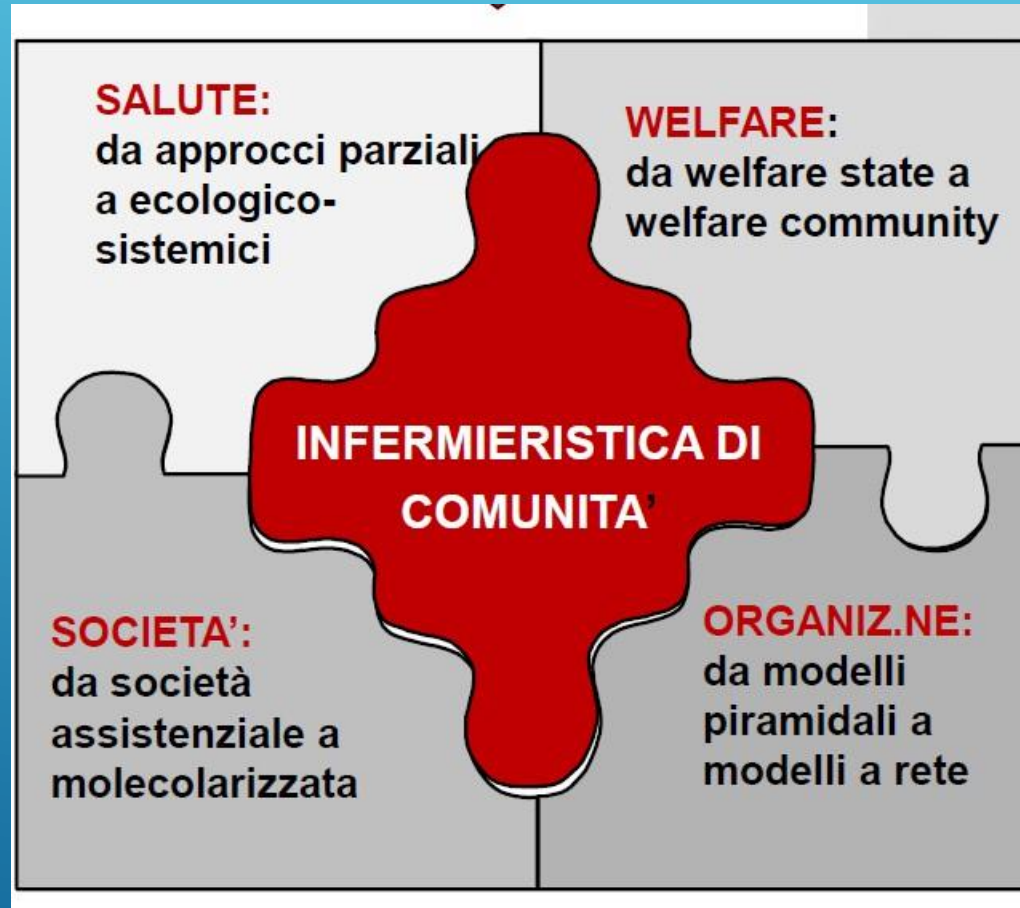
Insieme di persone che hanno comunione di vita sociale, condividono gli stessi comportamenti e interessi; collettività: fare gli interessi, il bene della comunità; c. nazionale, etnica; c. familiare, la famiglia;

comunità in Vocabolario – Treccani

La sociologia cerca di delineare con chiarezza il termine comunità, distinguendolo da quei termini che spesso le vengono associati come società, popolo, popolazione e cittadinanza

Nell'antropologia culturale il termine comunità viene poco utilizzato proprio per la sua complessità di interpretazione, e viene spesso sostituito con i termini popolazione o società. MA sono diversi

NELLA VISIONE DELLA SALUTE DELLA COMUNITÀ



WELFARE STATE =
sistema socio-politico-
economico in cui lo
Stato promuove la
promozione della
sicurezza e sociale

**WELFARE
COMMUNITY** =
sistema socio-politico-
economico in cui la
promozione è
condivisa da più attori

CURE DI COMUNITÀ =
reti di intervento in cui i
soggetti primari e servizi
organizzati si parlano e
creano

LAVORO DI RETE =
per promuovere –
garantire – sostenere
la comunità

Caratteristiche della società molecolare in Gramsci

- **Diffusa e profonda:** La società molecolare è "molecolare" nel senso che la sua influenza si estende in profondità in tutta la società, anche a livello microscopico.
- **Coscienza molecolare:** La formazione della coscienza avviene gradualmente, attraverso l'incorporazione di tracce del senso comune, prima che si possa giungere a una coscienza critica. Questo processo è continuo e si verifica nella vita quotidiana.
- **Processi di trasformazione:** La società molecolare è il terreno su cui si costruiscono e si disgregano i rapporti di forza. Una trasformazione sociale profonda dipende dalla capacità di agire su queste micro-dinamiche per modificare il senso comune e la cultura.
- **Intellettuali organici e molecolari:** Gli intellettuali non sono solo individui autonomi, ma svolgono un ruolo cruciale nel plasmare questa coscienza molecolare. Gli intellettuali organici (come imprenditori, tecnici e organizzatori) contribuiscono a dare forma alla coscienza del proprio gruppo sociale, diffondendone la visione del mondo.
- **Eredità e continuità:** Le categorie intellettuali esistenti, come gli ecclesiastici legati all'aristocrazia feudale, hanno agito a lungo come una continuità storica che ha influenzato la società, anche se sono nate nuove categorie di intellettuali.

Vedi allegato Rivista della Società italiana di antropologia medica 2003

Alcuni uomini che avrebbero giurato di uccidersi prima di diventare cannibali trovandosi nelle condizioni estreme del naufragio lo diventano. Ma si tratta delle stesse persone? Si chiede Gramsci.

No. Perché nel frattempo è avvenuto un processo di trasformazione “molecolare” per effetto del quale «le persone di prima non sono più le persone di poi».

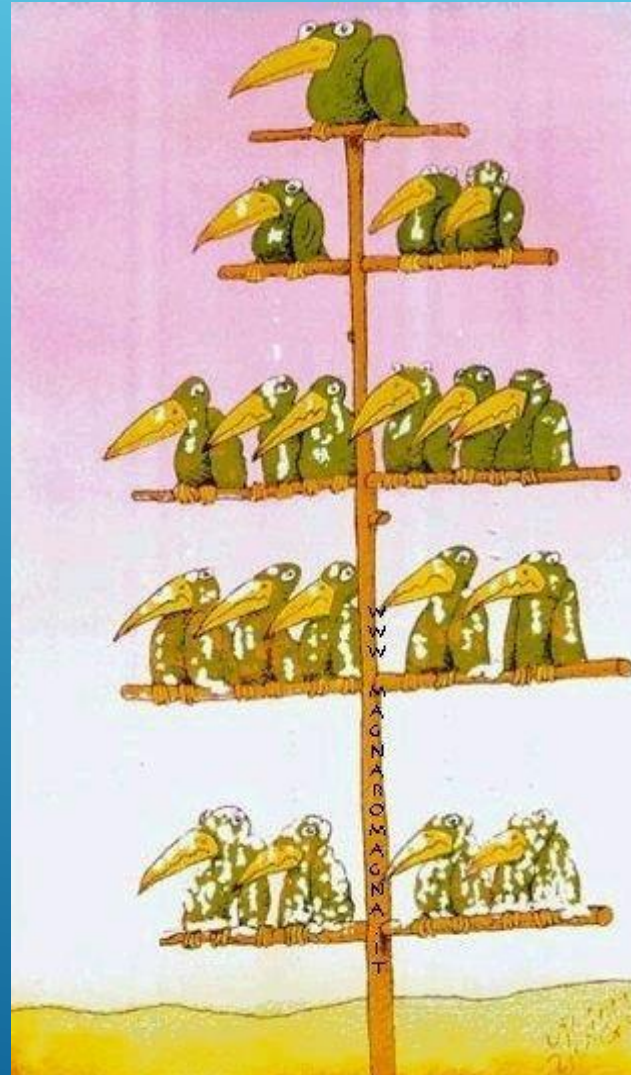
AM

Rivista della Società italiana di antropologia medica / 15-16, ottobre 2003, pp. 33-51

LA NOZIONE DI “MOLECOLARE”

È UTILIZZATA DA GRAMSCI PER OSSERVARE SIA I PROCESSI MOLECOLARI DI TRASFORMAZIONE DELLA SOCIETÀ, SIA I PROCESSI DI TRASFORMAZIONE MOLECOLARE DELLA PERSONA

ESEMPIO DI MODELLO PIRAMIDALE



ESEMPIO DI MODELLO A RETE



<https://www.saluteinternazionale.info/>

https://www.epicentro.iss.it/focus/piano_prevenzione/pnp-2020-25 <http://www.salute.gov.it/>

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1819_allegato.pdf

https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf

Prandi-Badon (2025) Assistenza infermieristica di famiglia e di comunità – Casa Editrice Ambrosiana

https://mtom.regione.fvg.it/storage//2023_2117/Allegato%201%20alla%20Delibera%202117-2023.pdf (linee annuali per la gestione del SSR anno 2024)

<https://www.uneba.org/wp-content/uploads/2021/08/piano-fragilita-fvg.pdf>