



Il Modello operativo delle Case della Comunità

Regione Campania – versione 2.0

Sommario

1. Premessa	3
2. La CdC come punto di contatto diretto con la popolazione	5
2.1. Obiettivi delle CdC.....	5
3. Modello operativo delle nascenti CdC Campane	6
3.1. Funzioni.....	7
3.1.1 I servizi garantiti dalle Case della Comunità Hub e Spoke	7
3.1.2 Le macroaree, le aree Funzionali e le unità ambientali delle CdC	9
3.1.2.1. <i>Le Macro – Aree</i>	9
3.1.2.2. <i>Le Aree Funzionali</i>	10
3.1.2.3. <i>Le Unità Ambientali</i>	11
3.2. Modello di servizio.....	11
3.2.1 Target di pazienti.....	11
3.2.2 Le vocazioni delle CdC.....	12
3.2.3 Il bacino di riferimento della CdC e le modalità di accesso.....	13
3.2.4 Criteri per la selezione ed organizzazione dei servizi	14
3.2.5 Il ruolo delle CdC nella filiera assistenziale	15
3.2.6 Integrazione tra Case della Comunità e rete dell'emergenza-urgenza.....	16
3.3. Condizioni organizzative	18
3.3.1 Requisiti generali e standard tecnologici e strutturali.....	18
3.3.2 Personale	20
3.3.3 I meccanismi di integrazione	21
3.3.4 Sistemi informativi	22
4. Monitoraggio delle prestazioni delle CdC.....	23
5. Applicazione del modello operativo delle CdC: alcuni esempi.....	24
5.1. Caso d'uso 1: Target prioritario pazienti fragili e cronici	24
5.2. Caso d'uso 2: Target prioritario pazienti over 65 e assistiti a domicilio	26
5.3. Caso d'uso 3: Target prioritario intera comunità	27
5.4. CdC come “poli specialistici”	29

Revisione

Versione	Autore	Data Revisione
1.0	DG per la tutela della salute e il coordinamento del sistema sanitario regionale	23.05.2025
2.0	DG per la tutela della salute e il coordinamento del sistema sanitario regionale	16.03.2026

1. Premessa

Le indicazioni del presente documento forniscono le linee guida per la definizione del Modello Operativo delle Case della Comunità (CdC) della Regione Campania, in conformità alle disposizioni del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e del Decreto Ministeriale n. 77 del 23 maggio 2022, recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale del Servizio Sanitario Nazionale. Esso è da considerarsi soggetto ad integrazioni e aggiornamenti in base all'avviamento, allo sviluppo e al consolidamento delle Case della Comunità, nonché alle indicazioni del Piano operativo regionale "Investimenti Missione 6 Salute" vigente, allegato al Contratto istituzionale di sviluppo (CIS) per l'esecuzione e la realizzazione degli investimenti a regia realizzati dalle Regioni e Province autonome (PP./AA.) tra Ministero della Salute e Regione Campania, e ss.mm.ii.

Le indicazioni del documento sono in linea con gli investimenti previsti nella Deliberazione della Giunta Regionale n. 682 del 13 dicembre 2022 che definisce le linee guida sugli interventi di riordino territoriale della Regione Campania in applicazione delle attività previste dal PNRR e recepite dal suddetto Decreto Ministeriale.

La necessità di intervenire e rinnovare alcuni aspetti chiave del SSN è emersa in seguito alla pandemia da COVID-19. La Missione 6 del PNRR, in particolare la componente 1, mira a potenziare l'assistenza sanitaria e la rete territoriale attraverso la creazione di strutture come le Centrali Operative Territoriali (COT), le Case della Comunità (CdC) e gli Ospedali della Comunità (OdC).

L'obiettivo del presente documento è definire le linee guida per il modello operativo delle Case della Comunità della Regione Campania, dettagliandone funzioni e servizi caratterizzanti. Lo stesso è redatto in ottemperanza alle *"Linee guida per comprovare il raggiungimento del target PNRR M6C1-3 "Case della Comunità messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche", Investimento: M6C11.1 – Case della Comunità e presa in carico della persona"* e allegati.

Inoltre, esso fornisce alle Aziende Sanitarie Locali le indicazioni regionali, in coerenza con le direttive nazionali e con le strategie di assistenza territoriale già in essere, al fine di garantire un accesso equo e tempestivo alle cure ed assicurare la qualità degli interventi per la popolazione assistita.

Pertanto, il documento ha lo scopo di supportare le Aziende Sanitarie Locali nella definizione dei modelli organizzativi delle Case della Comunità, adattandoli alle specifiche esigenze di domanda e offerta di ciascun territorio. Il modello, infatti, è flessibile e può essere modulato non solo tra le 7 ASL regionali, ma anche in base alle peculiarità interne di ogni ASL.

In particolare, il presente testo si concentra sulle modalità di identificazione del target di riferimento, della vocazione prioritaria, dei servizi offerti, del bacino di utenza e delle modalità di accesso. Inoltre, approfondisce i meccanismi di integrazione e propone ipotesi sulle logiche di misurazione delle performance delle Case della Comunità, evidenziando le relazioni esistenti tra questi elementi, come illustrato in Figura 1.



Figura 1: Elementi prioritari del Modello Organizzativo delle Case della Comunità

2. La CdC come punto di contatto diretto con la popolazione

In seguito alla pandemia di COVID-19 è emersa l'importanza di adottare strategie efficaci e omogenee incentrate sulla medicina di prossimità. Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza ha ulteriormente consolidato questa visione e ha posto la prossimità e il territorio al centro della componente 1 della missione 6 dedicata alla Salute. A questo scopo, è stata ideata la creazione delle Case della Comunità, concepite come nuove strutture sociosanitarie destinate a integrare il Servizio Sanitario Nazionale.

Il progetto ministeriale mira a potenziare e sviluppare l'assistenza sanitaria territoriale nel contesto del Servizio Sanitario Nazionale, attraverso l'implementazione di nuovi modelli organizzativi e la ridefinizione delle funzioni, oltre al coordinamento delle realtà esistenti sul territorio.

Le Case della Comunità (CdC) rappresentano il modello organizzativo che concreta l'assistenza di prossimità per la popolazione. Si configurano come punti di accesso facilmente identificabili, dove i cittadini possono interagire con il sistema di assistenza sanitaria nazionale. Grazie alla loro visibilità e accessibilità, le CdC fungono da punti di accoglienza e orientamento per gli utenti. All'interno di queste strutture, il Servizio Sanitario Nazionale si coordina e si integra con i diversi servizi offerti, sviluppando soluzioni che uniscono le varie dimensioni degli interventi secondo un approccio orizzontale e trasversale, tenendo sempre in considerazione le esigenze individuali dei pazienti.

Le CdC promuovono, quindi, un modello di intervento integrato e multidisciplinare, costituendo un ambiente privilegiato per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari. L'organizzazione delle attività è strutturata per facilitare la collaborazione tra Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di Libera Scelta (PLS), specialisti ambulatoriali, Infermieri di Famiglia o Comunità (IFoC) e altri professionisti della salute, in conformità con la legislazione vigente all'interno delle aziende sanitarie.¹

2.1. Obiettivi delle CdC

Le Case della Comunità sono definite come “luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, sociosanitaria a valenza sanitaria” e rappresenta il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento.

Il principale obiettivo delle CdC è quello di garantire la presa in carico dell'assistito, assicurando l'accessibilità e l'integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria. La mission è prendersi cura dei pazienti dal momento dell'accesso, attraverso l'accoglienza, la collaborazione tra professionisti, la condivisione dei percorsi assistenziali, l'autonomia, la responsabilità professionale e la valorizzazione delle competenze, integrandosi in un contesto più ampio che ha come scopo ulteriore l'eliminazione degli accessi impropri dagli ospedali. Nelle Case della Comunità lavorano in modalità integrata e multidisciplinare tutti i professionisti per la progettazione ed erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale.² Gli obiettivi di sviluppo delle CdC sono quelli di assicurare in modo coordinato:

- **L'accesso unitario ed integrato all'assistenza sanitaria**, sociosanitaria a rilevanza sanitaria 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

¹ DM 77/2022: Nuovi modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN.

² Quaderni Agenas. Documento di indirizzo per il metaprogetto della casa di comunità.

Unico di Accesso;

- **La prevenzione e la promozione della salute** anche attraverso interventi realizzati dall'equipe sanitaria con il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione 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**;
- **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 di iniziativa e il **principio della qualità dell'assistenza** declinata nelle sue varie dimensioni (es. appropriatezza, sicurezza, tempestività).

3. Modello operativo delle nascenti CdC Campane

La progettazione delle CdC, intesa come il luogo in cui il SSN si coordina e si integra con il sistema sociosanitario, comporta la definizione di alcuni elementi gestionali che costituiscono gli ambiti di attuazione necessari per definire il modello operativo. Le Aziende potranno dettagliare ogni *item* del modello a seconda delle esigenze locali.

Gli ambiti individuati sono i seguenti:

- **Funzioni:** nell'ambito di tale item vengono specificate le attività svolte dalle CdC, in termini di servizi garantiti dalle CdC Hub e Spoke;
- **Modello di servizio:** nell'ambito di tale *item* viene specificato il ruolo delle CdC all'interno della filiera assistenziale, i pazienti *target* a cui i servizi della CdC sono prioritariamente rivolti, le vocazioni, i criteri di selezione dei servizi, il bacino di utenti di riferimento per la CdC e le modalità di accesso ai servizi;
- **Condizioni organizzative:** nell'ambito di tale *item* vengono specificati i requisiti di personale ed altri elementi definiti dal DM77/22 e dalle Linee di indirizzo Agenas, i meccanismi di integrazione con gli attori della filiera e gli strumenti informativi a disposizione delle CdC.

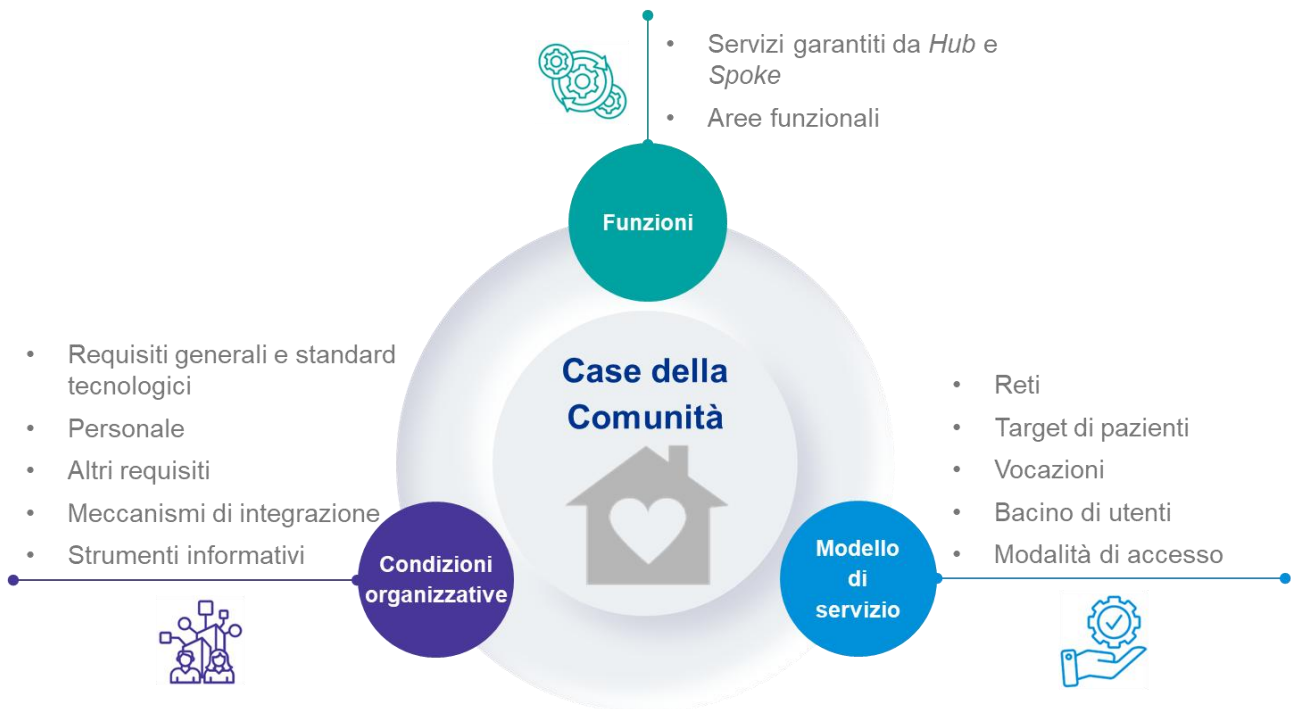


Figura 2: Ambiti di intervento del modello operativo delle Case della Comunità

3.1. Funzioni

Le funzioni in capo alle CdC si riassumono in due pilastri:

- ❖ **Servizi garantiti da CdC Hub e Spoke:** vengono illustrate le due tipologie di CdC e i servizi garantiti da ognuna di esse;
- ❖ **Definizione, a partire dai servizi, di Macroaree, Aree Funzionali e Unità Ambientali:** vengono illustrate, sulla base dei servizi da erogare, le Macroaree omogenee al cui interno risiedono aree funzionali, che sono collocate in specifiche unità ambientali. Sulla base delle funzioni e dei servizi garantiti, sono state descritte le macroaree e le aree funzionali per ciascuna tipologia di CdC.

3.1.1 I servizi garantiti dalle Case della Comunità Hub e Spoke

Sulla base dei profili di utenza e delle attività che vengono erogate, la complessità delle strutture può variare. Le CdC possono essere, infatti, organizzate in modo differente in funzione degli spazi disponibili, del contesto e del bacino di utenza, e coerentemente con le indicazioni che prevedono l'obbligatorietà di alcuni servizi. Dunque, la complessità della struttura varia in funzione alla presenza e alla tipologia dei servizi erogati e dal proprio dimensionamento.

Per tali ragioni si distinguono:³

- **CdC Hub:** oltre a garantire l'erogazione dei servizi di assistenza primaria, offre anche attività specialistiche e di diagnostica di base. Il DM77/22 prevede una CdC Hub ogni 40.000-50.000 abitanti.

³ Linee di indirizzo Agenas per l'attuazione del modello organizzativo delle Case della Comunità Hub.

- **CdC Spoke:** prettamente finalizzata all'erogazione dei servizi di assistenza primaria e di integrazione sociosanitaria. Il numero delle CdC *Spoke* può variare in relazione alle diverse istanze locali e geografiche e ognuna di esse afferisce funzionalmente ad una CdC *Hub* di riferimento.

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

La CdC promuove un modello di intervento integrato e multidisciplinare, sia fisico che virtuale, all'interno del quale è possibile identificare servizi obbligatori e facoltativi⁴ in seno alle due tipologie di CdC, di seguito riportati.

Servizi	Casa della Comunità hub	Casa della Comunità spoke
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
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

⁴ DM 77/2022: Nuovi modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN.

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	

Tabella 1: Servizi obbligatori e facoltativi previsti per le CdC Hub e Spoke⁵

Relativamente ai requisiti minimi organizzativi e autorizzativi, si fa riferimento alle normative e alle indicazioni regionali applicabili alle diverse tipologie di attività sanitarie e sociosanitarie che verranno erogate nelle Case della Comunità.

3.1.2 Le macroaree, le aree Funzionali e le unità ambientali delle CdC

A partire dal DM77/22 e dalla *mission* delle CdC, le diverse funzioni sono state articolate in macroaree omogenee per tipologia di funzione da erogare (servizi sanitari, cure primarie, servizi logistici, ecc.). A ciascuna macroarea, a sua volta, corrispondono diverse aree funzionali sanitarie e non sanitarie. Infine, ogni Area Funzionale è caratterizzata da diverse Unità Ambientali.⁶

La programmazione dei lavori di realizzazione delle Case di Comunità presuppone l'identificazione, all'interno delle stesse, di **macro-aree funzionali omogenee, di aree funzionali (sanitarie e non) e di unità ambientali**.



Figura 3: Macroaree, aree funzionali e unità ambientali

Di seguito un'articolazione delle componenti precedentemente esposte e che caratterizzano il modello operativo delle CdC.

3.1.2.1. Le Macro – Aree

⁵ "Linee guida per comprovare il raggiungimento del 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" (Marzo 2025) – Allegato 1: "Guida operativa per la redazione della relazione da parte dell'ingegnere indipendente" – Allegato 3b: "Check list CDC HUB" – Allegato 3c: "Check list CDC SPOKE".

⁶ Quaderni Agenas. Documento di indirizzo per il metaprogetto della casa di comunità.

I servizi esposti sulla base delle funzioni delle CdC sono stati classificati secondo quattro macroaree omogenee:

1. **Macroarea specialistica:** ospita tutti i servizi di natura sanitaria quali: servizi di diagnosi e cura con la presenza di diagnostica di base, area prelievi, servizi ambulatoriali e quelli specialistici;
2. **Macroarea cure primarie:** accoglie tutti gli spazi per la Medicina di Gruppo, tra cui i MMG, i PLS e gli IFoC, ecc.;
3. **Macroarea assistenza di prossimità:** ospita assistenza medica, servizi infermieristici, il Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario e amministrativo, nonché uno sportello e uffici che rappresentano la sede dei servizi sociosanitari, quali: la presenza di un assistente sociale, di prevenzione, di assistenza domiciliare, ecc.;
4. **Macroarea servizi generali e logistici:** accoglie tutte le funzioni non sanitarie che permettono il funzionamento della struttura quali: accoglienza utenti e personale sanitario, aree logistiche e locali tecnici. Questa macroarea può essere suddivisa in: servizi di accoglienza per gli utenti (area CUP, area amministrativa, ecc.); servizi di accoglienza per il personale sanitario e non (spogliatoi, aree relax, locale coordinatore, ecc.); servizi logistici (archivi, magazzini, depositi, ecc.); locali tecnici (locali tecnici, centrale tecnologica, locali UTA, ecc.).

3.1.2.2. Le Aree Funzionali

Ogni Macroarea è suddivisa in **Aree Funzionali** ciascuna delle quali è strutturata al fine di dare indicazioni per ottimizzarne il funzionamento interno in termini di layout spaziale, di sistema relazionale e di definizione delle singole unità ambientali minime.

Tali aree funzionali sono state suddivise in obbligatorie e facoltative, secondo i seguenti criteri (i dettagli sono elencati in tabella 1)⁷:

- **Obbligatorie**, se indicate come “Obbligatorie” in termini organizzativi nella Tab. 4 del DM77/22 (pp. 29 e 30);
- **Facoltative**, se considerate “Fortemente Raccomandate”, “Raccomandate” e “Facoltative” in termini organizzativi nella Tab. 4 del DM77/22 (pp. 29 e 30).

Ciò significa che ogni CdC dovrà prevedere l’inserimento delle funzioni ritenute obbligatorie e potrà prevedere la presenza di funzioni aggiuntive/facoltative secondo le indicazioni fornite dall’Azienda.

Considerando le rispettive Aree funzionali obbligatorie, le CdC *Hub* e le CdC *Spoke* possono essere strutturate nelle seguenti quattro macroaree:

- Tre macroaree sanitarie:
 - o **Macroarea specialistica con le seguenti Aree funzionali:** prelievi, diagnostica di base e ambulatori specialistici obbligatorie per le CdC *Hub*; ambulatori specialistici obbligatori per le CdC *Spoke*;
 - o **Macroarea cure primarie con l’Area funzionale omonima;**
 - o **Macroarea assistenza di prossimità con le seguenti Aree funzionali:** assistenza medica, servizi infermieristici, PUA, integrazione con i servizi sociali, assistenza domiciliare di base e servizi per la comunità, obbligatorie per le CdC *Hub* e *Spoke*.

⁷ DM 77/2022: Nuovi modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel SSN.

- **Una macroarea non sanitaria, con le seguenti Aree funzionali:** accoglienza utenti, accoglienza personale, area logistica e locali tecnici.

3.1.2.3. Le Unità Ambientali

Ogni Area Funzionale è composta da **unità ambientali** (singoli ambienti fisici), che possono essere:

- **unità ambientali operative**, che caratterizzano l'area funzionale in cui è erogato il servizio;
- **unità ambientali per i servizi annessi e di supporto**, cioè i locali utili per lo svolgimento delle funzioni quali depositi, locali lavoro, che possono essere in comune con altre aree funzionali;
- **unità ambientali per l'accoglienza pazienti e caregiver**, cioè gli spazi destinati agli utenti e accompagnatori, che possono essere in comune con altre aree funzionali.

Alcuni spazi possono essere interscambiabili e adoperati per diverse attività erogate all'interno della CdC, come ad esempio l'area accoglienza, le aree di deposito, gli spogliatoi per il personale, le aree relax per il personale, ecc.

In caso di CdC realizzata all'interno di poli ospedalieri o edifici sanitari già operativi (edifici interi e/o porzioni di esse) oppure di CdC *Hub* o *Spoke* integrate con OdC e/o COT, diverse aree funzionali non sanitarie afferenti alla Macroarea Servizi Generali e Logistici possono essere in comune e/o condivisione, quali per esempio l'area accoglienza, aree di deposito, spogliatoi per il personale, aree tecnologiche, ecc.

3.2. Modello di servizio

Il modello di servizio delle CdC si riassume in cinque pilastri:

- ❖ **Target dei pazienti:** vengono illustrati possibili criteri di definizione dei target prioritari di utenti delle CdC;
- ❖ **Vocazioni:** vengono illustrate le possibili vocazioni che le CdC possono assumere;
- ❖ **Bacino di riferimento delle CdC e modalità di accesso ai servizi:** vengono illustrati possibili bacini di utenza afferenti alle strutture e le rispettive possibili modalità di accesso;
- ❖ **Servizi:** vengono presentati i criteri di selezione dei servizi da includere, in coerenza con target, vocazione e requisiti normativi;
- ❖ **Ruolo delle CdC nella filiera assistenziale:** viene illustrata la rete di cooperazione tra la CdC *Hub* e i diversi setting della filiera assistenziale.

3.2.1 Target di pazienti

Per ogni CdC è possibile individuare un target prioritario di popolazione verso cui sono erogati i servizi. L'identificazione di questo target può avvenire sulla base di diversi criteri, come un'analisi epidemiologica della popolazione di riferimento (si veda in merito il Paragrafo 3.2.3), secondo i principi del *Population Health Management* (PHM), oppure tenendo conto della mission preesistente della struttura che ospita la CdC. L'approccio del *Population Health Management* (PHM) si fonda sulla stratificazione della popolazione, prendendo in considerazione variabili sanitarie e sociali. Questa metodologia consente di individuare i gruppi di popolazione con bisogni assistenziali specifici, stimare il relativo fabbisogno assistenziale e i servizi da programmare per

soddisfarlo. A partire dal fabbisogno assistenziale, l'analisi epidemiologica può portare all'individuazione di target prioritari come, ad esempio:

- *Cluster* di popolazione con un basso tasso di copertura del bisogno per elevata domanda o insufficiente offerta. Erogando i servizi a tali *cluster*, la CdC potenzia l'offerta per ridurre il *gap* esistente;
- *Cluster* di popolazione con una buona copertura dei bisogni, ma con servizi frammentati sul territorio. In questo caso, la CdC assume un ruolo di ricomposizione dei servizi garantendo un percorso assistenziale più omogeneo e integrato.

La definizione del target prioritario determina la tipologia di servizi erogati dalla CdC. A titolo esemplificativo, si riportano di seguito alcune ipotesi di cluster di popolazione che possono rappresentare il target prioritario di una CdC:

- Popolazione con patologie croniche a bassa o alta complessità;
- Popolazione sana;
- Popolazione con fragilità socioassistenziale;
- Popolazione con bisogni legati ad una specifica branca o area assistenziale, ad oncologia, malattie rare, autismo, bisogni relativi all'area materno-infantile.

A titoli di esempio, i documenti programmatici della CdC volgono una particolare attenzione ai malati cronici, che costituiscono il 39% della popolazione italiana. Considerando un bacino di utenza delle CdC *Hub* di 50.000 abitanti, nel caso in cui il target di popolazione a cui si rivolge la CdC *Hub* fosse quelli della popolazione cronica, questo sarebbe pari a circa 19.500 persone affette da patologie croniche semplici. Se il target fosse invece quello delle persone non autosufficienti da assistere a domicilio, tenendo conto dei servizi da erogare nell'ambito dell'assistenza domiciliare di base, se si considera che gli over 65 sono circa il 24% della popolazione generale, ogni CdC *Hub* sarebbe chiamata ad assicurare assistenza a circa 12.000 persone over 65. Stimando che di questi almeno il 10% viene assistito a domicilio e che il 60% di questi ultimi necessita di cure domiciliari di base, il target di over 65 bisognosi di servizi di cure domiciliari di base per ogni CdC *Hub* è di circa 720 ultrasessantacinquenni⁸.

3.2.2 Le vocazioni delle CdC

Come previsto dalla DGR 682 del 13/12/2022, il modello organizzativo delle CdC si potrà configurare a seconda di una o più «vocazioni», ovvero **orientamenti che caratterizzano l'identità e gli obiettivi della CdC**. La CdC può assumere 4 diverse vocazioni, che possono coesistere all'interno della stessa CdC.

1. **Vocazione “Casa della Salute”**: questa vocazione configura la CdC come un luogo prevalentemente votato all'erogazione in prossimità di servizi sanitari territoriali (prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione), tipicamente con un focus o sulla cronicità o su specifiche patologie;
2. **Vocazione “Casa delle Cure Primarie”**: questa vocazione configura la CdC come un luogo dedicato in via prioritaria all'erogazione delle cure primarie e della presa in carico tramite la presenza di MMG, PLS e IFoC, oltre alla presenza della Continuità Assistenziale;

⁸ Linee di indirizzo Agenas per l'attuazione del modello organizzativo delle Case della Comunità Hub.

3. **Vocazione “Casa dell’Accesso e del Case management”**: questa vocazione configura la CdC come luogo di prossimità per l’accesso al sistema di cure, l’orientamento ai servizi, la gestione delle prenotazioni e le attività di case management tramite PUA, CUP integrato con il resto della rete, ambulatori infermieristici, UVM, ADI e servizi sociali;
4. **Vocazione “Casa della Comunità”**: questa vocazione configura la CdC come un luogo in cui avviene la valorizzazione delle reti sociali formali e informali del territorio tramite il coinvolgimento attivo del terzo settore, del volontariato e della comunità (cittadini, pazienti esperti) per la co-produzione dei servizi sociosanitari territoriali.

Indipendentemente dalla/e vocazione/i assunta/e, ciascuna CdC è tenuta al rispetto dei requisiti previsti dalla checklist delle CdC Hub e Spoke⁹.

La vocazione è strettamente collegata al target prioritario (se individuato) e alla tipologia e modalità di erogazione dei servizi erogati.

In questo senso, le vocazioni possono essere differenti sia tra le CdC *Hub*, sia in riferimento alla natura *Hub* o *Spoke* delle CdC, ad esempio:

- La CdC Hub si presta, per dimensione e bacino d’utenza potenziale, ad assumere più o tutte le vocazioni tra quelle proposte. In alcuni casi, a seconda della dotazione di capitale fisico e umano, alcune vocazioni possono avere maggiore enfasi e in particolare la vocazione di «Casa della Salute». In questo caso, la CdC *Hub* è un punto di riferimento per la specialistica ambulatoriale (sia territoriale che ospedaliera, in base alla disponibilità dei professionisti e all’attivazione di servizi di telemedicina), la diagnostica delle patologie a più elevata prevalenza, o gli screening oncologici;
- La CdC Spoke si presta alla focalizzazione su una singola vocazione, come ad esempio quella di «accesso e case management» o «cure primarie» o «comunità».

Nell’ambito della vocazione «salute» è possibile dare una connotazione specialistica alle CdC, ad esempio: riabilitazione, oncologia, cardiologia, salute mentale, disturbi dell’infanzia e dell’adolescenza, bisogni materno-infantili, malattie rare etc. Questa connotazione influisce sul bacino di riferimento, in quanto una maggiore specializzazione dei bisogni serviti richiede un bacino potenzialmente più ampio di quello distrettuale (si veda in merito il Paragrafo 3.2.3).

3.2.3 Il bacino di riferimento della CdC e le modalità di accesso

Il **bacino di riferimento** di una CdC è determinato in base al **target di popolazione e alla tipologia di servizi offerti**. Il bacino può coincidere con l’area geografica in cui la CdC è collocata o può prescindere da essa.

Ad esempio, una CdC *Hub* con vocazione sanitaria e una specializzazione in una determinata branca, come l’oncologia, potrebbe servire un bacino di utenza che include non solo la popolazione del Distretto Sociosanitario di riferimento, ma anche pazienti provenienti da Distretti limitrofi o addirittura dell’intera azienda. Oppure, una CdC *Spoke* con vocazione di “cure primarie” potrebbe servire un bacino di utenza più ristretto, che comprende una parte specifica del Distretto (bacino sub-distrettuale), l’area coincidente con quella servita dall’AFT che trova sede nella CdC, un singolo comune o un gruppo di comuni.

⁹ “Linee guida per comprovare il raggiungimento del target PNRR M6C1-3 “Case della Comunità messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche”, Investimento: M6C111.1 – Case della Comunità e presa in carico della persona” (Marzo 2025) – Allegato 1: “Guida operativa per la redazione della relazione da parte dell’ingegnere indipendente” – Allegato 3b: “Check list CDC HUB” – Allegato 3c: “Check list CDC SPOKE”.

Oltre alla specializzazione e al target, il bacino di riferimento dipende anche dalla modalità di erogazione dei servizi, che può essere fisica o digitale. Se i servizi vengono erogati in presenza, il bacino sarà più legato alla localizzazione fisica della CdC. Tuttavia, nel caso di servizi digitali – come la telemedicina – i confini territoriali diventano meno rigidi. Una CdC dotata di un ambulatorio per il telemonitoraggio dello scompenso cardiaco, ad esempio, potrebbe assistere pazienti residenti in un altro Distretto, qualora nel loro territorio di residenza tale servizio non fosse disponibile.

Le **modalità di accesso** ai servizi della CdC devono essere strutturate in modo coerente con il bacino di riferimento e con l'organizzazione distrettuale esistente. È possibile prevedere diverse modalità di accesso, tra cui:

- Accesso libero;
- Accesso su prenotazione tramite CUP;
- Accesso su invio dei servizi competenti, come la Centrale Operativa Territoriale (COT) o altri servizi sanitari e sociali, per favorire una presa in carico integrata dei pazienti.

In particolare, per i servizi accessibili attraverso CUP, è auspicabile rendere coerente il sistema di prenotazione con il target prioritario e la vocazione individuata, in modo da superare la logica «prestazionale» delle attività specialistiche ambulatoriali territoriali.

3.2.4 Criteri per la selezione ed organizzazione dei servizi

A partire dai servizi obbligatori, facoltativi e raccomandati presenti nel DM77/22 e nelle Linee di indirizzo Agenas per le CdC, le ASL potranno definire il mix di servizi per ciascuna CdC. Indipendentemente dai servizi offerti, ciascuna CdC è tenuta al rispetto dei requisiti previsti dalla checklist delle CdC Hub e Spoke¹⁰.

La definizione dei servizi dipende e deve essere coerente con il target prioritario della CdC e la/e vocazione/i identificata/e.

L'identificazione dei servizi deve riguardare, da un lato la tipologia dei servizi, e le modalità di erogazione dall'altro.

La **tipologia** dei servizi fa riferimento, ad esempio, all'identificazione di:

- Servizi di prevenzione e screening;
- Servizi di informazione ed educazione;
- Servizi diagnostici;
- Ambulatori per le cronicità;
- Ambulatori specifici di patologia.

Le **modalità di erogazione** dei servizi possono essere le seguenti:

- Erogazione diretta (da parte della CdC) in modalità fisica;
- Erogazione diretta (da parte della CdC) da remoto;
- Erogazione indiretta, da parte degli attori con cui la CdC è integrata (es. privato accreditato, terzo settore, comunità). Si veda in merito il Paragrafo 3.3.3.

¹⁰ "Linee guida per comprovare il raggiungimento del target PNRR M6C1-3 "Case della Comunità messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche", Investimento: M6C111.1 – Case della Comunità e presa in carico della persona" (Marzo 2025) – Allegato 1: "Guida operativa per la redazione della relazione da parte dell'ingegnere indipendente" – Allegato 3b: "Check list CDC HUB" – Allegato 3c: "Check list CDC SPOKE".

Sia per l'erogazione diretta dei servizi che per quella indiretta, sarà fondamentale individuare e implementare gli **strumenti necessari**, tra cui **tecnologie, piattaforme digitali e infrastrutture** in grado di supportare l'integrazione e l'efficienza dell'intero sistema. L'adozione di strumenti adeguati consentirà non solo di ottimizzare l'erogazione delle prestazioni, ma anche di garantire un coordinamento efficace tra i diversi attori coinvolti nella rete assistenziale.

Il mix dei servizi da includere deriva da alcune di considerazioni sui seguenti punti:

- Servizi da trasferire **da altri setting distrettuali** (es. sedi del distretto, poliambulatori territoriali, consultori familiari, ecc.)
- Servizi distrettuali da istituire **ex novo** (es. ambulatori infermieristici, ambulatori di patologia, servizi diagnostici, ecc.)
- Servizi da integrare **da altre strutture organizzative** aziendali (es. vaccinazioni, screening, nutrizione, centri salute mentale, servizi dipendenze, ecc.)
- Servizi **extra-aziendali** da integrare (servizi sociali enti locali e ambiti sociali, aree terzo settore e volontariato).

3.2.5 Il ruolo delle CdC nella filiera assistenziale

I servizi forniti dalle CdC si inseriscono in un contesto più ampio, che abbraccia l'intera filiera assistenziale, all'interno della quale operano e collaborano diverse figure professionali. In questo scenario, le CdC fungono da nodi centrali, attuando un sistema il cui fulcro risiede nella relazione multiprofessionale. Tale approccio assicura un efficace governo della domanda di assistenza, con un coordinamento delle funzioni relative alla sanità di iniziativa, alla presa in carico, all'accesso unitario e all'orientamento dei pazienti. Questa rete di cooperazione e comunicazione coinvolge le relazioni *intra-setting* ed *inter-setting* della filiera assistenziale, includendo anche quelle tra settore sanitario e settore sociale, con un attivo coinvolgimento della Comunità e dei pazienti stessi, nonché il raccordo funzionale con la rete dell'emergenza-urgenza, al fine di garantire continuità assistenziale e gestione coordinata delle situazioni cliniche che possano evolvere verso condizioni di urgenza o emergenza.

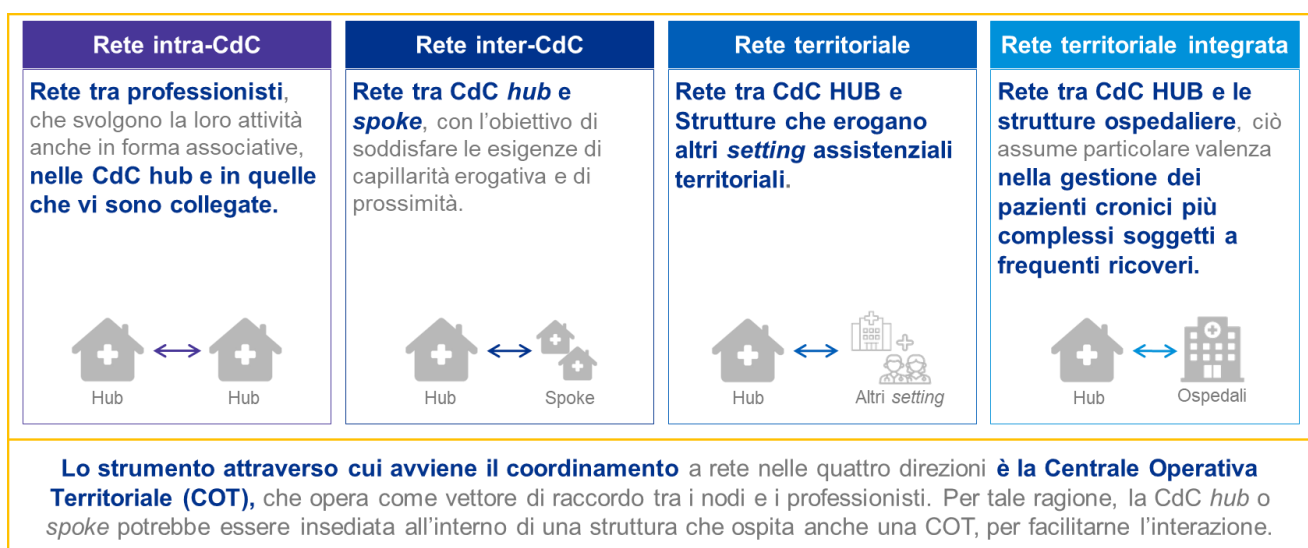


Figura 4: Le quattro reti di interconnessione tra la CdC Hub e la filiera assistenziale

La CdC *Hub*, proprio per il suo ruolo centrale nella rete dei servizi, adotta meccanismi di coordinamento strutturali a rete in quattro direzioni¹¹:

- **Rete intra-CdC:** costituita dalla messa in rete tra professionisti che svolgono la loro attività anche nelle forme associative che hanno sede fisica all'interno della CdC *Hub* e quelle che vi sono funzionalmente collegate;
- **Rete inter-CdC:** costituita dalla messa in rete tra CdC *Hub* e le sue CdC *Spoke* in modo da soddisfare al meglio le esigenze sanitarie dei diversi contesti;
- **Rete territoriale:** la CdC *Hub* è messa in rete con gli altri settori assistenziali territoriali, quali assistenza domiciliare, specialistica ambulatoriale, OdC, hospice e rete delle cure palliative, Residenze Sanitarie Assistenziali, Consultori familiari e attività rivolte ai minori, servizi per la salute mentale, dipendenze e disabilità, servizi sociali e altre forme di strutture intermedie e servizi, nonché con i servizi della rete dell'emergenza-urgenza territoriale, per assicurare l'eventuale tempestiva attivazione degli interventi in caso di aggravamento clinico degli assistiti.
- **Rete territoriale integrata:** la CdC *Hub* è messa in rete con le strutture ospedaliere, anche grazie all'ausilio di piattaforme informatiche. Tale rete integrata comporta lo svolgimento delle attività in due direzioni: l'invio di pazienti in fasi cliniche dall'ospedale alla CdC in quanto richiedono processi assistenziali e l'invio in Ospedale di soggetti il cui stato patologico richiede prestazioni ospedaliere ambulatoriali specialistiche. In tale ambito è garantito anche il raccordo informativo e operativo con la rete dell'emergenza-urgenza, per la gestione coordinata degli eventi acuti e la successiva continuità assistenziale territoriale. Tale forma di integrazione assume particolare 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.

3.2.6 Integrazione tra Case della Comunità e rete dell'emergenza-urgenza

Le CdC rappresentano uno dei nodi fondamentali della rete territoriale e operano in integrazione funzionale e operativa con il sistema dell'emergenza-urgenza, composto dal Servizio di Emergenza Territoriale 118 e dal Numero Europeo Armonizzato per le cure non urgenti 116117, al fine di garantire una risposta appropriata, tempestiva e continuativa ai bisogni di salute della popolazione lungo l'intero *continuum* assistenziale.

Nel modello organizzativo territoriale, la CdC svolge una funzione di presidio sanitario di prossimità e contribuisce alla gestione integrata della domanda assistenziale, in particolare:

- intercettando e gestendo i bisogni a bassa e media complessità clinica;
- contribuendo alla riduzione degli accessi impropri ai Pronto Soccorso;
- garantendo la continuità assistenziale dopo eventi acuti;

¹¹ DM 77/2022: Nuovi modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN.

- collaborando con le Centrali Operative (118 e 116117) e con gli altri nodi della rete, secondo le modalità e i protocolli definite a livello regionale e aziendale.

L'integrazione tra CdC, Centrale Operativa NEA 116117 e Servizio di Emergenza Territoriale 118 è finalizzata ad assicurare la gestione appropriata della domanda sanitaria, la continuità delle cure territoriali e una risposta coordinata nelle situazioni cliniche che possano evolvere verso condizioni di urgenza o emergenza. In tale ambito, il 116117 può indirizzare l'assistito verso la CdC territorialmente competente per:

- valutazione clinico-assistenziale non urgente;
- attivazione di percorsi di presa in carico territoriale;
- gestione di bisogni a bassa complessità;
- accesso ai servizi di continuità assistenziale eventualmente collocati presso CdC *Hub*.

L'integrazione tra le CdC e il sistema dell'emergenza-urgenza richiede l'adozione di protocolli condivisi, l'interoperabilità dei sistemi informativi e una comunicazione continua tra i diversi nodi della rete, al fine di garantire sicurezza, tracciabilità e appropriatezza della risposta assistenziale. La CdC opera, inoltre, in raccordo con la rete dell'emergenza-urgenza per assicurare una gestione coordinata delle situazioni cliniche acute. In particolare:

- in caso di aggravamento clinico di un assistito preso in carico presso la CdC, viene attivato il Servizio 118 secondo protocolli condivisi;
- la CdC fornisce al 118 le informazioni cliniche e assistenziali utili alla gestione dell'evento acuto;
- al termine dell'evento emergenziale, la CdC contribuisce alla continuità assistenziale territoriale e alla presa in carico post-acuzie.

Il flusso informativo tra CdC, 116117, 118 e gli altri attori della rete avviene in modo continuativo e strutturato, assicurando il monitoraggio del percorso assistenziale e la tempestiva attivazione degli interventi necessari.

3.3. Condizioni organizzative

Le condizioni organizzative delle CdC si riassumono in quattro pilastri:

- ❖ **Requisiti generali e standard tecnologici e strutturali:** vengono illustrate le disposizioni relative alla struttura e alle strumentazioni mediche, oltre ad ulteriori requisiti generali e di efficienza energetica;
- ❖ **Personale:** vengono illustrate le indicazioni in merito al personale da prevedere nelle CdC;
- ❖ **Meccanismi di integrazione:** vengono illustrate possibili modalità di integrazione dei servizi della CdC all'interno dell'intera filiera;
- ❖ **Strumenti informativi:** vengono illustrati i sistemi IT a supporto delle funzioni gestite dalla CdC.

3.3.1 Requisiti generali e standard tecnologici e strutturali¹²

Tra gli standard tecnologici e strutturali sia delle CdC *Hub*, sia delle CdC *Spoke* rientrano:

- **Sistema integrato di prenotazione al CUP Aziendale** per tutte le prestazioni erogate dal SSN, volto a garantire accesso unitario ed integrato all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, garantendo l'erogazione di informazioni, servizio di prenotazione e accettazione di prestazioni e se previsti ritiro referti;
- **Servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicità** con strumentazione diagnostica di base (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, oct, spirometro) **anche attraverso strumenti di telemedicina.**

Le CdC *Hub* sono dotate di **strumentazioni medicali e dispositivi medici**, tenendo conto dell'analisi dei bisogni della popolazione di riferimento, personalizzando, pertanto, le strumentazioni in base alle esigenze specifiche della Comunità.

La dotazione obbligatoria di strumentazioni mediche per ogni CdC *Hub* è il carrello di emergenza. Nel carrello di emergenza è presente l'attrezzatura essenziale per il pronto soccorso e per la rianimazione cardiopolmonare di base (pallone autoespansibile, corredato di maschere facciali e cannule orofaringee, sfigmomanometro e fonendoscopio, laccio emostatico, siringhe e farmaci di pronto intervento, materiale per medicazione e kit per suture). Nel caso in cui vengano effettuate ricerche diagnostiche con manovre complesse, oltre alla dotazione di cui sopra, devono essere presenti: sistema di monitoraggio ECG e parametri vitali, defibrillatore semi-automatico e pulsossimetro.

La dotazione dei dispositivi dovrà essere adeguata in termini di tipologia e quantità in relazione alla specificità dell'attività svolta.

Le attrezzature che compongono il *kit* di base per gli ambulatori 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;

¹² "Linee guida per comprovare il raggiungimento del target PNRR M6C1-3 "Case della Comunità messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche", Investimento: M6C111.1 – Case della Comunità e presa in carico della persona" (Marzo 2025) – Allegato 1: "Guida operativa per la redazione della relazione da parte dell'ingegnere indipendente" – Allegato 3b: "Check list CDC HUB" – Allegato 3c: "Check list CDC SPOKE".

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

Allo stesso modo, si elencano i dispositivi medici previsti almeno per piano/contiguità nelle CdC *Hub* che possono essere utilizzati dai professionisti sanitari operanti all'interno delle medesime strutture:

- Elettrocardiografo minimo 12 derivazioni;
- Monitor-defibrillatore.

In ogni CdC *Hub* deve essere garantita la presenza della seguente strumentazione diagnostica, anche finalizzata alla gestione e al monitoraggio delle patologie a maggiore prevalenza:

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

Inoltre, nella CdC *Hub* può essere presente ogni altro dispositivo medico, strumentazione diagnostica e per immagini, nonché medica necessaria per soddisfare i bisogni della popolazione di riferimento.

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;
- attività diagnostica anche a domicilio del paziente.

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.

Inoltre, in conformità a quanto previsto dalla *Council Implementing Decision* (CID), le Case della Comunità rispettano i requisiti generali e di efficienza energetica e sono 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 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.

È stato assicurato, ai sensi dell'articolo 18 del Regolamento (UE) n. 241/2021, il perseguimento del principio di "non arrecare danno significativo agli obiettivi ambientali" ("Do No Significant Harm" - DNSH) di cui all'articolo 17 del Regolamento (UE) n. 852/2020, secondo quanto definito dalla Circolare della Ragioneria Generale dello Stato del 14 maggio 2024, n. 22 "Aggiornamento Guida operativa per il rispetto del principio di non arrecare danno significativo all'ambiente (cd. DNSH)" che ha aggiornato la Circolare n. 33 del 13 ottobre 2022.

3.3.2 Personale¹³

Il DM77/22 prevede alla definizione di indicazioni per quanto riguarda le figure professionali all'erogazione delle attività previste nelle CdC *Hub* e *Spoke*.

Nelle CdC *Hub* e *Spoke* è prevista¹⁴ la presenza medica, anche attraverso il servizio di continuità assistenziale, e la presenza infermieristica.

La "presenza medica" è definita come disponibilità di un servizio di assistenza medica aperto a tutti gli utenti indipendentemente dall'iscrizione ad un determinato medico, senza necessità di prenotazione tipo ex guardia medica/continuità assistenziale. Questo servizio può essere erogato da un medico del ruolo unico di assistenza primaria durante l'attività su base oraria o da altro medico specificatamente dedicato. L'attività a ciclo di scelta tipo studio MMG o AFT non rientra nella fattispecie salvo presenza di un accordo specifico che preveda l'accesso per qualsiasi utente.¹⁵

La "presenza infermieristica" è definita come disponibilità di un servizio di assistenza infermieristica con infermiere dedicato aperto a tutti gli utenti e senza necessità di prenotazione, es. ambulatorio infermieristico.¹⁶

In riferimento al DM77/22 e le linee guida Agenas¹⁶, le figure professionali previste nelle CdC *Hub* sono:

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

¹³ "Linee guida per comprovare il raggiungimento del target PNRR M6C1-3 "Case della Comunità messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche", Investimento: M6C111.1 – Case della Comunità e presa in carico della persona" (Marzo 2025) – Allegato 1: "Guida operativa per la redazione della relazione da parte dell'ingegnere indipendente" – Allegato 3b: "Check list CDC HUB" – Allegato 3c: "Check list CDC SPOKE".

¹⁴ Linee di indirizzo Agenas per l'attuazione del modello organizzativo delle Case della Comunità Hub.

¹⁵ Report Nazionale di sintesi dei risultati del monitoraggio DM 77/2022 – II Semestre 2024.

¹⁶ Linee di indirizzo Agenas per l'attuazione del modello organizzativo delle Case della Comunità Hub.

In merito all'assistenza infermieristica, gli IFoC sono organizzati indicativamente come segue¹⁷:

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

Il personale previsto dal DM77/22 è già stato inserito nella specifica sezione dei Piani Triennali del Fabbisogno di Personale (PTFP) 2023/2025, adottati dalle singole Aziende.

Le CdC *Hub* possono ospitare fisicamente forme associative e/o studi di MMG. Infatti, tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle CdC avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente¹⁷. Solo attraverso il coinvolgimento delle AFT, si può abbandonare la dimensione settoriale/erogativa delle cure a favore di una medicina di iniziativa. In questo modo, MMG e PLS vengono messi in connessione con gli specialisti del territorio, con l'obiettivo di garantire una reale presa in carico dei pazienti cronici e di migliorare il livello di prossimità delle cure.

ASL	N° AFT
ASL Avellino	12
ASL Benevento	10
ASL Caserta	24
ASL Napoli 1	31
ASL Napoli 2	29
ASL Napoli 3	30
ASL Salerno	45
Totale	181

Figura 5: Numeriche e distribuzione delle AFT sul territorio campano¹⁷

Si precisa che è necessario definire le modalità di integrazione dei MMG, PLS e specialisti presso le CdC, sulla base di quanto previsto dall'ACN 2019-21 e successive integrazioni¹⁸ e delle contrattazioni integrative regionali e aziendali.

3.3.3 I meccanismi di integrazione

È necessario, per ogni CdC, identificare i servizi per i quali si prevede integrazione tra la CdC e gli attori della filiera dei servizi sociali e sanitari, pubblici e privati (es. privato accreditato, MMG/PLS, farmacie, strutture ospedaliere, strutture territoriali, ambiti sociali, terzo settore, comunità, altri *setting* previsti dal DM77/22 quali COT e NEA 116117). L'identificazione delle modalità di integrazione si basa sull'individuazione di: 1) Strumenti e procedure; 2) Modelli operativi; 3) Attori:

¹⁷ DCA n.83/2019 - Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019 – 2021 Regione Campania

¹⁸ Accordi Collettivi Nazionali per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale, con i Medici Pediatri di Libera Scelta e con gli specialisti ambulatoriali interni ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. N. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni – Triennio 2019-2021.

1. Strumenti e procedure:

- PDTA aziendali e regionali esistenti e programmi strutturati di presa in carico della cronicità;
- Condivisione di cartelle cliniche e di piattaforme tra gli attori che contribuiscono alla presa in carico (ad esempio specialisti ospedalieri e territoriali, MMG, IFoC);
- COT (è lo strumento attraverso cui avviene il coordinamento “a rete” di cui al paragrafo 3.2.5).

2. Modelli operativi:

- L'integrazione tra le CdC e gli altri *setting* della rete avviene con la distribuzione di ruoli e responsabilità sulla base di percorsi integrati ospedale-territorio e territorio-territorio;
- Equipe itineranti, ad esempio, un team multiprofessionale ospedaliero che si sposta dall'ospedale per erogare prestazioni ambulatoriali nella CdC in determinati giorni e fasce orarie;
- Teleconsulto tra professionisti (sia tra specialisti ospedalieri e territoriali sia tra essi e i MMG/PLS).

3. Attori:

- È necessario definire le modalità di integrazione dei MMG, PLS e specialisti presso le CdC, sulla base di quanto previsto dall'ACN 2019-21 e successive integrazioni¹⁹ e delle contrattazioni integrative regionali e aziendali;
- È possibile prevedere accordi con il privato accreditato per l'erogazione di servizi all'interno delle CdC;
- È possibile realizzare forme di community building tramite integrazione con terzo settore e comunità, come previsto dal Programma Nazionale Equità nella Salute e da differenti iniziative distrettuali.

3.3.4 Sistemi informativi¹⁹

Il DM77/2022, riorganizzando la rete territoriale, si pone l'obiettivo di garantire un'assistenza proattiva, personalizzata, multidisciplinare e di prossimità capace anche di gestire le necessarie interazioni con la rete ospedaliera e con le altre reti tempo-dipendenti e di specialità, valorizzando il domicilio quale luogo privilegiato di assistenza, per le persone non autosufficienti e con cronicità complesse quando appropriato, anche utilizzando gli strumenti della sanità digitale, come la telemedicina.

La CdC è, infatti, anche definita come “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”.

La CdC effettua tutte le funzioni con l'ausilio di una piattaforma informatica che dovrà essere integrata con tutti gli operatori appartenenti alla medesima rete aziendale. Per garantire un'efficace assistenza sanitaria, è fondamentale sviluppare una rete di interconnessione tra gli operatori delle CdC *Hub* e *Spoke* e con gli altri operatori della filiera assistenziale: in particolare, è fondamentale un sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale e con gli altri sistemi regionali e

¹⁹ DM 77/2022: Nuovi modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN e Linee di indirizzo Agenas per l'attuazione del modello organizzativo delle Case della Comunità Hub.

aziendali, per facilitarne l'organizzazione e l'accesso ai servizi e l'interoperabilità tra i vari attori coinvolti, come i MMG, i PLS e i medici di continuità assistenziale, oltre al paziente stesso.

Al fine di facilitare la comunicazione all'interno della rete di cura e tra professionisti, favorire la sicurezza delle cure e accedere alle informazioni in tempi rapidi, dovranno essere attivate modalità di cooperazione applicativa tra i *software* in uso nei diversi *setting* assistenziali e il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), nel rispetto degli standard di interoperabilità definiti dalle linee guida nazionali, per una comunicazione condivisa orientata al supporto nella gestione della documentazione sociosanitaria degli assistiti, allo scambio di informazioni aggiornate e al confronto professionale facilitato (teleconsulenza e teleconsulto) all'interno dell'*équipe* territoriale e nel rispetto del diritto alla privacy del paziente. In tale quadro, dovrà essere garantita l'integrazione con i flussi informativi della COT e con la CO NEA 116117, al fine di assicurare la tracciabilità dei percorsi di presa in carico, il coordinamento delle transizioni di cura e la continuità informativa tra i diversi nodi della rete assistenziale.

Tutte le unità operative territoriali che compongono il Distretto, incluse le CdC, devono essere dotate di soluzioni digitali idonee ad assicurare la produzione nativa dei documenti sanitari in formato digitale, secondo gli standard adottati a livello nazionale, e la condivisione dei dati relativi a ciascun paziente tra i diversi professionisti sanitari coinvolti nell'assistenza: ciò al fine di consentire di realizzare servizi in rete pienamente integrati. Si tratta, quindi, di rendere disponibili a ciascun Distretto, anche nell'ambito dei sistemi regionali, infrastrutture tecnologiche ed informatiche integrate e interoperabili sia con i sistemi dell'ecosistema di sanità digitale nazionali e regionali, nonché con le soluzioni di telemedicina.

I sistemi informativi devono essere sottoposti a certificazione da parte della Regione per assicurare il rispetto di requisiti di qualità e completezza nella produzione dei dati. Per la certificazione degli standard di produzione dei dati relativi ai punti a) e b) le Regioni/Province autonome adottano le specifiche tecniche pubblicate dal Ministero della Salute. Le Case della Comunità, come tutte le strutture territoriali ed intermedie, adottano standard di qualità e documentano in merito a:

- a) Gestione del rischio clinico:
 - i. applicazione di ogni misura finalizzata alla prevenzione del rischio clinico e utilizzazione di sistemi gestionali degli eventi sentinella e delle denunce di sinistri. Ciascuna struttura adotta, altresì, in forma anonima sistemi di segnalazione dei rischi ed errori e criticità organizzative;
 - ii. applicazione di liste di controllo specifiche per il contesto territoriale, in coerenza con linee di indirizzo nazionali e le raccomandazioni ministeriali;
 - iii. effettuazione di programmi di formazione specifica.
- b) Protocolli, istruzioni operative e azioni di miglioramento continuo:
 - i. definizione di protocolli e istruzioni operative validate formalmente e dedicate alle maggiori criticità o problemi assistenziali;
 - ii. misurazione delle prestazioni e degli esiti;
 - iii. audit clinici;
- c) documentazione sanitaria e consegna referti, comunicazione, informazione e partecipazione dell'assistito e dei caregiver;
- d) formazione continua e interprofessionale del personale.

4. Monitoraggio delle prestazioni delle CdC

Il funzionamento delle CdC verrà monitorato e valutato a livello regionale e a livello di singola ASL tramite logiche di misurazione delle *performance*.

È possibile monitorare, tramite l'utilizzo di KPI, le prestazioni del servizio erogato dalle CdC e i benefici che porteranno al singolo cittadino, alla comunità e alla totalità dei *setting* assistenziali.

È necessario introdurre azioni volte al monitoraggio costante sia dell'implementazione del nuovo modello ma anche dei risultati ottenuti che dovrebbero basarsi su indicatori rivolti a misurare, direttamente o indirettamente, il miglioramento dei servizi sanitari territoriali in termini di qualità, efficacia ed efficienza delle cure, nonché in termini di *outcome* di salute.

Si resta in attesa degli indicatori di monitoraggio delle *performance* delle CdC previsti da disposizioni ministeriali.

5. Applicazione del modello operativo delle CdC: alcuni esempi

Il modello organizzativo delle Case della Comunità della Regione Campania si basa su cinque pilastri strategici, illustrati nel modello di servizio, che guidano la loro implementazione:

- Target di riferimento;
- Vocazione/i;
- Servizi erogati;
- Modalità di accesso ai servizi e bacino di riferimento;
- Meccanismi di integrazione.

Questi principi rappresentano la cornice operativa entro cui si svilupperanno i modelli organizzativi di ciascuna Azienda. Nel presente paragrafo verranno presentati **alcuni scenari sintetizzati in casi d'uso esemplificativi**, che illustrano le diverse applicazioni del modello descritto. In particolare, a seconda del target di pazienti prioritario definito per ciascuna Casa di Comunità, sia essa *Hub* o *Spoke*, è possibile identificare le specifiche vocazioni della struttura e, di conseguenza, i servizi da includere.

A seconda delle necessità dei pazienti e del contesto territoriale, le Case della Comunità possono assumere tutte o solo alcune delle diverse vocazioni, ognuna con servizi dedicati.

Si precisa che, indipendentemente dalla/e vocazione/i assunta/e, ciascuna CdC è tenuta al rispetto dei requisiti previsti dalla checklist delle CdC Hub e Spoke²⁰.

5.1. Caso d'uso 1: Target prioritario pazienti fragili e cronici

Le Case della Comunità *Hub* o *Spoke* aventi come target prioritario i **pazienti fragili e cronici** possono assumere le seguenti vocazioni, offrendo servizi specifici in base alle esigenze assistenziali, come riportato nella figura seguente:

²⁰ "Linee guida per comprovare il raggiungimento del target PNRR M6C1-3 "Case della Comunità messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche", Investimento: M6C111.1 – Case della Comunità e presa in carico della persona" (Marzo 2025) – Allegato 1: "Guida operativa per la redazione della relazione da parte dell'ingegnere indipendente" – Allegato 3b: "Check list CDC HUB" – Allegato 3c: "Check list CDC SPOKE".



Figura 6: Vocazioni e servizi esempio – Target pazienti fragili e cronici

- **Casa della Salute (Hub):** luogo erogativo di servizi sanitari e territoriali, quali assistenza medica ed infermieristica e ambulatori di specialistica ambulatoriale, e di servizi di gestione e presa in carico dei pazienti, ambulatori dedicati a screening e vaccini;
- **Casa delle Cure Primarie (Hub e Spoke):** luogo erogativo delle cure primarie e di servizi come la continuità assistenziale e la diagnostica di base;
- **Casa della Comunità (Hub e Spoke):** punto di riferimento per la partecipazione attiva della comunità, oltre che per la valorizzazione delle reti sociali e per la promozione della salute.

Si precisa che, indipendentemente dalla/e vocazione/i assunta/e, ciascuna CdC è tenuta al rispetto dei requisiti previsti dalla checklist delle CdC Hub e Spoke²¹.

Si riporta di seguito un caso d'uso esemplificativo di **Casa di Comunità Hub rivolta a pazienti cronici** con patologie connesse ai determinanti sociali della salute, come diabete, ipertensione, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), altre malattie metaboliche (es. obesità) e dipendenze (es. tabagismo, alcolismo, ludopatia). Il caso in esame prevede la presenza di ambulatori specialistici e infermieristici dedicati, diagnostica di base e servizi di prevenzione nei luoghi di vita e di lavoro. Il fulcro dell'assistenza alla cronicità è costituito dall'attività dei MMG e degli IFoC. Infine, l'integrazione con il terzo settore, la comunità e i servizi sociali gioca un ruolo cruciale nella promozione di stili di vita sani e nel reclutamento attivo della popolazione a rischio. Questo approccio favorisce l'emersione del sommerso diagnostico grazie alla collaborazione con le reti sociali, sia formali che informali.

²¹ "Linee guida per comprovare il raggiungimento del target PNRR M6C1-3 "Case della Comunità messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche", Investimento: M6C111.1 – Case della Comunità e presa in carico della persona" (Marzo 2025) – Allegato 1: "Guida operativa per la redazione della relazione da parte dell'ingegnere indipendente" – Allegato 3b: "Check list CDC HUB" – Allegato 3c: "Check list CDC SPOKE".



Figura 7: Caso d'uso – Target pazienti fragili e cronici

5.2. Caso d'uso 2: Target prioritario pazienti over 65 e assistiti a domicilio

Le Case della Comunità *Hub* o *Spoke* aventi come target prioritario i **pazienti over 65 e assistiti a domicilio** possono assumere le seguenti vocazioni, offrendo servizi specifici in base alle esigenze assistenziali, come riportato nella figura seguente:



Figura 8: Vocazioni e servizi esempio – Target pazienti over 65 assistiti a domicilio

- **Casa della Salute (Hub):** luogo erogativo di servizi sanitari e territoriali, quali assistenza medica ed infermieristica e ambulatori di specialistica ambulatoriale, e di servizi di gestione e presa in carico dei pazienti;
- **Casa delle Cure Primarie (Hub e Spoke):** luogo erogativo delle cure primarie e di servizi come la continuità assistenziale, l'assistenza domiciliare, la diagnostica di base e gli ambulatori dedicati a screening e vaccini;

- **Casa dell'accesso e case management (Hub e Spoke):** luogo di accesso, orientamento e presa in carico attraverso il Punto Unico di Accesso e di gestione delle prenotazioni mediante l'integrazione al Centro Unico di Prenotazione ed altri servizi di supporto ai pazienti;
- **Casa della Comunità (Hub e Spoke):** punto di riferimento per la partecipazione attiva della comunità, oltre che per la valorizzazione delle reti sociali e per la promozione della salute.

Si precisa che, indipendentemente dalla/e vocazione/i assunta/e, ciascuna CdC è tenuta al rispetto dei requisiti previsti dalla checklist delle CdC Hub e Spoke²².

Si riporta di seguito un caso d'uso esemplificativo di **Casa di Comunità Hub rivolta ad anziani over 65 ed in particolare a quelli non autosufficienti e assistiti a domicilio**. Le Case della Comunità svolgono un ruolo chiave nel garantire un supporto integrato tra servizi sanitari e sociali, offrendo un modello di assistenza continuativa e personalizzata. Un elemento centrale di queste strutture è la presenza degli IFoC, che prendono in carico i soggetti non autosufficienti e assistiti a domicilio, supportano i caregiver e sono responsabili del case management. Inoltre, le Case della Comunità possono ospitare la centrale dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e l'Unità di Valutazione Multidisciplinare, favorendo un coordinamento efficace tra i diversi attori dell'assistenza. Infine, l'integrazione con associazioni di volontariato e con il terzo settore rappresenta un valore aggiunto in quanto consente agli assistiti di accedere facilmente ai servizi, tramite l'organizzazione del trasporto oppure la prenotazione di esami e prestazioni, contribuendo a migliorare la qualità della vita degli assistiti e a contrastare l'isolamento sociale.



Figura 9: Caso d'uso – Target pazienti over 65 assistiti a domicilio

5.3. Caso d'uso 3: Target prioritario intera comunità

Le Case della Comunità Hub o Spoke aventi come target prioritario l'intera comunità possono assumere le seguenti vocazioni, offrendo servizi specifici in base alle esigenze assistenziali, come riportato nella figura seguente:

²² "Linee guida per comprovare il raggiungimento del target PNRR M6C1-3 "Case della Comunità messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche", Investimento: M6C111.1 – Case della Comunità e presa in carico della persona" (Marzo 2025) – Allegato 1: "Guida operativa per la redazione della relazione da parte dell'ingegnere indipendente" – Allegato 3b: "Check list CDC HUB" – Allegato 3c: "Check list CDC SPOKE".



Figura 10: Vocazioni e servizi esempio – Target intera comunità

- **Casa della Salute (Hub):** luogo erogativo di servizi sanitari e territoriali, quali assistenza medica ed infermieristica e ambulatori di specialistica ambulatoriale, e di servizi di gestione e presa in carico dei pazienti;
- **Casa delle Cure Primarie (Hub e Spoke):** luogo erogativo delle cure primarie e di servizi come la continuità assistenziale, l'assistenza domiciliare, la diagnostica di base e gli ambulatori dedicati a screening e vaccini;
- **Casa dell'accesso e case management (Hub e Spoke):** luogo di accesso, orientamento e presa in carico attraverso il Punto Unico di Accesso e di gestione delle prenotazioni mediante l'integrazione al Centro Unico di Prenotazione ed altri servizi di supporto ai pazienti;
- **Casa della Comunità (Hub e Spoke):** punto di riferimento per la partecipazione attiva della comunità, oltre che per la valorizzazione delle reti sociali e per la promozione della salute.

Si precisa che, indipendentemente dalla/e vocazione/i assunta/e, ciascuna CdC è tenuta al rispetto dei requisiti previsti dalla checklist delle CdC Hub e Spoke²³.

Si riporta di seguito un caso d'uso esemplificativo di **Casa di Comunità Hub rivolta all'intera popolazione**, con un focus sulla gestione dei bisogni sanitari e sociosanitari di base. Oltre ai servizi di diagnostica e assistenza infermieristica, è possibile promuovere programmi di prevenzione attraverso l'attivazione di servizi di screening e vaccinazioni. Le Case della Comunità possono ospitare le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) dei MMG e dei PLS, oltre agli IFoC con il ruolo di *case manager*. Per garantire una presa in carico efficace dal punto di vista sociosanitario, è possibile integrare i servizi con quelli sociali, favorendo un approccio multidisciplinare. Inoltre, il coinvolgimento attivo della comunità e l'adozione della sanità di iniziativa possono incentivare la prevenzione, l'educazione sanitaria e l'identificazione precoce delle patologie, contribuendo così a ridurre il ricorso improprio alle strutture ospedaliere e a garantire un accesso equo ai servizi di cura.

²³ "Linee guida per comprovare il raggiungimento del target PNRR M6C1-3 "Case della Comunità messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche", Investimento: M6C111.1 – Case della Comunità e presa in carico della persona" (Marzo 2025) – Allegato 1: "Guida operativa per la redazione della relazione da parte dell'ingegnere indipendente" – Allegato 3b: "Check list CDC HUB" – Allegato 3c: "Check list CDC SPOKE".



Figura 11: Caso d'uso – Target intera comunità

5.4. CdC come “poli specialistici”

Le Case della Comunità potrebbero assumere una specializzazione prevalente in un ambito specifico, come l'oncologia, oppure rivolgersi a categorie di pazienti con esigenze particolari, ad esempio nell'area materno-infantile. In questi casi, le CdC si configurano come “poli specialistici” e il loro bacino di utenti potrebbe includere anche pazienti provenienti da altri Distretti o addirittura dell'intera azienda (si veda in merito il Paragrafo 3.2.3). Si precisa che, indipendentemente dalla/e vocazione/i assunta/e e dal target di pazienti a cui è rivolta, ciascuna CdC è tenuta al rispetto dei requisiti previsti dalla checklist delle CdC Hub e Spoke²⁴, pertanto l'elenco dei servizi riportato di seguito non può considerarsi esaustivo.

Si riporta di seguito un caso d'uso esemplificativo di **Casa di Comunità Hub volta a rispondere ai bisogni legati all'area materno-infantile**. Grazie alle vocazioni di “Casa della salute”, “Casa delle cure primarie” e “Casa della comunità”, questo centro è in grado di offrire una gamma completa di servizi dedicati alla salute di madri e bambini. Sono disponibili servizi di diagnostica di base e punti prelievi, oltre a centri di vaccinazione per bambini e adulti (ad esempio per le vaccinazioni raccomandate per la gravidanza). Le cure primarie sono garantite dalla presenza di studi dedicati ai PLS e agli IFoC. Inoltre, l'integrazione con il terzo settore e la comunità locale permette di fornire un sostegno più ampio, facilitando percorsi di supporto alla genitorialità e promuovendo una rete di aiuto per le famiglie.

²⁴ “Linee guida per comprovare il raggiungimento del target PNRR M6C1-3 “Case della Comunità messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche”, Investimento: M6C111.1 – Case della Comunità e presa in carico della persona” (Marzo 2025) – Allegato 1: “Guida operativa per la redazione della relazione da parte dell'ingegnere indipendente” – Allegato 3b: “Check list CDC HUB” – Allegato 3c: “Check list CDC SPOKE”.



Figura 12: CdC come polo specialistico – Pazienti con bisogni legati all'area materno-infantile

Si riporta di seguito un caso d'uso esemplificativo di **Casa di Comunità Hub rivolta ai pazienti oncologici**. La vocazione di “Casa della salute” consente di offrire tutti i servizi sanitari connessi alla presa in carico e alla gestione dei soggetti oncologici: oltre ad assistenza medica ed infermieristica specializzata, possono essere previsti ambulatori per visite oncologiche, nonché servizi di supporto psicologico per i pazienti e le loro famiglie.

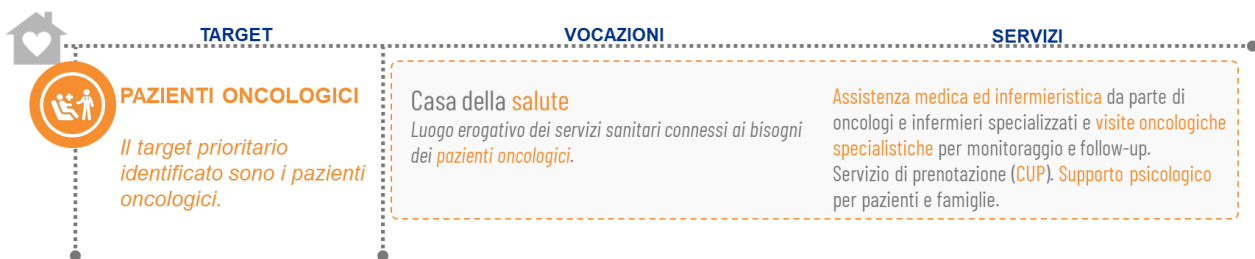


Figura 13: CdC come polo specialistico – Pazienti oncologici