



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA

DIPARTIMENTO DI SCIENZE CARDIO - TORACO - VASCOLARI E

SANITÀ PUBBLICA

Corso di Laurea

Scienze Professioni Sanitarie Prevenzione

Presidente del Corso di Laurea: Prof.ssa Maria Luisa Scappellato

Tesi di Laurea:

**DAL DM 77 AI NODI TERRITORIALI DI SALUTE  
DEL COMUNE DI RIMINI**

**Relatore:** Prof.ssa Chiara Bertoncetto

**Laureanda:** Laura Balani

Anno Accademico: 2024/2025



## **Ringraziamenti**

*Giunta al termine di questo percorso, sento il bisogno profondo di esprimere la mia gratitudine a chi, in modi diversi, ha reso possibile questo traguardo.*

*Per primi, voglio ringraziare i miei genitori. A voi devo tutto. Mi avete trasmesso il valore del sacrificio, della costanza e della dignità nel cammino, anche quando è faticoso e in salita. Siete stati e sarete sempre la mia radice più forte, il mio esempio più grande.*

*Un grazie speciale alle mie amiche, che nei momenti di buio non si sono mai tirate indietro, ma hanno scelto di esserci, di ascoltarmi, di ricordarmi chi sono. A voi che avete sempre saputo portare luce anche nei giorni più difficili, vi porto nel cuore, oggi più che mai.*

*Ringrazio con stima e riconoscenza i miei colleghi e la coordinatrice: siete stati la mia seconda famiglia in questo viaggio. Grazie per il sostegno sincero, per la fiducia, per avermi permesso di crescere e di credere nelle mie possibilità.*

*E infine, ma non per ultima — perché è con te che tutto trova senso — voglio dire grazie a un'anima speciale.*

*A te, che sei casa, rifugio e forza. A te dedico ogni traguardo, ogni piccola e grande vittoria. Anche questa.*

*Alla tua anima speciale...*

**Bianca.**



## Abstract

---

La presente tesi analizza l'esperienza dei Nodi Territoriali di Salute nel Comune di Rimini, spazi di prossimità che rappresentano un innovativo modello di integrazione tra servizi sanitari, servizi sociali e comunità. I Nodi si configurano come punti di riferimento nei quartieri, facilmente accessibili ai cittadini, con l'obiettivo di favorire l'equità nell'accesso alle cure e promuovere la salute come bene collettivo. All'interno di questi spazi, professionisti di diversi ambiti – infermieri di famiglia, psicologi di comunità, operatori della salute pubblica, assistenti sociali, operatori di microzona e OSS di quartiere – collaborano in equipe multidisciplinari per rispondere in modo coordinato, personalizzato e integrato ai bisogni delle persone. Il modello operativo valorizza la conoscenza reciproca tra professionisti, il lavoro in rete e la partecipazione attiva della comunità. Ogni Nodo è dotato di ambienti dedicati all'ascolto, all'assistenza individuale, al lavoro d'équipe e allo sviluppo di interventi di gruppo orientati alla prevenzione, promozione della salute e co-progettazione con il territorio. Le strutture prevedono almeno tre stanze operative e una sala incontri di 70 mq, pensata per ospitare attività comunitarie e momenti di confronto tra cittadini e operatori. Attraverso l'analisi di questo modello, la tesi intende evidenziare le potenzialità dei Nodi Territoriali come strumento efficace di integrazione socio-sanitaria e di rafforzamento della coesione sociale a livello locale.



# Indice

---

|   |    |
|---|----|
| <b>Abstract</b> .....   | 5  |
| <b>1 Introduzione</b> .....   | 9  |
| <b>1.1 Le cure primarie: definizione e contesto internazionale</b> .....            | 10 |
| <b>2 Scopo della Tesi</b> .....   | 11 |
| <b>3 Materiali e metodi</b> .....   | 13 |
| <b>3.1 Analisi del contesto legislativo italiano e Internazionale</b> .....         | 14 |
| <b>3.2 Descrizione della metodologia</b> .....                                      | 15 |
| <b>4 Risultati</b> .....  | 17 |
| Il DM 77/2022: Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale..... | 17 |
| <b>4.1 Origini del decreto: PNRR e Missione 6 Salute</b> .....                      | 21 |
| <b>4.2 Medicina di popolazione</b> .....  | 29 |
| <b>4.3 Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)</b> .....                  | 31 |
| <b>4.4 Il modello brasiliano come fonte di ispirazione</b> .....                    | 33 |
| <b>4.5 "Contrasto alle Diseguaglianze in Salute"</b> .....                          | 36 |
| <b>4.6 Nodi Territoriali di Salute nel Comune di Rimini</b> .....                   | 36 |
| <b>4.7 Distribuzione dei Nodi territoriali di salute</b> .....                      | 39 |
| <b>4.8 Caratteristiche e funzioni dei Nodi territoriali di salute</b> .....         | 40 |
| <b>4.9 I professionisti dei Nodi territoriali</b> .....                             | 41 |
| <b>5 Discussioni e Conclusioni</b> .....  | 49 |
| <b>6 Bibliografia</b> .....   | 53 |



# 1 Introduzione

---

Negli ultimi decenni, il concetto di cure primarie ha assunto un ruolo centrale nei sistemi sanitari di tutto il mondo, rappresentando il primo livello di contatto tra l'individuo e il sistema sanitario. L'evoluzione demografica, l'aumento delle patologie croniche e la necessità di garantire equità nell'accesso alle cure hanno reso sempre più urgente una riorganizzazione dell'assistenza territoriale. In Italia, tale processo ha trovato una sua recente concretizzazione nel Decreto Ministeriale 77 del 2022, che definisce modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale<sup>4</sup> (**DECRETO 23 maggio 2022, n. 77**).

I moderni sistemi di sicurezza sociale devono oggi affrontare le sfide poste dal profondo cambiamento in atto, che vede, in contemporanea, una fase di transizione demografica, epidemiologica e sociale. Queste mettono in evidenza, in modo lampante, l'inadeguatezza di un modello assistenziale centrato sulla sola cura delle patologie acute - di impronta classicamente ospedalocentrica - all'interno di un contesto in cui invece le dimensioni della promozione della salute, della prevenzione e della riabilitazione svolgono un ruolo fondamentale (Riforma assistenza territoriale in Italia, 2023). Le ragioni che impongono un cambio di paradigma risiedono nell'enorme complessità dei processi che influiscono su salute e malattia. Le malattie croniche rappresentano la grande sfida dei servizi sanitari nazionali: esse, per definizione non guaribili, non possono essere adeguatamente affrontate né con un approccio di attesa, che interviene solo quando il patrimonio di salute della persona è già depauperato ed è impossibile restaurare la condizione di salute originaria, né da un modello assistenziale fortemente riduzionista, di matrice esclusivamente biomedica. Le dimensioni con le quali è necessario interagire nella cura delle persone travalicano, infatti, la sola dimensione biologica della dicotomia salute-malattia e coinvolgono gli aspetti psicologici, esistenziali, culturali, sociali, economici, politici, ambientali, ecc. (noti nel loro complesso come determinanti di salute).

La necessità di un cambio di paradigma era già emersa con forza nella conferenza dell'Organizzazione Mondiale della Sanità tenuta ad Alma Ata nel 1978, giunta a coronamento di una serie considerevole di conferenze regionali. Fu in quel contesto che venne proposta la Primary Health Care come nuova cornice culturale e concettuale<sup>15</sup> (OMS, 1978). Durante la conferenza venne sottolineata la necessità di un sistema di assistenza nel quale l'oggetto dell'azione non fosse limitato solamente al trattamento delle patologie, ma orientato alla salute, centrato sulle persone e sulle comunità. Alla dimensione del trattamento si affiancarono così in modo inscindibile le dimensioni di promozione della salute e quelli di prevenzione delle patologie, cura e riabilitazione. Dai lavori della Conferenza di Alma Ata emerse l'obiettivo di garantire il massimo livello di salute a tutte le persone. Apparve chiaro come il raggiungimento di tale ambizioso obiettivo dipendesse dall'adozione di politiche per la salute che andassero oltre le dimensioni prettamente biomediche, interessando altri ambiti: il lavoro, i trasporti, l'alimentazione, l'educazione, l'abitare, l'attività fisica, ecc. Era quindi necessario sviluppare servizi sanitari centrati sulle Cure Primarie. La Primary Health Care, che emerse dalla Conferenza di Alma Ata, rappresenta di fatto un nuovo modo di concepire l'assistenza: un approccio onnicomprensivo

di tutte le variabili che influenzano la salute delle persone e delle comunità, oltrepassando l'ambito prettamente sanitario individuale.

Secondo la prospettiva di salute adottata dalla Campagna PHC, per lavorare alla salute di una popolazione è necessario lavorare nel/sul/col territorio, inteso sia come spazio fisico che, come comunità di persone che vivono un certo spazio.

La territorializzazione rappresenta l'organizzazione attraverso cui si incentiva l'autodeterminazione individuale e collettiva e si promuove una salute globale e circolare. Infatti, il modello territoriale è centrato sulla salute (logica degli obiettivi di salute, approccio globale, de standardizzazione/contestualizzazione, prossimità, rete/relazione, sostenibilità e uso delle risorse personali e locali) mentre l'attuale modello di sanità è centrato sulla malattia (logica delle prestazioni, specialmente se super specialistiche e presso centri di eccellenza, fee for service, approccio selettivo e non globale).

## **1.1 Le cure primarie: definizione e contesto internazionale**

Le cure primarie rappresentano il primo livello di contatto tra le persone, la famiglia e la comunità con il sistema sanitario. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), le cure primarie sono "un'assistenza sanitaria essenziale accessibile a tutti gli individui e le famiglie nella comunità, attraverso mezzi accettabili per loro, con la loro piena partecipazione e a un costo che la comunità e il paese possono sostenere"<sup>15</sup> (OMS, Dichiarazione di Alma-Ata, 1978).

Queste cure sono orientate non solo al trattamento delle malattie, ma anche alla promozione della salute, alla prevenzione delle malattie, alla riabilitazione e alla palliazione. In molti Paesi ad alto reddito, come Regno Unito, Canada, Paesi Bassi e Australia, il modello delle cure primarie si basa sulla figura del medico di medicina generale (general practitioner) come coordinatore delle cure, in team multidisciplinari che includono infermieri, assistenti sociali, psicologi, fisioterapisti e altri professionisti. Nel Regno Unito, il National Health Service (NHS) ha da tempo implementato un sistema di Primary Care Networks (PCN), ovvero reti di medici di base e altri professionisti che operano insieme per una popolazione di circa 30.000-50.000 persone. In Canada, l'approccio "Patient Medical Home" promuove la presa in carico globale del paziente da parte di team multidisciplinari.

In Brasile, il sistema di "Strategia di Salute della Famiglia" (Estratégia Saúde da Família) si è distinto per un approccio comunitario, con équipe territoriali dedicate a microaree della popolazione, che effettuano visite domiciliari regolari e lavorano a stretto contatto con la comunità.

## 2 Scopo della Tesi

---

Lo scopo principale è analizzare il percorso che conduce dal DM 77/2022 al modello innovativo dei Nodi Territoriali di Salute nel Comune di Rimini, evidenziando:

- il problema di partenza (carezza di integrazione e prossimità nei servizi sanitari territoriali);
- gli obiettivi perseguiti (migliorare accessibilità, presa in carico delle cronicità, continuità assistenziale);
- i modelli organizzativi di riferimento (in particolare il **modello brasiliano ESF**).

L'obiettivo centrale è comprendere come i principi e gli standard individuati dal DM 77 possano tradursi in pratiche organizzative e assistenziali a livello territoriale, individuando potenzialità, criticità e prospettive di sviluppo. La scelta di focalizzarsi sul contesto di Rimini non è casuale: questo territorio rappresenta un esempio concreto di applicazione locale delle linee guida ministeriali, attraverso l'attivazione di progetti sperimentali volti a rafforzare la prossimità e l'integrazione dei servizi sanitari e sociali.



### 3 Materiali e metodi

---

La presente tesi ha carattere compilativo e si configura come una ricerca documentale e di analisi comparativa delle politiche sanitarie. L'obiettivo è descrivere e valutare il progetto dei Nodi Territoriali di Salute di Rimini attraverso l'analisi normativa (in particolare il DM 77) e il confronto con evidenze e studi empirici condotti in contesti analoghi, con particolare riferimento alla letteratura sulla sanità brasiliana. Il disegno adottato è pertanto di tipo qualitativo-documentale con elementi di analisi comparata delle politiche (policy analysis).

La ricerca delle fonti è stata condotta su banche dati bibliografiche e su siti istituzionali, con l'obiettivo di raccogliere: testi normativi, atti e delibere regionali/municipali, articoli scientifici peer-reviewed, rapporti tecnici, documenti di agenzie sanitarie e altre fonti di letteratura grigia rilevanti per il tema. Sono stati inoltre consultati i portali istituzionali del Ministero della Salute, della Regione Emilia-Romagna, del Comune di Rimini, del Ministério da Saúde (Brasile) e di organizzazioni internazionali (es. OMS/PAHO).

La strategia di ricerca ha combinato parole-chiave e termini booleani (es. "nodi territoriali di salute", "community health nodes", "primary health care Brazil", "APS Brasil", "DM 77", "integrazione assistenziale territoriale") e ha previsto la costruzione di stringhe di ricerca adattate a ciascuna banca dati.

Sono stati inclusi:

- Documenti normativi e atti ufficiali relativi al DM 77 e alle disposizioni regionali/municipali sul tema dei nodi territoriali;
- Studi empirici, revisioni, rapporti tecnici e policy brief pertinenti all'organizzazione territoriale delle cure primarie e ai modelli di integrazione sanitaria, in particolare riferiti all'Italia e al Brasile;
- Fonti in lingua italiana, inglese e portoghese, senza restrizione temporale per i documenti normativi; per la letteratura scientifica si sono privilegiati gli studi pubblicati negli ultimi vent'anni salvo testi classici ritenuti rilevanti.

Sono stati esclusi:

- Articoli non pertinenti al tema (es. riferiti esclusivamente a settori specialistici non attinenti all'organizzazione territoriale);

- Materiale non disponibile integralmente o privo di informazioni bibliografiche verificabili;
- Fonti che non rispettano i criteri minimi di credibilità (es. blog personali non istituzionali) salvo quando utili per il recupero di riferimenti primari.

La presente tesi si configura come un lavoro di tipo descrittivo-analitico, fondato su una rassegna della letteratura scientifica e normativa e sull'analisi dei dati epidemiologici e demografici disponibili per il territorio nazionale, regionale ed in particolare per il Comune di Rimini.

L'obiettivo è duplice: da un lato, ricostruire l'evoluzione del quadro normativo e organizzativo delle cure primarie in Italia fino al DM 77/2022; dall'altro, analizzare criticità e potenzialità del progetto dei Nodi Territoriali di Salute a Rimini, anche in comparazione con modelli internazionali, con particolare riferimento al modello brasiliano dell'Estratégia Saúde da Família (ESF).

### **3.1 Analisi del contesto legislativo italiano e Internazionale**

Per l'analisi del contesto legislativo e regolamentare, sono stati presi in considerazione i principali riferimenti normativi a livello nazionale, regionale e internazionale:

- Italia:
  - Legge 833/1978, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale.
  - Decreto Ministeriale 77/2022, "Regolamento sull'assistenza territoriale", che definisce la nuova cornice organizzativa delle cure primarie.
  - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 6 "Salute" (2021), che assegna circa 7 miliardi di euro al rafforzamento dell'assistenza territoriale.
  - Delibere della Regione Emilia-Romagna riguardanti l'organizzazione delle Case della Salute/Comunità (es. DGR 291/2010 e successivi aggiornamenti).
- Internazionali:
  - Dichiarazione di Alma-Ata (OMS, 1978), che pone le basi della Primary Health Care.

- Dichiarazione di Astana (OMS, 2018), che riafferma l'importanza delle cure primarie come pilastro della salute universale.
- Legislazione brasiliana: Costituzione Federale del 1988 (artt. 196–200), Legge 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde), Legge 8.142/1990 sulla partecipazione sociale, Legge 11.350/2006 sugli Agenti Comunitari di Salute.

### **3.2 Descrizione della metodologia**

- Revisione normativa: analisi di testi legislativi nazionali (DM 77, Legge 833/1978, decreti attuativi PNRR) e regionali (DGR Emilia-Romagna su Case della Comunità).
- Dati epidemiologici: utilizzo di fonti ufficiali (ISTAT, Ministero della Salute, Regione Emilia-Romagna, AUSL Romagna).

Tale approccio ha consentito di evidenziare, da un lato, i risultati ottenuti da modelli organizzativi consolidati, come quello brasiliano dell'Estratégia Saúde da Família (ESF), e dall'altro le potenzialità di applicazione nel contesto italiano e locale attraverso il DM 77/2022 e il progetto dei Nodi Territoriali di Salute.



## 4 Risultati

---

### Il DM 77/2022: Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale

Il sistema sanitario italiano ha conosciuto profonde trasformazioni nel corso del tempo. Con la legge n. 833 del 1978 nasce il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), che sancisce il diritto universale alla salute e un modello organizzativo centrato sulla prevenzione e la territorialità<sup>6</sup> (**Legge 833/1978**). Tuttavia, per anni le cure primarie sono rimaste marginalizzate rispetto all'ospedale, con una forte frammentazione tra i diversi attori (medici di medicina generale, pediatri, guardia medica, servizi sociali, ecc.).

Negli anni 2000, alcune regioni, tra cui l'Emilia-Romagna, hanno iniziato a sperimentare nuove forme di aggregazione delle cure primarie, con la nascita delle **Case della Salute**, strutture polifunzionali che offrono una risposta integrata e continuativa ai bisogni dei cittadini.

L'Emilia-Romagna è stata tra le prime regioni italiane a investire nella riorganizzazione dell'assistenza territoriale. Le Case della Salute (CdS), introdotte a partire dal 2007, sono strutture fisiche dove operano in sinergia medici di medicina generale, specialisti, infermieri, assistenti sociali e altri professionisti sanitari e sociosanitari. L'obiettivo è fornire una presa in carico globale e personalizzata, riducendo l'accesso inappropriato agli ospedali.

Secondo l'Assessorato regionale alla Sanità al 2020 erano operative oltre 100 Case della Salute, distribuite su tutto il territorio regionale, con differenti livelli di complessità e servizi offerti<sup>18</sup> (Regione Emilia-Romagna, 2019).

Le cure primarie, definite dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come “il primo livello di contatto delle persone con il sistema sanitario”, costituiscono l'asse portante di qualsiasi sistema sanitario universalistico. A livello internazionale, modelli come quello inglese del National Health Service (NHS) e quello spagnolo dei centri di salud hanno mostrato come l'investimento sulla prossimità e sull'integrazione sociosanitaria possa migliorare gli esiti di salute e ridurre i costi ospedalieri<sup>15</sup>.

In Italia, le cure primarie sono storicamente affidate ai Medici di Medicina Generale (MMG) e ai Pediatri di Libera Scelta, ma già dagli anni Duemila sono emerse esperienze innovative, come le Case della Salute in Emilia-Romagna. Queste strutture hanno rappresentato un laboratorio avanzato di sperimentazione, anticipando la logica della multidisciplinarietà e dell'integrazione con i servizi sociali.

Dati regionali mostrano che nel 2021 in Emilia-Romagna erano attive oltre 120 Case della Salute, con una copertura di circa il 70% della popolazione residente. La regione ha inoltre investito significativamente in personale sanitario territoriale, con una densità di 6,8 infermieri per 1.000 abitanti, superiore alla media nazionale (5,8)<sup>18</sup> (Regione Emilia-Romagna, 2019).

Il DM 77/2022 si inserisce nel più ampio quadro del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), finanziato con risorse europee del programma Next Generation EU. La Missione 6 - Salute del PNRR prevede investimenti significativi per la riorganizzazione della medicina territoriale, con l'obiettivo di potenziare l'assistenza di prossimità e ridurre le disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari<sup>12</sup> (Ministero della salute, 2021).

Il DM 77 nasce dunque per definire modelli organizzativi omogenei su scala nazionale, superando le disparità regionali e promuovendo l'integrazione tra ospedale e territorio<sup>3</sup>.

Da queste premesse, è fondamentale parlare dell'aspetto legislativo, con il Decreto Ministeriale 77/22 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale"<sup>13</sup>(Ministero della Salute, 2022).

### **Origini del decreto: PNRR e Missione 6 Salute**

Obiettivi e principi guida del DM 77. Le strutture cardine del nuovo modello:

- Case della Comunità
- Ospedali di Comunità
- Centrali Operative Territoriali (COT)
- Infermiere di Famiglia e di Comunità
- Telemedicina
- La presa in carico della cronicità e la continuità assistenziale
- Innovazioni organizzative: lavoro multiprofessionale e integrazione sociosanitaria<sup>3</sup>

Senza un modello adeguato a fronteggiare le sfide poste dalle transizioni in atto, basato sul potenziamento delle Cure Primarie, dovremo attenderci la convergenza di due gravi fenomeni, che rischia di porre i sistemi assistenziali in una condizione di crisi strutturale. Da una parte un maggior incremento del numero di persone con malattie croniche e condizioni di non autosufficienza, conseguenza di un mancato intervento proattivo, preventivo e individualizzato. Dall'altra, l'impossibilità di dare una risposta adeguata e sistematica alle persone con malattie croniche e condizioni di non autosufficienza, effetto dell'incapacità a privilegiare, innanzitutto, le risposte più semplici e più vicine al contesto di vita delle persone. La stessa recente pandemia ha mostrato quanto le dimensioni non biomediche intervengano, in modo assolutamente rilevante, anche nel determinare l'evolversi di condizioni acute. Ciò prova come, nel contesto La Primary Health Care, che emerse dalla Conferenza di Alma Ata, rappresenta di fatto un nuovo modo di concepire l'assistenza: un approccio onnicomprensivo di tutte le variabili che influenzano la salute delle persone e delle comunità, oltrepassando l'ambito prettamente sanitario individuale. Solo un modello assistenziale fondato sui principi della Comprehensive Primary Health Care può garantire ciò, favorendo il superamento della frammentazione tra gli attori coinvolti - sia professionali che comunitari - mediante la creazione di reti assistenziali

multiprofessionali, multisettoriali e multidimensionali, a partire dal coinvolgimento delle persone e delle comunità, soggetti attivi a tutti gli effetti della propria salute, intesa come bene. Un recente studio dell'OMS<sup>21</sup> (WHO, Building the economic case for primary health care: a scoping review, 2018) ha inoltre fatto luce sul rapporto costi-efficacia della Primary Health Care. La Primary Health Care prevede un investimento iniziale per spostare l'accento, dalla performance sanitaria, alla prevenzione e partecipazione in salute. Questo investimento iniziale produce un forte risparmio di prestazioni sanitarie a medio e lungo termine, soprattutto rispetto ai ricoveri ospedalieri e agli accessi in pronto soccorso. La partecipazione in salute e l'utilizzo delle risorse già presenti sul territorio determinano inoltre un aumento dell'equità in salute.

Nell'articolo 1 "Standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza territoriale" si evince quanto segue:

*1. Il modello per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario nazionale e gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza territoriale e al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico sono individuati, rispettivamente, negli Allegati<sup>13</sup> (Ministero della Salute, 2022).*

Il presente documento costituisce la Riforma di settore del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - Riforma 1:

Definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale - volta a definire modelli e standard relativi all'assistenza territoriale, alla base degli interventi previsti dalla Componente 1 della Missione 6 "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" del PNRR.

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), uno dei primi al Mondo per qualità e sicurezza, istituito con la legge n. 833 del 1978, si basa, su tre principi fondamentali: universalità, uguaglianza ed equità'. Il perseguimento di questi principi richiede un rafforzamento della sua capacità di operare come un sistema vicino alla comunità, progettato per le persone e con le persone<sup>6</sup> (**Legge 833/1978**).

In tale ottica e contesto si inserisce la necessità di potenziare i servizi assistenziali territoriali per perseguire la garanzia dei LEA, riducendo le disuguaglianze, e contestualmente costruendo un modello di erogazione dei servizi condiviso ed omogeneo sul territorio nazionale.

L'Assistenza Primaria rappresenta la prima porta d'accesso ad un servizio sanitario. Essa rappresenta infatti l'approccio più inclusivo, equo, conveniente ed efficiente per migliorare la salute fisica e mentale degli individui, così come il benessere della società. La Direzione Generale della Commissione Salute Europea<sup>5</sup> (DG SANCO,

2014), nel 2014, definisce l'Assistenza Primaria come: "l'erogazione di servizi universalmente accessibili, integrati, centrati sulla persona in risposta alla maggioranza dei problemi di salute del singolo e della comunità nel contesto di vita. I servizi sono erogati da equipe multiprofessionali, in collaborazione con i pazienti e i loro caregiver ne contest più prossimi alla comunità e alle singole famiglie, e rivestono un ruolo centrale nel garantire il coordinamento e la continuità dell'assistenza alle persone".

Il SSN persegue, pertanto, questa visione mediante le attività distrettuali, la pianificazione, il rafforzamento e la valorizzazione dei servizi territoriali, in particolare:

- attraverso lo sviluppo di strutture di prossimità, come le Case della Comunità, quale punto di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria, sociosanitaria a rilevanza sanitaria per la popolazione di riferimento;
- attraverso il potenziamento delle cure domiciliari affinché la casa possa diventare il luogo privilegiato dell'assistenza;
- attraverso l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale e lo sviluppo di equipe multiprofessionali che prendano in carico la persona in modo olistico, con particolare attenzione alla salute mentale e alle condizioni di maggiore fragilità ("Planetary Health");
- con logiche sistematiche di medicina di iniziativa e di presa in carico, attraverso la stratificazione della popolazione per intensità dei bisogni;
- -con modelli di servizi digitalizzati, utili per l'individuazione delle persone da assistere e per la gestione dei loro percorsi, sia per l'assistenza a domicilio, sfruttando strumenti di telemedicina e telemonitoraggio, sia per l'integrazione della rete professionale che opera sul territorio e in ospedale;
- attraverso la valorizzazione della co-progettazione con gli utenti;
- attraverso la valorizzazione della partecipazione di tutte le risorse della comunità nelle diverse forme e attraverso il coinvolgimento dei diversi attori locali (Aziende Sanitarie Locali, Comuni e loro Unioni, professionisti, pazienti e loro caregiver, associazioni/organizzazioni del Terzo Settore, ecc.).

## 4.1 Origini del decreto: PNRR e Missione 6 Salute

Il Decreto Ministeriale 77 del 23 maggio 2022 nasce in un contesto di grande trasformazione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). La pandemia di COVID-19 ha evidenziato in modo drammatico le fragilità strutturali del sistema, in particolare la debolezza dell'assistenza territoriale, incapace in molti casi di garantire una risposta tempestiva ed efficace ai bisogni di salute dei cittadini.

La gestione dell'emergenza sanitaria ha mostrato la prevalenza di un modello ospedalocentrico, con conseguenti difficoltà nella presa in carico dei pazienti cronici e fragili. Al contempo, ha reso evidente la necessità di strutture intermedie e di una maggiore integrazione tra ambito sanitario, sociale e tecnologico.

In questo quadro si inserisce il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), approvato nel 2021, che dedica la Missione 6 – Salute al rafforzamento e alla modernizzazione del SSN. Il DM 77 rappresenta l'attuazione normativa di tale missione, fissando i criteri organizzativi e strutturali per un nuovo modello di assistenza territoriale, con l'obiettivo di garantire uniformità, equità e prossimità delle cure su tutto il territorio nazionale<sup>3</sup>.

### Obiettivi e principi guida del DM 77

Il decreto delinea un vero e proprio cambio di paradigma: spostare il baricentro del sistema sanitario dall'ospedale al territorio. I principi fondamentali su cui si basa sono:

- **Prossimità:** portare i servizi di cura vicino al cittadino, riducendo gli spostamenti e le disuguaglianze territoriali.
- **Integrazione:** rafforzare il collegamento tra assistenza sanitaria, servizi sociali e sociosanitari.
- **Multidisciplinarietà:** promuovere il lavoro di équipe tra professionisti della salute, superando l'isolamento della medicina di base.
- **Prevenzione e proattività:** puntare su modelli di presa in carico anticipata, soprattutto per pazienti cronici e fragili.
- **Digitalizzazione:** favorire l'uso della telemedicina e delle nuove tecnologie come strumenti di equità e continuità assistenziale.

Il DM 77 stabilisce inoltre **standard strutturali e quantitativi** vincolanti per tutte le Regioni, con l'intento di ridurre i divari geografici e garantire livelli minimi uniformi di assistenza.

Le strutture cardine del nuovo modello

Il cuore del DM 77 è rappresentato dall'individuazione di nuove strutture territoriali, che devono diventare i pilastri dell'assistenza di prossimità.

#### **a) Case della Comunità**

- Sono i punti di accesso unici per i cittadini, aperti H24 o almeno per 12 ore al giorno.
- Vi operano medici di medicina generale, pediatri, infermieri di comunità, specialisti ambulatoriali, assistenti sociali.
- Offrono servizi di prevenzione, diagnosi e cura, nonché attività di promozione della salute.
- L'obiettivo è creare un luogo fisico riconoscibile, capace di integrare cure sanitarie e servizi sociali.

#### **b) Ospedali di Comunità**

- Strutture di ricovero a bassa intensità clinica, con degenza breve (15-20 giorni).
- Gestione prevalentemente infermieristica con supporto medico.
- Servono come alternativa all'ospedale acuto, accogliendo pazienti stabilizzati che necessitano di assistenza clinica intermedia.
- Sono fondamentali per ridurre i ricoveri impropri e favorire la deospedalizzazione.

#### **c) Centrali Operative Territoriali (COT)**

- Hanno il compito di coordinare i percorsi assistenziali, assicurando continuità tra ospedale, territorio, residenze sanitarie e domicilio.
- Sono il fulcro del coordinamento delle cure, anche attraverso l'uso della telemedicina.
- Consentono la gestione proattiva dei pazienti cronici e fragili.

#### **d) Infermiere di Famiglia e di Comunità**

- Figura innovativa che diventa punto di riferimento per le comunità locali.
- Lavora in stretta collaborazione con i medici di base e gli assistenti sociali.
- Ha il compito di intercettare i bisogni di salute sul territorio, di favorire la prevenzione e di sostenere la gestione della cronicità.

#### **e) Telemedicina**

- Strumento trasversale per il monitoraggio e la presa in carico a distanza.
- Supporta soprattutto pazienti cronici, anziani e fragili.
- Favorisce l'equità, riducendo i divari territoriali e consentendo accesso a servizi anche in aree remote.

## **La presa in carico della cronicità e la continuità assistenziale**

Uno dei principali obiettivi del DM 77 è la presa in carico **proattiva** dei pazienti cronici, che rappresentano oggi la quota prevalente della domanda sanitaria. La gestione della cronicità richiede un modello integrato e continuativo, capace di seguire il paziente nel tempo e nei diversi setting di cura<sup>3</sup>.

Il decreto prevede quindi:

- la definizione di **percorsi assistenziali personalizzati**,
- il potenziamento del ruolo del **medico di base** come coordinatore clinico,
- il coinvolgimento strutturato dell'**infermiere di comunità**,
- il supporto delle **COT** per garantire transizioni fluide tra ospedale e territorio.

Questa nuova organizzazione punta a superare la frammentazione dei servizi e a garantire una maggiore appropriatezza, riducendo ricoveri evitabili e accessi impropri al pronto soccorso.

## **Innovazioni organizzative e impatto sul SSN**

Il DM 77 introduce una logica organizzativa basata sulla **rete territoriale integrata**. Le Case della Comunità diventano il fulcro, gli Ospedali di Comunità forniscono assistenza intermedia, le COT garantiscono il coordinamento, mentre gli infermieri di comunità e la telemedicina permettono una presa in carico capillare e continua.

Dal punto di vista del SSN, questa riforma comporta:

- un **riequilibrio** tra ospedale e territorio,
- un rafforzamento della **medicina di popolazione**,
- la promozione di una **sanità proattiva** e non solo reattiva,
- una maggiore attenzione all'**equità di accesso** su scala nazionale.

Tuttavia, l'efficacia del DM 77 dipenderà dalla reale implementazione nelle Regioni, dalla disponibilità di personale e risorse, e dalla capacità di integrare i nuovi strumenti nel tessuto socio-sanitario esistente<sup>3</sup> (**Conferenza Stato-Regioni, 2022**).

## **Prospettive future e possibili correttivi**

Perché il DM 77 produca un reale cambiamento, sarà necessario affrontare alcune questioni cruciali:

- **Risorse umane**: senza un piano straordinario di assunzioni di medici, infermieri e personale socio-sanitario, le nuove strutture rischiano di restare vuote.

- **Integrazione sociosanitaria:** occorre superare la storica separazione tra sanità e servizi sociali, soprattutto a livello comunale, favorendo la presa in carico integrata dei bisogni complessi.
- **Digitalizzazione equa:** la telemedicina deve essere uno strumento di inclusione e non di esclusione, richiedendo investimenti mirati nelle aree più svantaggiate.
- **Governance e monitoraggio:** è fondamentale garantire un controllo nazionale sull'attuazione, evitando che il decentramento produca ulteriori disomogeneità.

In prospettiva, il DM 77 potrà rappresentare una svolta se sarà accompagnato da politiche di **rafforzamento del personale**, da un **monitoraggio attento degli standard** e da un impegno costante a ridurre le disuguaglianze territoriali. Solo così il principio di **medicina di popolazione** potrà concretizzarsi in modo uniforme su tutto il territorio nazionale.

### **La casa di Comunità**

Il passaggio dal modello delle Case della Salute alle Case della Comunità sottolinea la necessità di un cambiamento non solo organizzativo ma soprattutto culturale, da un approccio centrato sulla patologia a uno centrato sulla salute, cambiamento che già le Case delle Salute hanno tentato di portare, senza però riuscirci nella maggior parte dei casi<sup>20</sup> (**SaluteInternazionale, s.d.**). Questo cambiamento implica che compito della nuova organizzazione del territorio non sia solo la cura o la prevenzione delle patologie, ma anche temi come l'inclusione sociale, la giustizia, l'equità, il rispetto di sé e della dignità, di ogni persona, l'accesso ai diritti di base come l'istruzione, il lavoro, la casa e la partecipazione, in un contesto di ecologia integrale, anche adottando strumenti come il budget di salute. Una Casa della Comunità che metta al centro la comunità con i suoi bisogni e con le sue risorse; occasione permanente di "costruzione sociale", motore e punto di riferimento di un "nuovo welfare generativo", luogo di tutela e promozione della giustizia sociale e dell'equità nell'accesso a diritti di base quali la salute e il lavoro. La Casa della Comunità non deve essere sinonima di accentramento e, quindi, allontanamento dal territorio, come in alcuni casi è avvenuto con le Case della Salute, ma anzi deve compensare e favorire l'accessibilità alle cure da parte dei cittadini. La Casa della Comunità, quindi, dialoga continuamente con il suo territorio di riferimento, ulteriormente suddiviso in microaree, e svolge un'azione di promozione, di supporto culturale e logistico alle attività che vengono progettate e svolte nelle microaree.

La Casa della Comunità (CdC) è il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, sociosanitaria 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 12 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.

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 intersettoriale 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'Atti organizzative -eve 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 (. 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 tele assistenza e relative competenze professionali:

- Equipe multiprofessionali (MMG, PLS, Continuità Assistenziale, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie e socio-sanitarie);
- - 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. tele refertazione, 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 e Comunità (IFeC), 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 e Comunità (IFeC), 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.

## 4.2 Medicina di popolazione

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

La Sanità di Iniziativa è un modello assistenziale di gestione delle malattie croniche fondato su un'assistenza proattiva all'individuo dalle fasi di prevenzione e educazione alla salute fino alle fasi precoci e conclamate della condizione morbosa. La Stratificazione della Popolazione per profili di rischio, attraverso algoritmi predittivi, permette di differenziare le strategie di intervento per la popolazione e per la presa in carico degli assistiti sulla base del livello di rischio, di bisogno di salute e consumo di risorse.

Per essere realmente efficaci i servizi sanitari devono essere in grado di tutelare la salute dell'intera popolazione e non solo di coloro che richiedono attivamente una prestazione sanitaria. Tale approccio viene definito Medicina di Popolazione ed ha l'obiettivo di mantenere l'utenza di riferimento in condizioni di buona salute, rispondendo ai bisogni del singolo paziente in termini sia di prevenzione sia di cura. In tale ottica, particolare attenzione deve essere posta nei riguardi dei soggetti con patologie croniche, oggi sempre più diffuse in termini di incidenza e prevalenza, e per le quali il Piano Nazionale della Cronicità ha individuato le diverse fasi principali del percorso assistenziale:

- valutazione del profilo epidemiologico della popolazione di riferimento (stratificazione del rischio);
- valutazione delle priorità d'intervento;
- definizione del profilo d'offerta più appropriata di servizi socioassistenziali;
- promozione della salute, prevenzione e diagnosi precoce;
- presa in carico e gestione del paziente attraverso il piano di cura;
- erogazione di interventi personalizzati;
- valutazione della qualità delle cure erogate.

La conoscenza del profilo epidemiologico e degli indicatori correlati con i bisogni e gli esiti di salute della popolazione assistita costituiscono un aspetto fondamentale nell'ambito del sistema di governo distrettuale. Lo sviluppo e l'implementazione di

sistemi di misurazione e stratificazione della popolazione sulla base del rischio andranno, pertanto, a costituire ed alimentare una piattaforma che contiene informazioni sulle caratteristiche della popolazione assistita in un determinato territorio, sulla prevalenza di patologie croniche, sulla popolazione fragile. Tale piattaforma comprenderà altresì gli indicatori relativi alla qualità dell'assistenza sanitaria e all'aderenza alle linee guida per alcune patologie specifiche e sarà di supporto nei programmi di sorveglianza proattiva nell'ambito del piano di potenziamento dell'assistenza territoriale. L'adozione di un modello di stratificazione comune su tutto il territorio nazionale permetterà lo sviluppo di un linguaggio uniforme che vuole garantire equità di accesso ed omogeneità di presa in carico. La stratificazione della popolazione deve, inoltre, tendere ad una valutazione olistica dei bisogni dell'individuo, al fine di misurare il "livello di bisogno socioassistenziale" utilizzando informazioni sulla condizione clinica e sociale e su ulteriori bisogni e preferenze individuali. Questo strumento è di supporto nella presa in carico della persona in termini olistici ("Planetary Health") e permette non solo la gestione dei bisogni socioassistenziali ma anche di effettuare le valutazioni di processo ed esito relative a ciascun individuo a prescindere dal livello di rischio.

Possiamo quindi dire che la medicina di popolazione rappresenta un approccio innovativo e complementare alla pratica clinica tradizionale, ponendosi l'obiettivo di migliorare lo stato di salute complessivo di gruppi definiti di individui, anziché limitarsi al singolo paziente. Tale disciplina si fonda sull'integrazione di dati clinici, epidemiologici e sociodemografici, al fine di identificare i determinanti di salute e sviluppare strategie mirate di prevenzione, diagnosi precoce e gestione delle malattie croniche. L'attenzione non è rivolta unicamente al trattamento della patologia già conclamata, ma alla riduzione delle disuguaglianze sanitarie e al potenziamento dei fattori protettivi nella popolazione. La medicina di popolazione si inserisce così in una prospettiva di "value-based healthcare", dove la qualità e l'efficacia degli interventi sanitari vengono misurate non solo sugli outcome clinici individuali, ma anche sull'impatto complessivo a livello sociale e collettivo. In questo senso, il ruolo delle tecnologie digitali, dell'analisi dei big data e della sanità pubblica diventa cruciale per il monitoraggio e la pianificazione di politiche sanitarie sostenibili e orientate al miglioramento equo della salute<sup>22</sup> (Porter, M. E. 2010).

### **4.3 Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)**

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) rappresenta lo strumento principale con cui l'Italia, in linea con le direttive dell'Unione Europea, ha programmato l'utilizzo delle risorse finanziarie provenienti dal Next Generation EU (NGEU). L'obiettivo strategico del PNRR è sostenere la ripresa economica post-pandemia, rafforzare la resilienza del sistema Paese e promuovere la transizione digitale e verde. Il piano, approvato formalmente dal Consiglio dei ministri nel 2021 e successivamente trasmesso alla Commissione Europea, si fonda su sei missioni principali che rappresentano ambiti strategici di investimento.

La Missione 6, denominata "Salute", si colloca in un contesto storico e istituzionale segnato dalla pandemia di COVID-19, che ha evidenziato fragilità strutturali del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), come carenze in termini di digitalizzazione, infrastrutture ospedaliere e disponibilità territoriale dei servizi sanitari. La crisi sanitaria ha accelerato la necessità di interventi strutturali volti a garantire un sistema sanitario più efficiente, sostenibile e inclusivo.

La sanità in Italia è regolata da un complesso quadro legislativo che affonda le proprie radici nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN) istituito con la Legge 23 dicembre 1978, n. 833<sup>6</sup>. Tale normativa ha stabilito il principio di universalità dell'assistenza sanitaria, garantendo l'accesso ai servizi a tutti i cittadini, finanziati principalmente tramite il sistema fiscale generale<sup>6</sup>.

Negli anni successivi, numerose riforme hanno inciso sull'organizzazione del SSN, tra le più significative si ricordano:

- Legge 502/1992, che ha introdotto la riforma dei servizi sanitari regionali e la creazione delle Aziende Sanitarie Locali (ASL), promuovendo autonomia gestionale e responsabilità amministrativa.
- Legge 229/1999, che ha ridefinito i livelli essenziali di assistenza (LEA) e il finanziamento della sanità pubblica.
- Decreto Legislativo 502/1992 e successive modifiche, che hanno rafforzato la distinzione tra ruolo regolatore dello Stato e gestione operativa delle Regioni, introducendo meccanismi di accountability e trasparenza.

La pandemia di COVID-19 ha poi evidenziato ulteriori criticità, in particolare la necessità di:

- Rafforzare la rete ospedaliera e territoriale;
- Promuovere la digitalizzazione dei servizi sanitari, inclusa la cartella clinica elettronica e la telemedicina;
- Migliorare la prevenzione primaria e la resilienza dei sistemi di emergenza sanitaria.

La Missione 6 del PNRR è stata progettata con l'obiettivo di affrontare le vulnerabilità strutturali del sistema sanitario italiano e garantire un rafforzamento duraturo del SSN. La missione si articola in due componenti principali:

1. Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza territoriale  
Questa componente mira a rafforzare la medicina territoriale, riducendo la pressione sugli ospedali e garantendo una copertura sanitaria capillare su tutto il territorio nazionale. Tra gli interventi principali si includono:
  - Potenziamento dei Punti di Primo Intervento e Case della Comunità;
  - Introduzione di strumenti di telemedicina e monitoraggio a distanza dei pazienti cronici;
  - Digitalizzazione delle informazioni sanitarie per consentire l'interoperabilità dei dati tra strutture.
2. Innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN  
Questa componente riguarda l'adozione di tecnologie avanzate per migliorare la diagnosi, la prevenzione e la cura dei pazienti, tra cui:
  - Creazione di infrastrutture di ricerca e sperimentazione clinica;
  - Implementazione di sistemi di intelligenza artificiale per la gestione dei dati clinici;
  - Potenziamento della formazione del personale sanitario in ambito digitale e tecnologico.

L'investimento complessivo della Missione 6 è di circa 15,63 miliardi di euro, con fondi destinati non solo alla riqualificazione delle strutture esistenti, ma anche alla

creazione di un sistema sanitario moderno, resiliente e sostenibile (Ministero della Salute, 2021).

L'attuazione della Missione 6 del PNRR dovrebbe portare a un sistema sanitario più efficiente, caratterizzato da:

- Riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie;
- Miglioramento dell'accesso ai servizi sanitari territoriali, in particolare nelle aree rurali o periferiche;
- Rafforzamento della capacità di risposta a emergenze sanitarie, prevenendo crisi come quella della pandemia da COVID-19.

Tuttavia, l'attuazione del PNRR e della Missione 6 comporta anche sfide significative, tra cui:

- Coordinamento tra Stato e Regioni per garantire uniformità negli investimenti;
- Gestione efficiente dei fondi, evitando ritardi burocratici;
- Formazione del personale sanitario e adattamento a nuove tecnologie.

In sintesi, il **PNRR e la Missione 6** rappresentano un'opportunità storica per il sistema sanitario italiano, consentendo di colmare le lacune infrastrutturali, promuovere l'innovazione tecnologica e garantire un'assistenza sanitaria più capillare e resiliente. La riforma della sanità, attraverso investimenti mirati e strategie innovative, potrebbe trasformare profondamente il SSN, rafforzandone il ruolo come pilastro fondamentale del benessere sociale e della coesione nazionale.

## 4.4 Il modello brasiliano come fonte di ispirazione

Contesto normativo e quadro istituzionale

- La Costituzione del 1988: Il punto di svolta nella storia sanitaria brasiliana è rappresentato dall'inserimento del diritto alla salute nella Costituzione federale del 1988. L'articolo 196 sancisce che “la salute è un diritto di tutti e un dovere dello Stato”, garantito mediante politiche sociali ed economiche tese alla sua promozione, protezione e recupero. Titoli successivi (artt. 197–200) definiscono la partecipazione sociale, la decentralizzazione e il finanziamento statale del sistema sanitario<sup>19</sup> (**Costituzione Federale del Brasile, 1988**).
- Legge Organica della Salute <sup>7</sup>(Legge 8.080/1990): Promulgata il 19 settembre 1990, la Legge 8.080 stabilisce la struttura, gli obiettivi, la

capacità operativa e le modalità di finanziamento del SUS, definendo la promozione della salute, la prevenzione e il coordinamento federale, statale e municipale come pilastri fondamentali.

- Legge sulla partecipazione sociale<sup>8</sup> (Legge 8.142/1990): Questa legge introduce la gestione partecipativa del SUS, istituzionalizzando i Consigli di Salute a vari livelli territoriali e regolando i trasferimenti di risorse finanziarie dagli enti federali ai municipi.
- Normativa sugli agenti comunitari (Legge 11.350/2006): La Legge 11.350 del 2006 disciplina le attività degli Agenti Comunitari di Salute<sup>9</sup> (ACS) e degli Agenti di Combate alle Endemias (ACE), definendo compiti, formazione e ruoli nel contesto delle azioni di assistenza primaria.
- Promozione della qualità e finanziamento innovativo:
- **PMAQ-AB (2011)**: il Programma Nazionale di Miglioramento dell'Accesso e della Qualità dell'Assistenza Primaria, istituito con Portaria 1.654/2011, istituisce criteri di valutazione e incentivi per le unità sanitarie <sup>16</sup>(Portaria 1.654/2011).
- **Previne Brasil (2019)**: il nuovo modello di finanziamento dell'assistenza primaria, introdotto dalla Portaria 2.979/2019, introduce un mix di risorse fisse e variabili legate a performance e copertura<sup>17</sup> (Portaria 2.979/2019).

Introdotta negli anni '90, l'ESF (o Programa Saúde da Família, PSF) si basa su team multidisciplinari con incarichi fissi in unità di base (UBS), operanti in microaree popolari. I team includono un medico di medicina generale, un infermiere, tecnici infermieristici e 4–6 agenti comunitari (ACS), che hanno in carico circa 3.000–4.500 individui (1.000 famiglie) ciascuno<sup>9</sup>.

Gli ACS svolgono un lavoro capillare e quotidiano nelle famiglie, facilitando la prevenzione, raccogliendo informazioni sociosanitari, promuovendo l'adesione alle cure e abbattendo le barriere tra cittadini e servizi sanitari.

Il modello ESF enfatizza la prevenzione, la presa in carico delle patologie croniche, la continuità dell'assistenza, la salute materno-infantile e la riduzione degli accessi ospedalieri evitabili.

### **Evidenze epidemiologiche e impatti sanitari**

A partire da una copertura inferiore al 5% nella metà degli anni '90, l'ESF ha raggiunto circa il 65% della popolazione brasiliana, coprendo oltre 120 milioni di cittadini.

- Numerosi studi longitudinali hanno dimostrato la correlazione tra copertura ESF e diminuzione della mortalità infantile. Macinko et al. (2006–2007) <sup>11</sup>riportano una riduzione significativa (es. da 53 a 14 per 1.000 nati vivi tra il 1990 e il 2019), confermando l'effetto salutare dell'ESF. Le aree servite dall'ESF mostrano una riduzione del 13–15% di ospedalizzazioni per condizioni sensibili all'assistenza ambulatoriale (ICSAP), con

significativi risparmi economici e miglior gestione delle risorse ospedaliere (BMJ Global Health, 2017). La diffusione del modello ESF in aree svantaggiate ha ridotto il divario Nord-Sud della mortalità e ampliato l'accesso equo ai servizi sanitari. Diversi studi valutano l'ESF come modello costo-efficiente: il costo per persona è inferiore rispetto ad altri sistemi primari e l'effetto dirompente nelle aree periferiche ne garantisce la sostenibilità<sup>14</sup> (OECD, 2021).

Studi epidemiologici chiave:

- *Macinko et al.* (2006–2007): analisi ecologiche a livello di comuni, correlando copertura dell'ESF e mortalità infantile<sup>11</sup>.
- *BMJ Global Health* (2017): la copertura dell'ESF migliora l'efficienza ospedaliera, riducendo le ospedalizzazioni evitabili.
- *BMC Health Services Research* (2021): associa copertura assistenziale e biomarcatori salute individuali, rafforzando l'impatto della primaria.

Il modello brasiliano noto come **Estratégia Saúde da Família** (ESF), implementato a partire dagli anni '90, si basa sulla costituzione di **unità multidisciplinari territoriali** che si occupano di microaree della popolazione (circa 3.000-4.000 abitanti per unità).

Ogni équipe è composta da:

- 1 medico di medicina generale
- 1 infermiere
- 1 tecnico infermiere
- 4-6 agenti comunitari di salute, reclutati tra gli abitanti della zona

Queste squadre effettuano visite domiciliari regolari, monitorano i determinanti sociali della salute e promuovono l'educazione sanitaria. Il modello ha mostrato efficacia nel ridurre l'ospedalizzazione evitabile, migliorare l'aderenza terapeutica e rafforzare il rapporto tra popolazione e servizi.

Sebbene il contesto italiano sia profondamente diverso, gli elementi chiave del modello brasiliano sono stati ritenuti replicabili:

- La presenza stabile e continuativa di un'équipe di riferimento per un gruppo definito di cittadini
- L'orientamento comunitario dell'intervento sanitario
- Il coinvolgimento attivo della popolazione

Il modello brasiliano dell'ESF costituisce l'esperienza più ampia e strutturata di cure primarie comunitarie su larga scala<sup>10</sup> (Macinko & Harris, 2015). La sua capacità di intervenire in modo preventivo, integrato e radicato nella microcomunità lo rende un riferimento prezioso per

l'Italia e l'Emilia-Romagna. Per il progetto dei Nodi Territoriali di Salute a Rimini, l'adozione di elementi chiave quali la multidisciplinarietà, la prossimità, la presa in carico attiva e la performance basata su indicatori può consentire di affrontare efficacemente l'invecchiamento, le cronicità e le disuguaglianze di accesso.

Nel Comune di Rimini, il modello dei "nodi territoriali" mira a coniugare questi principi con le risorse e i vincoli del SSN, con particolare attenzione alla collaborazione tra sanitario e sociale.

## **4.5 "Contrasto alle Diseguaglianze in Salute"**

Attraverso il progetto "Contrasto alle Diseguaglianze in Salute" del Distretto di Rimini, e in corso un'attività per la mappatura della distribuzione dei determinanti sociali della salute e delle disuguaglianze sul territorio riminese. Questa fase preliminare ha permesso di riflettere sulla distribuzione territoriale dei nodi, considerando la popolazione, le aree di maggiore vulnerabilità, i servizi disponibili e le vie di comunicazione.

Da questa analisi ed emersa una prima bozza di suddivisione delle aree di competenza dei nodi territoriali, che deve essere considerata dinamica e soggetta a modifiche in base al consolidamento delle attività del progetto e all'operato dei nodi stessi. La letteratura internazionale e le esperienze dei servizi sanitari indicano che l'organizzazione territoriale si articola principalmente su tre livelli: il Distretto Socio-Sanitario, che solitamente comprende una popolazione compresa tra 50.000 e 200.000 abitanti, a seconda delle condizioni locali; la Casa della Comunità, che generalmente serve una popolazione tra 40.000 e 50.000 abitanti; la Microzona con dimensioni che vanno da 5.000 ai 10.000 abitanti.

Considerate che il contesto Riminese è un contesto urbano, con aree ad elevata densità abitativa, piccole microzone possono moltiplicare il numero dei nodi territoriali di riferimento, creando molti punti di accesso a scapito dell'organizzazione integrata e della comprensione delle modalità di utilizzo da parte della popolazione. Questa condizione è peggiorata dalla presenza di numerose sedi di servizi sociali e sanitari. Si è deciso dunque di testare, una dimensione di circa 10.000-15.000 abitanti per microzona, considerando anche la presenza delle nuove figure professionali previste dal OM.77 ovvero gli infermieri di comunità con una distribuzione di 1 ogni 3000 abitanti.

## **4.6 Nodi Territoriali di Salute nel Comune di Rimini**

L'applicazione del modello dei **Nodi Territoriali di Salute** nel Comune di Rimini potrebbe generare i seguenti impatti attesi:

- **Miglioramento dell'accessibilità:** incremento dell'offerta di servizi territoriali di prossimità, con particolare beneficio per le aree periferiche e per i cittadini fragili.
- **Riduzione dei ricoveri evitabili:** in analogia con l'esperienza brasiliana, si stima un potenziale abbattimento del **10-15%** dei ricoveri per complicanze di patologie croniche (es. diabete, BPCO, scompenso cardiaco).

- **Rafforzamento della prevenzione:** maggiore diffusione di programmi di screening e di educazione sanitaria, con atteso aumento dell'adesione ai programmi di prevenzione secondaria e terziaria.

I Nodi Territoriali di Salute sono dunque distribuiti seguendo la ripartizione in Microzone Sociosanitarie del territorio comunale come riportato nella figura 1. Pertanto, sono in numero di 11. La distribuzione dei nodi territoriali segue un altro principio della territorializzazione; l'accessibilità. I nodi sono collocati sulle principali vie di comunicazione, e sugli assi viari in modo da facilitarne l'accesso sia attraverso il trasporto pubblico che attraverso i mezzi autonomi.

Si ribadisce che la suddivisione in microzone può subire variazioni nel tempo alla luce dei cambiamenti dei determinanti rilevati secondo i processi di territorializzazione. Per ogni microzona è stata identificata una sede di riferimento, reperita nell'ambito del patrimonio comunale utilizzabile allo scopo. Sarà necessario effettuare un'analisi puntuale delle sedi individuate al fine di determinare le esigenze di re modulazione degli spazi ed eventuali interventi di ristrutturazione o adattamento.

Nel maggio del 2022 il Ministero della Salute<sup>13</sup> ha approvato con il Decreto n. 77/2022 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale". Si tratta di un atto molto importante ed atteso perché:

1. Per la prima volta vengono forniti degli standard per l'assistenza territoriale che costituiscono sia degli indispensabili punti di riferimento sia un argine alla prolungata fase di depauperamento dell'assistenza territoriale di questi ultimi anni;
2. Vengono introdotti dei modelli organizzativi ed assistenziali nuovi come le Case della Comunità;
3. Con il Decreto viene fornito il contesto organizzativo e professionale entro il quale si sviluppano gli investimenti del PNRR;
4. Attorno all'attuazione di questo atto dovrebbe svilupparsi la riorganizzazione e il rilancio dell'assistenza territoriale.

Il D.M. 77/2022 assegna grandi potenzialità all'assistenza territoriale, ma contiene anche criticità insite nel testo approvato o nascoste nella fase attuativa che viene affidata alle regioni, alle aziende sanitarie e, per qualche aspetto (PUA, Consultori, UVMD, ecc.), anche ai comuni.

Il termine "sanità territoriale" si riferisce a un approccio alla gestione della salute che si concentra sulla fornitura di servizi sanitari a livello locale, in particolare nella comunità

o nel territorio in cui risiedono gli individui. Questo tipo di sistema sanitario mira a prevenire malattie, promuovere la salute e fornire cure primarie e di base in modo efficace ed efficiente

**Gli obiettivi principali della sanità territoriale includono:**

1. **Prevenzione delle malattie:** Mettere in atto programmi e iniziative che mirano a prevenire la comparsa di malattie attraverso l'educazione sanitaria, la promozione di stili di vita sani e la gestione dei fattori di rischio
2. **Cure primarie:** Fornire cure di base e di primo soccorso direttamente nelle comunità, riducendo la necessità di ricorrere ai servizi ospedalieri per problemi che possono essere gestiti a livello locale.
3. **Accessibilità:** Assicurare che i servizi sanitari siano facilmente accessibili a livello locale, riducendo la necessità di spostarsi in luoghi distanti per ricevere cure di base.
4. **Coinvolgimento della comunità:** Coinvolgere attivamente la comunità nella gestione della propria salute, promuovendo la partecipazione e la responsabilizzazione.
5. **Integrazione tra servizi sanitari e sociali o sociosanitari:** Integrare e coordinare i vari servizi sanitari e sociosanitari o socioassistenziali a livello locale per garantire una risposta coesa ed efficace alle esigenze delle persone e delle comunità.

La sanità territoriale si contrappone in parte al modello tradizionale centrato sull'ospedale, che si concentra principalmente sulla cura delle malattie una volta che si sono manifestate. Un sistema basato sulla sanità territoriale mira invece a prevenire le malattie e a gestire i problemi di salute a livello locale prima che diventino gravi, riducendo così la pressione sui servizi ospedalieri.

Seguendo le linee guida per lo sviluppo dei servizi basati sulla Primary Health Care (PHC), è fondamentale adottare un approccio centrato sulla salute e sulla comunità<sup>20</sup> (**Salute Internazionale, s.d.**). In questa prospettiva, gli interventi diretti alla salute della popolazione richiedono una "localizzazione" specifica, ossia una modulazione attenta alle condizioni particolari di ciascun territorio, che comprende non solo i bisogni sanitari, ma anche le risorse disponibili. In questo senso, il territorio acquista dimensioni multiple: spazio fisico, spazio sociale, spazio politico, comunità di persone che lo abitano, luogo di vita quotidiana. Il territorio come luogo dinamico, prodotto e produttore di processi sociali individuali e collettivi, diventa sia oggetto che soggetto degli interventi sanitari, richiedendo una partecipazione attiva delle persone.

La territorializzazione si configura quindi come una funzione ed una azione strategica del sistema dei servizi sociali e sanitari, propria dell'approccio di Primary Health Care, che promuove la salute favorendo l'autodeterminazione individuale e collettiva, incentivando empowerment della comunità e una visione della salute come bene collettivo. Inoltre, attraverso il processo di territorializzazione è possibile sviluppare "mappe" accurate, condivise e polisemiche del territorio, in grado di fotografare le dimensioni

demografiche, epidemiologiche, dei determinanti sociali ed allo stesso tempo mappare ed innescare processi e relazioni. Pertanto, la territorializzazione consente la stesura di "Piani di Intervento Locali" che seguono la logica degli obiettivi di salute centrati, però sulla coppia bisogni-risorse proprie di ciascun territorio.

La "de-standardizzazione" e la contestualizzazione degli interventi consentono l'emersione dei problemi reali delle persone reali all'interno delle comunità reali, mentre la processualista e la prossimità alle persone consentono la creazione di reti e relazioni intersettoriali che sono parte della generazione della risposta ai problemi di salute (**Libro azzurro PHC, s.d.**). In contrasto, l'attuale modello di sanità spesso si basa su una logica sovra territoriale e centrata sulla malattia, caratterizzata da un'attenzione predominante alle prestazioni, in particolare quelle specialistiche erogate in centri distanti dal territorio, non integrati con il quotidiano di vita delle persone. Questo approccio selettivo genera frammentazione dei servizi e una minore efficacia e risolutiva delle risposte alle esigenze reali della popolazione. Di contra, la territorializzazione come processo che "crea connessioni territoriali" favorisce una salute globale e circolare, in cui la comunità gioca un ruolo cruciale nel co-progettare e co-gestire i servizi sanitari. Questo processo non solo promuove le relazioni, ma genera anche risorse, partecipazione e capitale sociale necessari agli interventi integrati.

L'applicazione del modello dei **Nodi Territoriali di Salute** nel Comune di Rimini potrebbe generare i seguenti impatti attesi:

- **Miglioramento dell'accessibilità:** incremento dell'offerta di servizi territoriali di prossimità, con particolare beneficio per le aree periferiche e per i cittadini fragili.
- **Riduzione dei ricoveri evitabili:** in analogia con l'esperienza brasiliana, si stima un potenziale abbattimento del **10–15%** dei ricoveri per complicanze di patologie croniche (es. diabete, BPCO, scompenso cardiaco).
- **Rafforzamento della prevenzione:** maggiore diffusione di programmi di screening e di educazione sanitaria, con atteso aumento dell'adesione ai programmi di prevenzione secondaria e terziaria.

## 4.7 Distribuzione dei Nodi territoriali di salute

In accordo con il quadro teorico, la territorializzazione è uno strumento che definisce l'area di competenza dei servizi, riconoscendo i rispettivi aspetti geografici, ambientali e sociali, al fine di fornire elementi per la pianificazione di azioni efficaci per migliorare la qualità della salute della popolazione.

Il contesto epidemiologico e organizzativo di Rimini

- **Demografia:** popolazione 2023 ~150.000, over 65 = 25,1% (indice vecchiaia 208).

- **Cronicità:** oltre 40% popolazione affetta da almeno una patologia cronica (diabete, BPCO, cardiopatie).
- **Criticità:** accesso disomogeneo ai servizi, carenza MMG, fragilità nell'integrazione sociosanitaria.

Attraverso il progetto "Contrasto alle Diseguaglianze in Salute" del Distretto di Rimini, e in corso un'attività per la mappatura della distribuzione dei determinanti sociali della salute.

Gli avamposti delle politiche di salute centrate sulle cure primarie (Primary Health Care - PHC) sono le Case di Comunità (CdC) nella loro articolazione Hub e Spoke. Nel territorio del Comune di Rimini tra tutti gli attori istituzionali si è concordato di allestire tre Case di Comunità di tipo Hub (Protocollo di Intesa Salute Unica - 2021) dal momento che, stando alla normativa vigente, le CdC Hub servono una popolazione di 40.000/50.000 abitanti, e la popolazione di Rimini supera di poco i 150.000 abitanti.

Tuttavia, da un lato i tempi di edificazione ed allestimento delle CdC si dispongono in un arco che va da uno a tre/quattro anni, ponendo il tema di come anticipare i tempi della entrata in funzione delle CdC - pur non disponendo delle strutture fisiche - modificando in concrete i processi organizzativi e gestionali in modo da introdurre gradualmente i principi e gli elementi qualificanti dell'approccio PHC.

D'altra parte, il Distretto di Rimini è parte di una più ampia sperimentazione rispetto al contrasto delle diseguaglianze in salute attraverso una partnership tra Distretto Socio-Sanitario, Comuni di Riferimento, e Unico. Questa progettualità consente di mettere in campo risorse umane e competenze locali, nazionali ed internazionali che rendono possibile sperimentare sul territorio Riminese un modello più avanzato rispetto a quello previsto dalla normativa.

## **4.8 Caratteristiche e funzioni dei Nodi territoriali di salute**

Presso ogni Noda (NTS) sono impegnate - e reperibili per una frazione rilevante del proprio orario contrattuale - operatori delle professioni sanitarie e operatori sociali.

Professioni sanitarie: infermiere di comunità, Psicologo di comunità

Professioni sociali e educative: Assistente sociale (Aree Anziani, Disabili, Povertà), Educatore di quartiere, Operatore sociosanitario di quartiere (OSS).

Le figure già inserite negli organici del Comune o operanti nell'ambito di contratti di appalto mantengono inalterato il loro mandato generale mutando solo la sede della attività di contatto con le persone, la sede di alcune funzioni di raccordo e coordinamento e rafforzando l'ancoraggio territoriale della utenza di riferimento.

In sintesi, le funzioni che vengono svolte nel Nodo sono:

- Ascolto, raccolta di informazioni, visite domiciliari, valutazione dei punti di forza e di debolezza del sistema di relazioni che fa capo alla persona o al nucleo familiare, presa in carico integrata (tra sociale e sanitario), definizione del progetto integrate di capacitazione individuale, familiare o comunitario;
- incontri fra operatori e professionisti che operano sul territorio di riferimento (in particolare: Medici di medicina generale) per definire strategie e progettualità integrate sulle persone, nuclei familiari e comunità;
- Sedi del confronto con le realtà organizzate di volontariato aderenti alle reti di quartiere per la messa a punto di progettualità integrate; le costituenti Reti sociali di quartiere sono gruppi composti da cittadini, rappresentanti di associazioni, enti, comitati e servizi, che si attivano per valorizzare il quartiere e migliorare la qualità della convivenza comunitaria; ogni Rete di quartiere si attiva promuovendo la conoscenza del contesto sociale e la partecipazione.
- Progettazione e preparazione delle attività di prevenzione e promozione degli stili di vita sani, in attuazione del Piano regionale di prevenzione.

## **4.9 I professionisti dei Nodi territoriali**

Di seguito riporto le varie figure presenti all'interno dei Nodi Territoriali di Salute:

- lavorano con un approccio multiprofessionale necessario per poter soddisfare i diversi bisogni delle persone;
- sono capaci di mappare il territorio, rilevare determinanti di salute, mobilitare le risorse comunitarie, raccogliere informazioni quantitative e qualitative dei bisogni della popolazione, realizzare itinerari terapeutici, di accessibilità ai servizi, elaborare temi specifici per la formazione ed empowerment comunitario, stimolare la costruzione di reti comunitarie e la partecipazione attiva della popolazione;
- lavorano tramite un approccio di tipo proattivo, non volto solamente a soddisfare le domande espresse, ma anche quelle inesprese; conoscono i ruoli e le competenze degli altri operatori per stimolare la costruzione di saperi e pratiche condivise, funzionali a potenziare la capacità assistenziale per il territorio di competenza;
- partecipano alle equipe multiprofessionali finalizzate alla presa in carico congiunta di situazioni a medio-alta complessità, con incontri periodici sulla base delle esigenze presenti.

### **Funzioni sanitarie:**

La attività dello psicologo si sviluppa sulle seguenti principali linee di azione (Dgr2185/23): Consultazione Psicologica Primaria (CPP) in integrazione con MMG/PLS; Promozione della Salute di Comunità;

Supporto al mantenimento della qualità di vita alle persone con malattia somatica; Consulenza organizzativa e formazione ai diversi team multiprofessionali.

### **L'infermiere di famiglia o comunità**

- assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità, in collaborazione con i professionisti presenti nella comunità (MMG/PLS, assistente sociale, professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, infermieri di ADI ecc.), perseguendo l'integrazione interdisciplinare con altri servizi infermieristici, sanitari e sociali presenti sul territorio e ponendo al centro la persona;
- ha un forte orientamento alla prevenzione e alla gestione proattiva della salute e ricopre diverse funzioni a seconda del contesto in cui opera. Agisce in modo proattivo per la promozione di idonei stili di vita, l'intercettazione precoce dei bisogni e la loro presa in carico;
- si attiva per facilitare e monitorare percorsi di presa in carico e di continuità dell'assistenza in forte integrazione con le altre figure professionali del territorio;
- svolge la sua attività inserito in una più ampia rete di protezione sanitaria e sociale, in grado di attivare e supportare le risorse di pazienti e caregiver, del volontariato, del privato sociale, e più in generale della comunità.
- conoscono i ruoli e le competenze degli altri operatori per stimolare la costruzione di saperi e pratiche condivise, funzionali a potenziare la capacità assistenziale per il territorio.

Attraverso il programma "Nodi territoriali di salute" si intende promuovere un innovativo modello di sanità territoriale (Primary health care - PHC) che mira a prevenire le malattie e a gestire i problemi di salute a livello locale prima che si manifestino in forme gravi, con ciò contrapponendosi al modello centrato sull'ospedale.

In sintesi, il progetto dei Nodi Territoriali di Salute a Rimini può essere considerato un **adattamento innovativo** dei principi del DM 77 e dell'esperienza brasiliana, con potenzialità rilevanti in termini di equità e sostenibilità. Tuttavia, affinché tali potenzialità si traducano in risultati concreti, sarà necessario garantire continuità di finanziamenti, adeguata formazione del personale e un solido sistema di valutazione degli esiti.

**I primi 4 Nodi sono attivi da giugno 2025.**

**NODO Zona Sud - Mare**

- Viale Antonio Locatelli, 11

**NODO Zona Centro Storico**

- Via Gambalunga, 106

**NODO Zona Marecchiese**

- Via Perticara, 11

**NODO Zona Sud Monte**

- Via Bidente, 1/P

**MODALITÀ DI ACCESSO:**

Telefono: 0541/704000

**ACCESSO LIBERO IN SEDE IN FASCE ORARIE DEDICATE:**

**SUD MARE**

Giovedì ore 9-12

Venerdì ore 9-12

**SUD MONTE**

Lunedì ore 9-12

Mercoledì ore 9-12

**MARECCHIESE**

Martedì ore 9-12

Venerdì ore 9-12

**CENTRO STORICO**

Lunedì ore 9-12

Mercoledì ore 9-12 <sup>2</sup>

**Le inaugurazioni dei Nodi Territoriali di Salute a Rimini**

Nel corso dei mesi di giugno e luglio si sono svolte a Rimini le inaugurazioni dei **Nodi Territoriali di Salute**, momenti significativi che hanno rappresentato non soltanto l'avvio operativo di un nuovo modello organizzativo di prossimità, ma anche un'occasione di incontro e dialogo con la cittadinanza e le istituzioni locali.

L'iniziativa ha visto il coinvolgimento attivo di numerosi attori: rappresentanti delle istituzioni sanitarie e amministrative, professionisti della salute, associazioni del territorio e cittadini. Questa pluralità di presenze ha contribuito a rafforzare il senso di condivisione e partecipazione, valorizzando la funzione dei Nodi come spazi aperti e accessibili alla collettività.

Durante le giornate inaugurali, è stato possibile illustrare nel dettaglio i **servizi offerti all'interno di ciascun Nodo**. L'obiettivo era quello di rendere chiara la missione di queste nuove strutture, pensate per rispondere in modo integrato e multidisciplinare ai bisogni di salute delle persone. In questo contesto, i professionisti che quotidianamente operano nei Nodi – medici di medicina generale, infermieri di comunità, assistenti sociali, psicologi, amministrativi e altri operatori sanitari – si sono presentati direttamente alla popolazione, raccontando il proprio ruolo e le modalità con cui collaborano per garantire un'assistenza coordinata e centrata sulla persona.

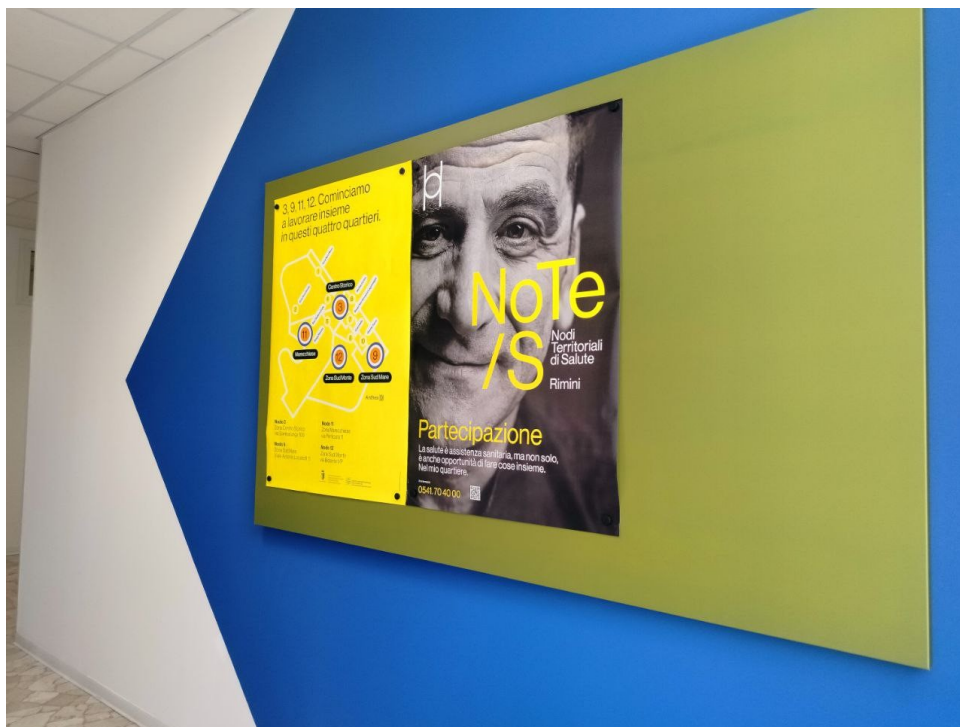
L'incontro con la comunità ha assunto un forte valore simbolico: ha reso evidente la volontà di creare una **rete di prossimità** in cui i cittadini non siano meri destinatari di servizi, ma attori coinvolti in un percorso di salute condiviso. Questo approccio partecipativo contribuisce a rafforzare il legame tra istituzioni sanitarie e popolazione, promuovendo fiducia, trasparenza e corresponsabilità.

Le inaugurazioni non sono state solo eventi formali, ma vere e proprie **occasioni di confronto e conoscenza reciproca**. Le autorità presenti hanno sottolineato l'importanza di investire in modelli organizzativi capaci di rispondere alle nuove sfide demografiche ed epidemiologiche, mentre i cittadini hanno avuto modo di visitare gli spazi, ricevere informazioni dirette e comprendere il funzionamento delle nuove strutture.

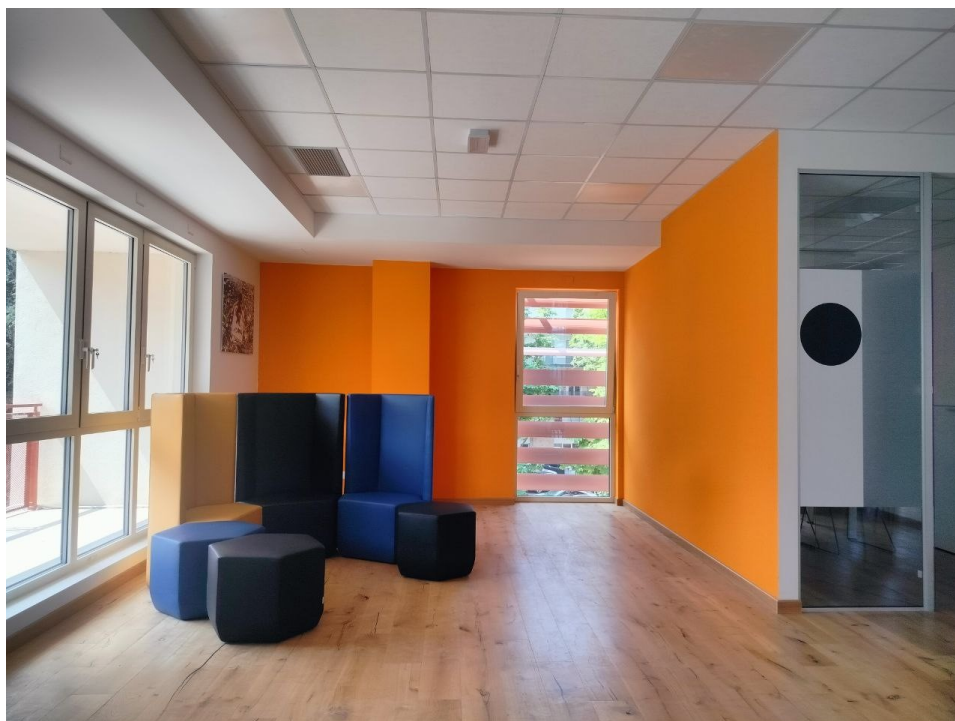
Le immagini inserite in questo capitolo documentano i momenti salienti di queste giornate: l'accoglienza istituzionale, la partecipazione della cittadinanza, le presentazioni dei professionisti e gli spazi interni dei Nodi. Le fotografie rappresentano una testimonianza visiva della **dimensione comunitaria** di queste inaugurazioni, restituendo il clima di apertura, vicinanza e collaborazione che ha caratterizzato le iniziative.

In conclusione, le inaugurazioni dei Nodi Territoriali di Salute a Rimini hanno costituito non solo l'inizio ufficiale di un nuovo servizio, ma anche un passaggio fondamentale di comunicazione e coinvolgimento con il territorio. La partecipazione corale delle istituzioni e della popolazione ha posto le basi per un rapporto di fiducia reciproca, indispensabile per il successo del modello di sanità di prossimità che i Nodi intendono incarnare.

Di seguito le immagini dell'inaugurazione all'interno dei Nodi Territoriali di salute:



Nodo SUD MONTE (Fig. 1)



Nodo MIRAMARE (Fig. 2)

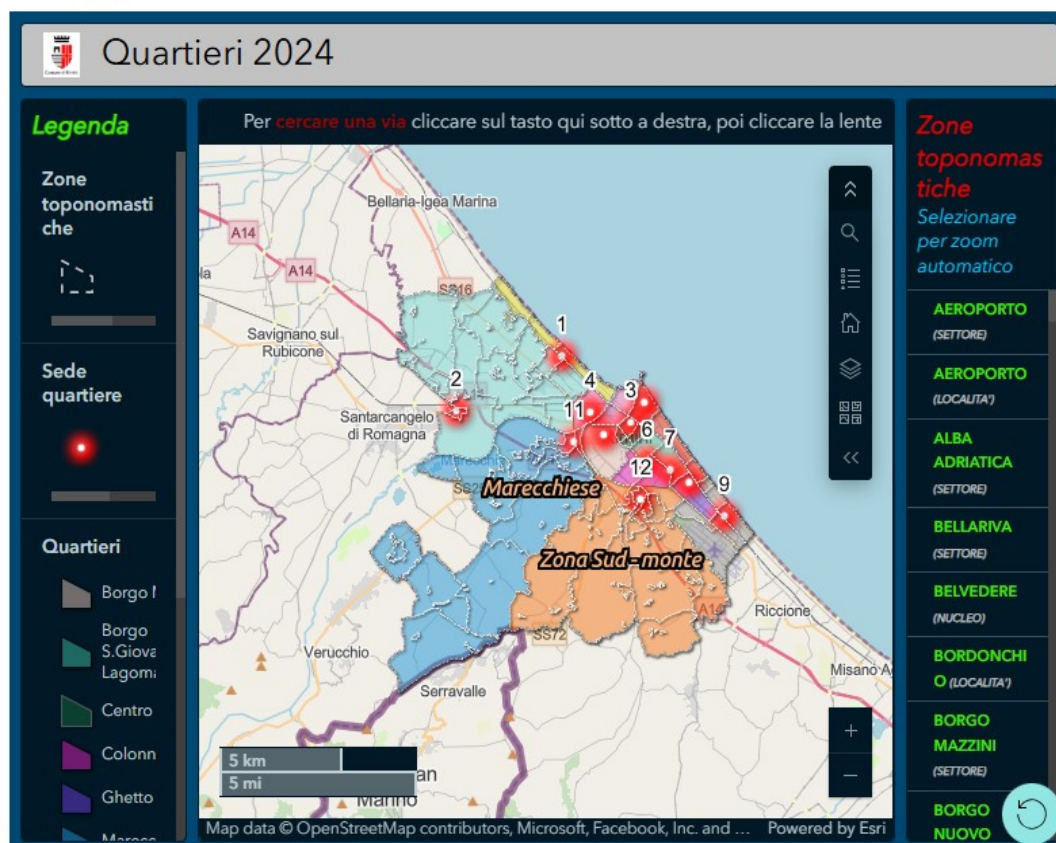


Nodo CENTRO STORICO (Fig. 3)

## Mappa Nodi Territoriali di Salute comune di Rimini

All'interno del sito del comune di Rimini, che riporto di seguito, è possibile visionare la mappa dei Nodi Territoriali nel Comune di Rimini. [Nodi Territoriali di Salute | Comune di Rimini](https://www.comune.rimini.it/amministrazione/documenti-e-dati/documento-tecnico-di-supporto/nodi-territoriali-di-salute#it-menu-677696570) <https://www.comune.rimini.it/amministrazione/documenti-e-dati/documento-tecnico-di-supporto/nodi-territoriali-di-salute#it-menu-677696570>.

## Mappa



Mappa Nodi Territoriali di Salute del Comune di Rimini, in cui sono presenti tutti i 12 Nodi Territoriali, con prossima apertura entro 31/12/2026 (Fig. 4)



## 5 Discussioni e Conclusioni

---

L'analisi documentale e comparativa condotta ha messo in evidenza una significativa convergenza di principi tra il modello normativo introdotto dal DM 77/2022 per l'assistenza territoriale italiana e i modelli di cure primarie consolidati in Brasile (in particolare l'Estratégia de Saúde da Família), soprattutto rispetto all'enfasi su prossimità, integrazione tra servizi sanitari e sociali e centralità della dimensione territoriale. Tuttavia, emergono differenze rilevanti in termini di storicità del modello, infrastrutture operative e strumenti di integrazione comunitaria: il Brasile dispone di decenni di esperienza con operatori di comunità formalizzati nella rete di assistenza primaria, mentre il quadro italiano - pur orientato verso standard e modelli organizzativi (Case della Comunità, Nodi Territoriali di Salute) - è più recente e caratterizzato da forte variabilità regionale. Il DM 77 definisce modelli e standard per la riorganizzazione dell'assistenza territoriale e fornisce un quadro normativo di riferimento per l'attuazione a livello locale.

Il confronto tra i due contesti suggerisce che molte delle raccomandazioni teoriche e organizzative promosse dal DM 77 trovano una corrispondenza nella pratica consolidata della Saúde da Família brasiliana: focalizzazione sul territorio, team multidisciplinari, cura familiare e attività proattive di prevenzione e promozione della salute. Nel modello brasiliano, la capillarità dell'intervento è stata facilitata da figure di community health workers (CHW) e dalla strutturazione della strategia a livello nazionale, che hanno permesso una copertura estesa della popolazione e un rapporto continuativo con le famiglie. Studi internazionali e rapporti istituzionali indicano che la Estratégia de Saúde da Família ha raggiunto percentuali rilevanti di copertura della popolazione e che i CHW svolgono un ruolo centrale nelle attività domiciliari e di promozione della salute.

Dall'analisi emergono indicazioni operative concrete: (i) il rafforzamento dei Nodi Territoriali di Salute a Rimini dovrebbe prevedere percorsi formali di integrazione professionale (team multidisciplinari con infermieri di famiglia e comunità, assistenti sociali, operatori di microzona), (ii) è raccomandabile sperimentare forme adattate di ruolo comunitario assimilabili ai CHW brasiliani — adeguatamente regolamentate e integrate nel SSN — per aumentare la prossimità e il coinvolgimento domiciliare, (iii) è necessario predisporre indicatori di processo ed outcome condivisi e un piano di monitoraggio valutativo che permetta di misurare accessibilità, continuità assistenziale, equità e soddisfazione degli utenti. Le iniziative avviate a Rimini, comprese le prime aperture di sedi e percorsi di formazione, costituiscono un terreno favorevole per tali sperimentazioni ma richiedono consolidamento e valutazione strutturata<sup>23</sup> (WHO/PAHO).

### **Limiti dello studio**

La natura compilativa della tesi comporta limiti intrinseci: la sintesi si basa su documenti pubblici e letteratura disponibile, con limitata capacità di valutare dati operativi aggiornati e indicatori di outcome a livello locale. Inoltre, la comparabilità con il contesto brasiliano è condizionata da differenze istituzionali, demografiche ed economiche che limitano la

generalizzabilità delle raccomandazioni. Alcune valutazioni interpretative sono pertanto di natura qualitativa e dovrebbero essere validate con studi empirici locali (audit operativi, valutazioni di impatto, studi mixed-methods) nelle sedi sperimentali come Rimini.

Il Distretto di Rimini ha intrapreso un percorso innovativo verso una sanità di prossimità, in linea con le direttive del DM 77/2022, attraverso l'istituzione dei Nodi Territoriali di Salute. Questi presidi, previsti in numero di 12, sono distribuiti nelle diverse microzone della città, con l'obiettivo di avvicinare i servizi sociosanitari alla popolazione e rispondere in modo più efficace ai bisogni locali<sup>2</sup> (**Comune di Rimini, s.d.**).

I Nodi Territoriali di Salute rappresentano un modello organizzativo che integra diverse funzioni, tra cui la gestione delle malattie croniche, la promozione della salute e la prevenzione, con particolare attenzione alle fasce più vulnerabili della popolazione. La loro attivazione si inserisce in un contesto più ampio di riorganizzazione dei servizi, che include la creazione delle Case della Comunità, la formazione degli Infermieri di Famiglia e Comunità e l'implementazione delle Centrali Operative Territoriali (COT).

Un elemento chiave di questa trasformazione è il Punto Unico di Accesso (PUA), istituito nel distretto di Rimini, che facilita l'accesso ai servizi sociosanitari attraverso una valutazione congiunta dei bisogni sanitari e sociali, superando la frammentazione dei servizi e promuovendo un approccio integrato e multidisciplinare<sup>2</sup> (**Comune di Rimini, s.d.**).

La riorganizzazione delle cure primarie rappresenta oggi una delle sfide più significative per il sistema sanitario italiano, chiamato a rispondere a nuovi bisogni della popolazione in un contesto di complessità crescente. Il DM 77/2022, sostenuto dalle risorse del PNRR, costituisce un passaggio fondamentale verso un modello di assistenza più equo, integrato e vicino ai cittadini.

Nel caso dell'Emilia-Romagna, e in particolare del Comune di Rimini, l'esperienza pregressa delle Case della Salute ha offerto una solida base per accogliere le innovazioni previste dal decreto. Tuttavia, l'esigenza di una maggiore prossimità e capillarità ha portato allo sviluppo di un modello specifico: i **Nodi Territoriali di Prossimità**.

Ispirati all'esperienza brasiliana della *Strategia Salute della Famiglia*, i Nodi si propongono come una risposta concreta ai bisogni locali, con l'obiettivo di rafforzare l'assistenza territoriale attraverso una rete diffusa, integrata e orientata alla comunità.

Il percorso intrapreso dal Comune di Rimini rappresenta dunque un esempio virtuoso di **adattamento locale di un indirizzo nazionale**, capace di tenere conto delle specificità territoriali senza rinunciare agli standard condivisi. L'auspicio è che tale modello possa contribuire, anche in altre realtà, a un'evoluzione sostenibile e centrata sulla persona del sistema sanitario pubblico.

Tuttavia, l'efficacia di questi nodi dipende dalla loro capacità di operare in sinergia con le comunità locali, il terzo settore e le istituzioni, creando una rete di supporto che favorisca l'inclusione sociale e la partecipazione attiva dei cittadini. In questo senso, la formazione continua

degli operatori e il coinvolgimento della comunità sono fondamentali per il successo del modello proposto.

In conclusione, i Nodi Territoriali di Salute nel Distretto di Rimini rappresentano un passo significativo verso una sanità più equa, accessibile e centrata sulla persona. Il loro sviluppo e consolidamento saranno determinanti per affrontare le sfide future del sistema sanitario, promuovendo una cultura della salute condivisa e sostenibile.



## 6 Bibliografia

---

1. AA.VV. (2023). *La riforma dell'assistenza territoriale in Italia: opportunità e sfide*. Bologna: Il Mulino.
2. Comune di Rimini. (s.d.). *Nodi Territoriali di Salute*. <https://www.comune.rimini.it/>
3. Conferenza Stato-Regioni. (2022). *Accordo per l'attuazione del DM 77 e del PNRR in ambito sanitario*.
4. DECRETO 23 maggio 2022, n. 77. *Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*.
5. DG SANCO – European Commission, Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health (EXPH). (2014). *Definition of a frame of reference in relation to primary care with a special emphasis on financing systems and referral systems*. Brussels: European Commission.
6. Legge 23 dicembre 1978, n. 833. *Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale*.
7. Legge 8.080/1990. *Lei Orgânica da Saúde (SUS)*.
8. Legge 8.142/1990. *Partecipazione sociale e finanziamenti*.
9. Legge 11.350/2006. *Regolamentazione degli Agenti Comunitari di Salute (ACS)*.
10. Macinko, J., & Harris, M. J. (2015). Brazil's Family Health Strategy — Delivering community-based primary care in a universal health system. *New England Journal of Medicine*, 372(23), 2177–2181. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1501140>
11. Macinko, J., Guanais, F. C., & Moura, L. (2006–2007). Studi sull'impatto dell'ESF sulla mortalità infantile.

12. Ministero della Salute. (2021). *PNRR – Missione 6: Salute*. <https://www.salute.gov.it/>
13. Ministero della Salute. (2022). *Decreto Ministeriale n. 77/2022 – Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN*.
14. OECD. (2021). *Primary Health Care in Brazil*. Paris: OECD Publishing.
15. Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). (1978). *Dichiarazione di Alma-Ata: Conferenza Internazionale sull'Assistenza Sanitaria Primaria*.
16. Portaria 1.654/2011. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)*.
17. Portaria 2.979/2019. *Previne Brasil*.
18. Regione Emilia-Romagna. (2019). *Le Case della Salute. Report 2019*. Bologna: Servizio Assistenza Territoriale, Assessorato Politiche per la Salute.
19. Repubblica Federale del Brasile. (1988). *Costituzione – Sezione II: Salute (artt. 196–200)*.
20. SaluteInternazionale. (s.d.). *Articoli e analisi sulla Primary Health Care*. <https://www.saluteinternazionale.info/>
21. WHO – World Health Organization. (2018). *Building the economic case for primary health care: A scoping review*. Geneva: World Health Organization.
22. Porter, M. E. (2010). *What is value in health care?* **The New England Journal of Medicine**

23. WHO/PAHO — case study e documentazione sull'Estratégia de Saúde da Família (Family Health Strategy) in Brasile.