

## **ALLEGATO 1**

**Guida operativa per la redazione della relazione da parte  
dell'ingegnere indipendente, di cui al meccanismo di verifica CE per il  
target PNRR M6C1-3 “Case della Comunità messe a disposizione e  
dotate di attrezzature tecnologiche” - Investimento: M6C1I1.1 – Case  
della Comunità e presa in carico della persona**

## INDICE

<b>Premessa</b> .....	3
<b>1. Descrizione dell'Investimento M6C1I1.1 e del target M6C1-3 nel CID e negli Operational arrangements</b> .....	3
<b>2. Requisiti e standard operativi delle CdC</b> .....	4

## Premessa

Al fine di rendicontare efficacemente target europeo **M6C1-3** è prevista la definizione di un documento esplicativo che giustifichi adeguatamente come l'obiettivo sia stato raggiunto in modo soddisfacente.

Il meccanismo di verifica del target prevede di allegare inoltre:

- a) *“Certificate of completion issued in accordance with the national legislation”;*
- b) *“Report by an independent engineer endorsed by the implementing Region or Autonomous Province, including justification that the technical specifications of the project(s) are aligned with the CID's description of the investment and target”;*
- c) *“In case of renovations or energy upgrades, the energy savings will be demonstrated and quantified by the certification of a qualified technician, through the comparison between the pre-intervention consumption estimate and the results expected and certified by the post-intervention APE, or by the comparison between pre-intervention APE and post-intervention APE.  
In case of new construction, the demonstration of the target will be consistent with the provisions of footnote 5 of Annex VI of Regulation (EU) 2021/241: primary energy demand at least 20 % lower than the requirement for nearly zero energy buildings (nearly zero energy buildings, national directives). In this case, the energy performance achieved will be certified by a qualified technician by means of an "as built" energy performance certificate”.*

Il presente documento fornisce orientamenti e indicazioni operative per la redazione della relazione da parte dell'ingegnere indipendente, di cui al punto b).

La relazione dell'ingegnere indipendente deve essere resa sulla base delle risultanze dell'apposita **Check-list di controllo**, in conformità agli **Allegati 3a e 3b** alle presenti Linee guida. Dovranno inoltre essere prodotti e allegati su ReGiS **tutti i documenti indicati nella Check-list di controllo** a comprova del rispetto dei requisiti previsti.

## 1. Descrizione dell'Investimento M6C1I1.1 e del target M6C1-3 nel CID e negli Operational arrangements

Si riportano nel presente paragrafo i riferimenti specifici al target EU M6C1-3, come definiti nell'Allegato alla Council Implementing Decision (CID) e negli Operational Arrangements.

### Descrizione delle riforme e degli investimenti di cui all'Allegato alla CID

#### Investimento 1.1 - Case della Comunità e presa in carico della persona

Il progetto di investimento consiste nella creazione e nell'avvio di **almeno 1.038 Case della Comunità**, attraverso l'attivazione, lo sviluppo e l'aggregazione di **servizi di assistenza di base** e la realizzazione di **centri di assistenza (efficienti sotto il profilo energetico)** per una risposta integrata alle esigenze di assistenza.

### Descrizione del singolo Target in esame di cui all'Allegato alla CID

Almeno **1 038 Case della Comunità** devono essere **messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche**, al fine di garantire parità di accesso, prossimità territoriale e qualità dell'assistenza alle persone indipendentemente dall'età e dal loro quadro clinico (malati cronici, persone non autosufficienti che necessitano di assistenza a lungo termine, persone affette da disabilità, disagio mentale, povertà), mediante

#### Descrizione del singolo Target in esame di cui all'Allegato alla CID

l'attivazione, lo sviluppo e l'aggregazione di **servizi di assistenza primaria**, e la realizzazione di **centri di erogazione dell'assistenza (efficienti sotto il profilo energetico)** per una risposta multiprofessionale. Almeno il **50 %** del sostegno dell'RRF per i costi di investimento deve essere destinato alla **costruzione di nuovi edifici (campo d'intervento 025 ter)**, conformemente ai requisiti di cui all'allegato VI, nota 5, del regolamento (UE) 2021/241, o alla **ristrutturazione di edifici (campo d'intervento 026)**.

#### Meccanismo di Verifica definito negli Operational arrangements tra la Commissione europea e l'Italia

**Explanatory document** duly justifying how the target was satisfactorily fulfilled.

This document shall include as an **annex** the following documentary evidence:

- certificate of completion issued in accordance with the national legislation;**
- report by an independent engineer endorsed by the implementing Region or Autonomous Province, including justification that the technical specifications of the project(s) are aligned with the CID's description of the investment and target;**
- In case of **renovations or energy upgrades**, the energy savings will be demonstrated and quantified by the **certification of a qualified technician**, through the comparison between the pre-intervention consumption estimate and the results expected and certified by the post-intervention APE, or by the comparison between pre-intervention APE and post-intervention APE.

In case of **new construction**, the demonstration of the target will be consistent with the provisions of footnote 5 of Annex VI of Regulation (EU) 2021/241: primary energy demand at least 20 % lower than the requirement for nearly zero energy buildings (nearly zero energy buildings, national directives). In this case, the energy performance achieved will be certified by a qualified technician by means of an "as built" energy performance certificate.

Reporting of "green" expenditure incurred with respect to TAG 025ter and 026 in the amount of a minimum of 400 million euros, equivalent to 40% of 1 billion euros tagged, corresponding to the climate contribution provided for the aforementioned tags.

## 2. Requisiti e standard operativi delle CdC

### 2.1 Requisiti e standard qualitativi, strutturali, tecnologici e organizzativi delle Case della Comunità definiti nel DM 77/2022

Ai fini dell'identificazione delle caratteristiche e dei requisiti delle CdC (necessaria per l'elaborazione della relazione da parte dell'ingegnere indipendente), il principale riferimento normativo è costituito dal **Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale"** (GU Serie Generale n.144 del 22 giugno 2022) che definisce, nell'ambito del modello per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario nazionale, *"gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza territoriale e al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico"*.

L'**Allegato 1** al DM 77/2022, identifica per la Casa della Comunità (CdC) i seguenti **standard aventi valore esclusivamente descrittivo**:

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

Nella Casa della Comunità lavorano in modalità integrata e multidisciplinare tutti i professionisti per la progettazione ed erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale ai sensi dell'articolo 1, comma 163, della legge 31 dicembre 2021, n. 234, subordinatamente alla sottoscrizione della relativa Intesa ivi prevista e alla sottoscrizione dell'accordo previsto all'articolo 21, comma 1, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 2 gennaio 2017, anche al fine di definire gli ambiti delle competenze del Servizio sanitario nazionale da un lato e dei comuni dall'altro, mediante l'impiego delle risorse umane e strumentali di rispettiva competenza disponibili a legislazione vigente.

**Standard:**

- 1 Casa della Comunità hub ogni 40.000-50.000 abitanti;
- Case della Comunità spoke e ambulatori di Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali, nel pieno rispetto del principio di prossimità. 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; alle Case della Comunità accederanno anche gli specialisti ambulatoriali.

**Standard di personale per 1 Casa di Comunità hub:**

- 7-11 Infermieri,
- 1 assistente sociale,
- 5-8 unità di Personale di Supporto (Sociosanitario, Amministrativo).

La CdC, così definita, rappresenta il modello organizzativo che rende concreta l'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento. È, infatti, il luogo fisico, di prossimità e di facile individuazione al quale l'assistito può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria.

La CdC è una struttura facilmente riconoscibile e raggiungibile dalla popolazione di riferimento, per l'accesso, l'accoglienza e l'orientamento dell'assistito.

La CdC è una fondamentale struttura pubblica del SSN. Essa rappresenta il luogo in cui il SSN si coordina e si integra con il sistema dei servizi sociali proponendo un raccordo intrasettoriale dei servizi in termini di percorsi e soluzioni basati sull'integrazione delle diverse dimensioni di intervento e dei diversi ambiti di competenza, con un approccio orizzontale e trasversale ai bisogni tenendo conto anche della dimensione personale dell'assistito.

Costituisce un progetto di innovazione in cui la comunità degli assistiti non è solo destinataria di servizi ma è parte attiva nella valorizzazione delle competenze presenti all'interno della comunità stessa: disegnando nuove soluzioni di servizio, contribuendo a costruire e organizzare le opportunità di cui ha bisogno al fine di migliorare qualità della vita e del territorio, rimettendo al centro dei propri valori le relazioni e la condivisione. La CdC promuove un modello di intervento integrato e multidisciplinare, in qualità di sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari. L'attività, infatti, deve essere organizzata in modo tale da permettere un'azione d'equipe tra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali Interni - anche nelle loro forme organizzative - Infermieri di Famiglia o Comunità, altri professionisti della salute disponibili a legislazione vigente nell'ambito delle aziende sanitarie, quali ad esempio Psicologi, Ostetrici, Professionisti dell'area della Prevenzione, della Riabilitazione e Tecnica, e Assistenti Sociali anche al fine di consentire il coordinamento con i servizi sociali degli enti locali.

L'attività amministrativa è assicurata, anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, da personale dedicato già disponibile a legislazione vigente nell'ambito delle aziende sanitarie, che si occupa anche delle attività di servizio di relazioni al pubblico e di assistenza all'utenza.

I medici, gli infermieri e gli altri professionisti sanitari operano anche all'interno delle CdC. In tal modo provvedono a garantire l'assistenza primaria attraverso un approccio di sanità di iniziativa e la presa in carico della comunità di riferimento, con i servizi h 12 e integrandosi con il servizio di continuità assistenziale h 24.

L'obiettivo dello sviluppo delle CdC è quello di garantire in modo coordinato:

- l'accesso unitario e integrato all'assistenza sanitaria, sociosanitaria a rilevanza sanitaria e in un luogo di prossimità, ben identificabile e facilmente raggiungibile dalla popolazione di riferimento;
- la risposta e la garanzia di accesso unitario ai servizi sanitari, attraverso le funzioni di assistenza al pubblico e di supporto amministrativo-organizzativo ai pazienti svolte dal Punto Unico di Accesso (PUA);
- la prevenzione e la promozione della salute anche attraverso interventi realizzati dall'equipe sanitaria con il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione e Sanità Pubblica aziendale;
- la promozione e tutela della salute dei minori e della donna, in campo sessuale e riproduttivo e dell'età evolutiva, in rapporto a tutti gli eventi naturali fisiologici tipici delle fasi del ciclo vitale;
- la presa in carico della cronicità e fragilità secondo il modello della sanità di iniziativa;
- la valutazione del bisogno della persona e l'accompagnamento alla risposta più appropriata;
- la risposta alla domanda di salute della popolazione e la garanzia della continuità dell'assistenza anche attraverso il coordinamento con i servizi sanitari territoriali (es. DSM, consultori, ecc.);
- l'attivazione di percorsi di cura multidisciplinari, che prevedono l'integrazione tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, e tra servizi sanitari e sociali;
- la partecipazione della comunità locale, delle associazioni di cittadini, dei pazienti, dei caregiver.

I principi che orientano lo sviluppo delle CdC sono l'equità di accesso e di presa in carico, secondo il modello della sanità d'iniziativa, e il principio della qualità dell'assistenza declinata nelle sue varie dimensioni (es. appropriatezza, sicurezza, coordinamento/continuità, efficienza, tempestività).

Per rispondere alle differenti esigenze territoriali, garantire equità di accesso, capillarità e prossimità del servizio, si prevede la costituzione di una rete di assistenza territoriale formata secondo il **modello hub e spoke**.

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. Entrambe, quindi, propongono un'offerta di servizi costituita da MMG, PLS, specialisti ambulatoriali interni, infermieri di famiglia o comunità, infermieri che operano nell'assistenza domiciliare, presenza di tecnologie diagnostiche di base.

La **CdC hub** garantisce la presenza dei seguenti professionisti, nell'ambito di quelli disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, e l'erogazione dei seguenti servizi, anche mediante modalità di telemedicina e teleassistenza e relative competenze professionali:

- Equipe 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;
- Punto prelievi;
- Servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicità con strumentazione diagnostica di base (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, oct, spirometro, ecc.) anche attraverso strumenti di telemedicina (es. telerefertazione, ecc.);

- Servizi ambulatoriali specialistici per le patologie ad elevata prevalenza (cardiologia, pneumologia, diabetologia, ecc.);
- Servizi di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC), ambulatori infermieristici per la gestione integrata della cronicità e per la risposta ai bisogni occasionali;
- Interventi di prevenzione e promozione della salute a livello di comunità, anche attraverso i Consultori Familiari e l'attività rivolta ai minori - ove esistenti - che si articolano con il mondo educativo e scolastico per gli specifici interventi sulla popolazione 0-18 anni (facoltativo);
- Attività di Profilassi Vaccinale in particolare per alcune fasce di età o condizioni di rischio e di fragilità. Tutte le attività di profilassi vaccinale e di sorveglianza delle malattie infettive sono in linea con le indicazioni del Dipartimento di Prevenzione.
- Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale;
- Servizio di assistenza domiciliare di base;
- Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini e volontariato;
- Integrazione con i servizi sociali.

La **CdC spoke** garantisce, nell'ambito delle professionalità disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, l'erogazione dei seguenti servizi, anche mediante modalità di telemedicina:

- Equipe 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;
- 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 o Comunità (IFoC), sia di continuità di assistenza sanitaria, per la gestione integrata delle patologie croniche;
- Programmi di screening;
- Collegamento con la Casa della Comunità hub di riferimento;
- Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale;
- Partecipazione della Comunità e valorizzazione co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini, volontariato.

Tabella 4: Servizi previsti da standard nelle Case della Comunità *[si veda successiva tabella pag.25]*

Tutte le strutture fisiche territoriali già esistenti devono utilmente rientrare nella progettazione della nuova geografia dei servizi e strutture territoriali e quindi delle CdC e dei servizi correlati in rete. Il piano di sviluppo dei servizi territoriali di ogni singolo contesto regionale deve quindi tendere ad una progettazione dei servizi in rete, con una precisa selezione delle infrastrutture fisiche esistenti da valorizzare, riorientare con altre vocazioni e servizi o dismettere.

Le CdC hub al fine di assicurare i servizi descritti dovranno essere dotate di 7-11 IFoC/Infermieri organizzati indicativamente secondo il modello di seguito descritto:

- 1 Coordinatore Infermieristico;
- 2-3 IFoC/Infermieri per le attività ambulatoriali;
- 1-2 IFoC/Infermieri per l'attività di triage e di valutazione dei bisogni di salute;



- 4-6 IFoC/Infermieri per l'assistenza domiciliare, le attività di prevenzione e teleassistenza;

Nelle CdC hub e spoke, inoltre, è garantita l'assistenza medica H12 - 6 giorni su 7 attraverso la presenza dei MMG afferenti alle AFT del Distretto di riferimento. Tale attività ambulatoriale sarà aggiuntiva rispetto alle attività svolte dal MMG nei confronti dei propri assistiti e dovrà essere svolta presso la CdC hub e spoke.

### **Il coordinamento della Casa della Comunità con i servizi territoriali**

Le CdC rappresentano un nodo centrale della rete dei servizi territoriali sotto la direzione del Distretto. La loro centralità è data, sul lato del governo della domanda, dalle funzioni di sanità di iniziativa, di presa in carico, di accesso unitario, di filtro di accesso e indirizzo dei pazienti; sul lato dell'offerta dal lavoro multiprofessionale, dall'integrazione tra unità di offerta afferenti a materie e discipline diverse, dal coordinamento tra sociale e sanitario; sul lato della governance dal coinvolgimento attivo della comunità e dei pazienti.

La CdC, 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 dei professionisti che svolgono la loro attività anche nelle forme associative che hanno sede fisica all'interno della CdC 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 caratterizzati da differente densità abitativa e livelli di presenza attiva degli MMG nelle strutture ambulatoriali delle CdC;
- **Rete territoriale:** la CdC è messa in rete con gli altri settori assistenziali territoriali, quali assistenza domiciliare, specialistica ambulatoriale territoriale e ospedaliera ospedali di comunità, RSA, hospice e rete delle cure palliative, RSA, Consultori familiari e attività rivolte ai minori ove già esistenti, servizi per la salute mentale, dipendenze e disabilità e altre forme di strutture intermedie e servizi;
- **Rete territoriale integrata:** la CdC 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 e/o 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.

Lo strumento attraverso cui avviene il coordinamento a rete nelle quattro direzioni è la Centrale Operativa Territoriale (COT) che opera come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti.

In sintesi, la CdC, quale luogo di progettualità con e per la comunità di riferimento, svolge quattro funzioni principali:

- è il luogo dove la comunità, in tutte le sue espressioni e con l'ausilio dei professionisti, interpreta il quadro dei bisogni, definendo il proprio progetto di salute, le priorità di azione e i correlati servizi;
- è il luogo dove professioni integrate tra loro dialogano con la comunità e gli utenti per riprogettare i servizi in funzione dei bisogni della comunità, attraverso il lavoro interprofessionale e multidisciplinare;



- è il luogo dove le risorse pubbliche vengono aggregate e ricomposte in funzione dei bisogni della comunità attraverso lo strumento del budget di comunità;
- è il luogo dove la comunità ricomponi il quadro dei bisogni locali sommando le informazioni dei sistemi informativi istituzionali con le informazioni provenienti dalle reti sociali.

L' **Allegato 2** al DM 77/2022 identifica per la CdC i seguenti **standard aventi valore prescrittivo**:

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

Nella Casa della Comunità lavorano in modalità integrata e multidisciplinare tutti i professionisti per la progettazione ed erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale ai sensi dell'articolo 1, comma 163, della legge 31 dicembre 2021, n. 234 subordinatamente alla sottoscrizione della Intesa ivi prevista e alla sottoscrizione dell'Accordo previsto all'articolo 21, comma 1, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017.

#### Standard organizzativi

- 1 Casa della Comunità hub ogni 40.000-50.000 abitanti;

#### Standard di personale per 1 Casa di Comunità hub:

- *personale medico del ruolo unico di assistenza primaria h24;*
- 7-11 Infermieri,
- 1 assistente sociale,
- 5-8 unità di Personale di Supporto (Sociosanitario, Amministrativo).

#### Servizi presenti nella Casa di Comunità

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

Servizi	Modello Organizzativo	
	Casa della Comunità <i>hub</i>	Casa della Comunità <i>spoke</i>
Presenza infermieristica	OBBLIGATORIO H12, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
	FORTEMENTE RACCOMANDATO H24, 7/7 gg	
Servizi diagnostici di base	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Continuità Assistenziale	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Punto prelievi	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Attività Consultoriali e attività rivolta ai minori	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO
Interventi di Salute pubblica (incluse le vaccinazioni per la fascia 0-18)	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO
Programmi di screening	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	RACCOMANDATO	
Medicina dello sport	RACCOMANDATO	

### Standard tecnologici e strutturali

- Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale.
- Servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicità con strumentazione diagnostica di base (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, oct, spirometro) anche attraverso strumenti di telemedicina.

Per quanto non esplicitato nel presente documento si rimanda ai seguenti documenti tecnici di riferimento:

- Decreto del Presidente della Repubblica del 14 gennaio 1997 recante Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.
- Accordo Stato-Regioni sancito il 7 febbraio 2013 (Rep. Atti n. 46/CSR) recante Linee guida di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale.
- Accordo Stato-Regioni sancito il 15 settembre 2016 (Rep. Atti n. 160/CSR) recante Piano Nazionale della Cronicità.
- Intesa Stato-Regioni sancita il 6 agosto 2020 (Rep. Atti n. 127/2020) recante Piano nazionale della prevenzione (PNP) 2020 – 2025.

## 2.2 Ulteriori requisiti delle CdC

Sulla base degli indirizzi tecnici sviluppati da Agenas<sup>1</sup>, sono riportati di seguito ulteriori requisiti e elementi descrittivi delle CdC utili ai fini dell'elaborazione della relazione da parte dell'ingegnere indipendente.

<sup>1</sup> Agenas “Linee di indirizzo per l’attuazione del modello organizzativo delle Case della Comunità Hub” (05.04.2024).

Si precisa che tali riferimenti e indirizzi tecnico-operativi **non hanno valore prescrittivo**.

### **Strumentazioni medicali e dispositivi medici**

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 per le CdC hub*

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 autoespandibile, 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 pulsiossimetro.

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 impedenziometria;
- 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 si indirizza alla presenza della seguente strumentazione diagnostica, anche finalizzata alla gestione e al monitoraggio delle patologie a maggiore prevalenza:

- ecografo;
- elettrocardiografo;
- 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.

Resta inteso che le valutazioni da parte dell'ingegnere indipendente devono essere effettuate a supporto delle attività di controllo, monitoraggio e rendicontazione PNRR e del Sistema di Gestione e Controllo del Ministero della Salute rientranti nell'alveo dei controlli sostanziali di milestone e target - finalizzati ad accertare la presenza e conformità di tutta la documentazione probatoria e/o output archiviata nel sistema informatico attestante l'effettivo avanzamento/conseguimento dei valori dichiarati - ed in considerazione dei principi generali applicabili agli interventi finanziati dal PNRR e DM77/2022.

All'interno dell'atto finale di cui al punto 5 della Tabella 1 (par. 3), dovrà essere data evidenza anche dell'avvenuto aggiornamento delle anagrafiche in NSIS attraverso il **modello STS.11 delle strutture attivate** in conformità con quanto previsto dal DM 22 dicembre 2023 "*Variazione dei modelli di rilevazione dei dati delle attività gestionali delle strutture sanitarie*" e delle codifiche NSIS associate a ciascun CUP oggetto di rendicontazione. Il codice STS-11, si ricorda dover consistere in un codice di 12 cifre (codice Regione di 3 cifre + codice ASL di 3 cifre + codice Struttura di 6 cifre).