

[Redazione](#) | [Pubblicità](#) | [Contatti](#)

quotidianosanità.it

Studi e Analisi

 Quotidiano on line
 di informazione sanitaria
 Martedì 09 APRILE 2024


[Home](#) | [Cronache](#) | [Governare e Parlamento](#) | [Regioni e Asl](#) | [Lavoro e Professioni](#) | [Scienza e Farmaci](#) | [Studi e Analisi](#) | [Archivio](#)

 segui **quotidianosanità**.it

 X Post | [Condividi](#) | [Condividi 12](#) |  stampa

Pnrr. I conti non tornano...

di Giorgio Banchieri

Il confronto intrecciato dei flussi di dati provenienti da diverse fonti istituzionali sull'attuazione di Case e Ospedali di Comunità e delle Centrali Operative Territoriali evidenziano che abbiamo un problema...

15 MAG - PNRR e i principi del SSN e sviluppo della sanità territoriale

Come già scritto in precedenti articoli su questa testata, in permanenza della pandemia da SARS-COV-2 il perseguimento dei *tre principi fondamentali* del nostro SSN (*universalità, uguaglianza ed equità*) richiede un cambio di prospettiva, passando da sistemi sanitari progettati intorno alle malattie e alle istituzioni verso sistemi sanitari vicini alla *"persona"* e alla *"comunità"*.

Nel PNRR si assume l'obiettivo di potenziare i *servizi assistenziali territoriali* per consentire l'effettiva applicazione dei *Livelli Essenziali di Assistenza* riducendo le disuguaglianze, e contestualmente costruendo un modello di erogazione dei servizi condiviso ed omogeneo sul territorio nazionale.

Pertanto per erogare servizi universalmente accessibili, integrati, centrati sulla *"persona"* in risposta alla maggioranza dei problemi di salute del singolo e della comunità nel contesto di vita, il SSN dovrebbe perseguire la pianificazione, il rafforzamento e la valorizzazione dei servizi territoriali tramite lo sviluppo di strutture di prossimità, il potenziamento delle cure domiciliari e l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale, che promuova lo sviluppo di équipe multidisciplinari.

La strategia perseguita con il PNRR

È volta ad affrontare in maniera sinergica tutti gli aspetti critici preesistenti. Un significativo sforzo in termini di riforme e investimenti è finalizzato ad allineare i servizi ai bisogni di cura dei pazienti in ogni area del Paese. L'*"incipit"* del PNRR, infatti, è mettere in grado la ASL e i Distretti Sociosanitari di realizzare la *"stratificazione dei bisogni delle popolazioni"* per patologie.

Conseguentemente una larga parte delle risorse è destinata a migliorare le dotazioni, le infrastrutture e le tecnologie, e a promuovere la ricerca e l'innovazione.

In particolare la Missione 6 del PNRR si articola in due componenti, ovvero, sviluppo delle reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e sviluppo dell'innovazione, della ricerca e della digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.

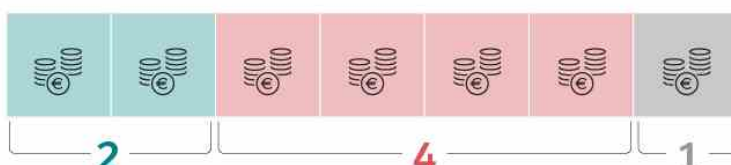
Servizi sanitari di prossimità, strutture e standard per l'assistenza sul territorio

Il PNRR per l'attuazione dei suoi obiettivi strategici propone una nuova strategia che si basa su due attività principali:

- L'identificazione del modello organizzativo condiviso della rete di assistenza territoriale tramite la definizione di standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l'assistenza territoriale e le strutture a essa deputate, adottata con il DM 77;
- La definizione di un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico, in linea con l'approccio *One-Health*.

Come cambia la Sanità territoriale

7
miliardi di euro
dal fondo Recovery in 5 anni


 **newsletter**
[ISCRIVITI ALLA NOSTRA NEWS LETTER](#)

 Ogni giorno sulla tua mail tutte le notizie di
 Quotidiano Sanità.

 **gli speciali**

Ecco com'è cambiato il Ssn in 10 anni. Chiuso un ospedale su dieci. Cresce il privato e nonostante i progressi le unità di personale sono ancora poche. Finito il Covid è di nuovo taglio dei letti: sono 30 mila in meno rispetto al 2020

[tutti gli speciali](#)
iPiùLetti [7 giorni] [30 giorni]

- 1 Anziani. "4 su 10 sono esclusi per l'età dalle cure migliori". L'allarme dei Geriatri. Nasce la Carta di Firenze, primo manifesto mondiale contro l'ageismo sanitario
- 2 Lazio. Approvata la legge sui caregiver


 Casa della Comunità
 al centro del territorio

Fonte: Agenas


 Il domicilio come
 primo luogo di cura


 Più strutture
 per le cure intermedie

La "presa in carico dei pazienti" e i "piani Individuali di salute"

Per perseguire quanto sopra la "presa in carico del paziente" si realizza attraverso la definizione di un piano/progetto assistenziale individuale, che raccoglie e descrive in ottica multidisciplinare le informazioni relative ai soggetti in condizioni di bisogno per livello di complessità e, sulla base dei bisogni di cura dell'assistito, definisce i livelli di assistenza specifici, nonché i tempi e le modalità di erogazione per favorire la migliore condizione di salute e benessere raggiungibile per la persona malata.

La "presa in carico" presuppone una serie di fasi:

1. Valutazione multidimensionale;
2. Definizione di obiettivi che ragionevolmente potranno essere perseguiti;
3. Elaborazione del piano/progetto assistenziale individuale;
4. Affidamento a un case manager che rappresenta il punto di riferimento sia per il paziente che per tutti gli operatori che avranno un ruolo nell'episodio assistenziale;
5. Gestione (aggiornamenti e rivalutazioni);
6. Dimissioni (che non comportano la chiusura della presa in carico qualora la dimissione comporti l'affidamento a un altro servizio);
7. Controllo della gestione clinica.

L'assistenza domiciliare e la "casa come primo luogo di cura"

Gli investimenti previsti mirano a:

- Identificare un *modello condiviso per l'erogazione delle cure domiciliari* che sfrutti al meglio le possibilità offerte dalle nuove tecnologie (come la telemedicina, la domotica, la digitalizzazione);
- Realizzare presso ogni azienda sanitaria locale (ASL) un *sistema informativo in grado di rilevare dati clinici in tempo reale*;
- Attivare 602 *Centrali Operative Territoriali (COT)*, una in ogni Distretto, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza.

I fabbisogni di risorse per la realizzazione di questi investimenti erano stimati in 4,00 miliardi di euro, di cui 3,48 miliardi connessi ai costi derivanti dal servire un numero crescente di pazienti, 0,48 miliardi per l'istituzione delle COT e 0,04 miliardi per i sistemi informativi. Per la realizzazione di tali interventi era prevista l'utilizzazione degli strumenti della programmazione negoziata, necessari per garantire il coordinamento dei livelli istituzionali e degli enti coinvolti.

Standard e requisiti definiti nel Documento AGENAS-Regioni-PPAA

Relativamente ai tre "oggetti" fondamentali per l'implementazione del PNRR stesso, ovvero, Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali, erano, come noto, previsti nel DM 77 i seguenti standard:

Distretti Sociosanitari delle AUSL	Case di Comunità HUB	Case di Comunità Spoke
Come da Atto Aziendale della AUSL	1 x Distretto	1x30-35.000 abitanti per aree metropolitane 1x20-25.000 abitanti per aree urbane e suburbane 1x10-15.000 abitanti per aree interne e rurali
Ospedale di Comunità	1 x 20 PL x 50.000 ab	1 x 20 PL x 50.000 abitanti
Centrale Operativa Territoriale	Si	In rete nell'ambito del Distretto

[Fonte: estrapolazione da "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Sistema Sanitario Nazionale", 2021 e nel DM 77]

La situazione di contesto da implementare con il PNRR

Nel dicembre del 2020, il Dipartimento Affari Sociali del Servizio Studi della Camera dei Deputati ha inviato alla Conferenza delle Regioni una richiesta di informazioni relativa ai presidi delle cure intermedie (Case della Salute/Casa di comunità e Ospedale di comunità- OdC) attivi nei diversi sistemi sanitari regionali (per la definizione di Case della Salute ed Ospedali di Comunità).

Sulla base di tale richiesta, nell'ambito della Commissione Salute - Area Assistenza Territoriale, la Regione Emilia-Romagna, in qualità di coordinatrice dell'Area, ha richiesto alle Regioni e alle Province autonome (di seguito indicate PA) di trasmettere l'elenco delle Case della Salute e degli Ospedali di Comunità presenti nei rispettivi territori. Successivamente, sulla base della documentazione pervenuta, la Segreteria tecnica Area "Assistenza territoriale" ha elaborato la "Relazione sullo sviluppo delle Case della Salute e degli Ospedali di Comunità nelle regioni italiane (anno 2020)" nel febbraio 2021.

Nella relazione si chiarisce anche che, mentre la declinazione operativa degli Ospedali di Comunità si basa sui contenuti dell'Intesa Stato-Regioni n. 17 del 20 febbraio 2020, la declinazione operativa di Casa della Salute, in assenza di una impostazione condivisa a livello nazionale, è stata intesa come una struttura sanitaria territoriale in cui è prevista l'integrazione tra medici di medicina generale/pediatrati di libera scelta ed i servizi sanitari delle Aziende Unità Sanitarie Locali (es. Case della Salute, UCCP1, PTA2).

Dalla rilevazione svolta la consistenza delle Case della Salute e degli Ospedali di Comunità per Regione era la seguente:

Regione/PA	Case della Salute dichiarate attive	Ospedali di Comunità dichiarati attivi	
	N	N	PL
Valle d'Aosta	-	-	-

familiari, stanziati 15 mln per il 2024-2026

- 3 Monitoraggio Covid. Incidenza sempre bassa come i ricoveri. Sale lievemente l'indice Rt
- 4 Semaforo verde alle nuove convenzioni per Medici di famiglia e specialisti ambulatoriali
- 5 Fibromialgia. Al via le nuove domande per l'indennità regionale
- 6 Decreto polizze. "Conseguenze assicurative per chi non sarà in regola con la formazione Ecm". Intervista a Federico Gelli
- 7 Dl Semplificazione. Smi: "Scegliere il medico di medicina generale in farmacia non può prefigurare un conflitto d'interesse?"
- 8 Carezza personale. Bertolaso in Argentina e in Paraguay per reclutare infermieri e medici
- 9 Acn medicina generale. Onotri (Smi): "Aumenti operativi da subito e arretrati corrisposti entro sessanta giorni dall'approvazione"
- 10 Infermieri dall'estero. Nursing Up: "Paradossali i toni trionfalistici di Bertolaso"

Bolzano - Alto Adige	-	-	-
Trentino	-	-	-
Piemonte	71	5	30
Lombardia	-	20	467
Veneto	77	69	1.426
Friuli Venezia Giulia	-	-	-
Emilia-Romagna	124	26	359
Liguria	4	1	20
Toscana	76	20	245
Marche	21	14	616
Abruzzo	N.C.	5	-
Lazio	22	-	-
Umbria	8	-	-
Molise	6	2	-
Basilicata	1	-	-
Puglia	-	-	-
Campania	-	1	-
Calabria	13	-	-
Siciliana	55	-	-
Sardegna	15	-	-
Totale	493	163	3.163

[Fonte: Ufficio Studi Camera dei Deputati, «Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale», 1 marzo 2021].

I Distretti sociosanitari oggi in Italia

Unità di misura della progettazione delle strutture intermedie e delle reti di prossimità nel PNRR sono i Distretti Sociosanitari della ASL, che dovrebbero anche assumere il ruolo, non più di coordinatori amministrativi dei servizi territoriali delle ASL, ma quello di *“agenzie di salute”* della popolazione di riferimento in grado di costruire nei territori Piani di Salute condivisi con tutti gli operatori delle filiere assistenziali. In base ad una survey MES di Pisa, CARD 2022 in collaborazione con AGENAS venivano censiti i Distretti al momento di emanazione del PNRR, come segue:

Regione	Nr. Distretti	Pop. Media per distretto	coincidenza con ATS Si	coincidenza con ATS No
ABRUZZO	20	63.683	6	14
BASILICATA	6	90.003	6	0
CALABRIA	14	132.533	0	14
CAMPANIA	73	77.045	73	0
EMILIA-ROMAGNA	38	117.316	38	0
FRIULI-VENEZIA GIULIA	20	59.184	20	0
LAZIO	46	124.243	41	5
LIGURIA	19	79.289	19	0
LOMBARDIA	84	117.452	55	29
MARCHE	13	116.359	6	7
MOLISE	3	98.098	0	3
PIEMONTE	33	128.354	28	5
PUGLIA*	45	87.176	n.d.	n.d.
P.A. BOLZANO	4	133.944	4	0
P.A. TRENTO	3	180.719	0	3
SARDEGNA	24	65.799	22	2
SICILIA	55	87.726	55	0
TOSCANA	28	129.364	28	0
UMBRIA	12	72.261	12	0
VALLE D'AOSTA	2	61.669	2	0
VENETO	26	186.741	17	9
Italia	568	105.192	432	91

Quindi i Distretti erano e sono 568 con un numero di abitanti compreso tra i 60.000 e i 190.000.

Case della Salute

Nel PNRR con il passaggio da *“Casa della Salute”* a *“Casa della Comunità”* si persegue l'obiettivo di migliorare la qualità di tutti i servizi offerti promuovendo un **approccio integrato e multidimensionale** con il settore **sociale**. La *“Casa della Comunità”*, quindi, è il modello organizzativo per l'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento, luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale.

Nella *“Casa della Comunità”* dovrebbero lavorare in modalità integrata e multidisciplinare tutti i professionisti per la progettazione ed erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale, con la partecipazione della comunità locale nelle sue varie forme: associazioni di cittadini, pazienti, caregiver, volontariato. Gli standard di riferimento, in base al DM 77, erano i seguenti:

Distretti Sociosanitari delle AUSL

Come da Atto Aziendale della AUSL

Case di Comunità HUB

1 x Distretto

Case di Comunità Spoke

1x30-35.000 abitanti
nelle aree metropolitane
1x20-25.000 abitanti
nelle aree urbane e suburbane
1x10-15.000 abitanti
nelle aree interne e rurali

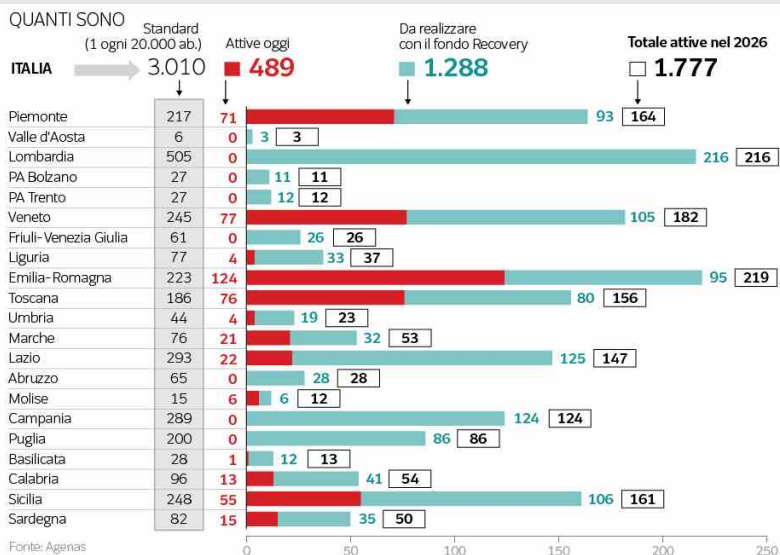
Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multidisciplinari (MMG, PLS, SAI, IFeC, ecc.)

Obbligatorio

Punto Unico di Accesso	Obbligatorio	
Servizio di assistenza domiciliare di livello base	Obbligatorio	
Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza	Obbligatorio	
Servizi infermieristici	Obbligatorio	
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	Obbligatorio	
Programmi di screening	Obbligatorio	
Partecipazione della Comunità e valorizzazione co-produzione	Obbligatorio	
Collegamento con la Casa della Comunità <i>hub</i> di riferimento		Obbligatorio
Presenza medica	Obbligatorio H24, 7/7 gg	Obbligatorio H12, 6/7 gg
Presenza infermieristica	Obbligatorio H24, 7/7 gg	Obbligatorio H12, 6/7 gg
Servizi diagnostici (finalizzati al monitoraggio della cronicità)	Obbligatorio	Facoltativo
Continuità Assistenziale	Obbligatorio	Facoltativo
Punto prelievi	Obbligatorio	Facoltativo
Servizi Sociali	Raccomandato	
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	Raccomandato	
Attività Consultoriali	Facoltativo	
Vaccinazioni	Facoltativo	
AFT e UCCP MMG e PLS + medicine di gruppo integrate	Coordinamento e gestione	In rete nell'ambito del Distretto

Le Case della Salute erano nel 2020, dati Ufficio Studi Camera dei Deputati/Conferenza Stato Regioni, 493. Diventano al momento della pubblicazione del PNRR, sempre fonte AGENAS 489 (-4). Il PNRR ne prevedeva altre 1.288, per arrivare a 1.777. Quindi 3 su 4 dovevano essere realizzate "ex novo".

Casa della Comunità COME FUNZIONA



Mettendo insieme nella stessa tabella i dati dell'Ufficio Studi Camera dei Deputati/Conferenza Stato Regioni, con i dati della prima versione del PNRR e aggiungendo i dati del primo monitoraggio del PNRR agito da AGENAS, abbiamo la seguente tabella "integrata":

	CdSalute 2020	CdC PNRR 2021	CdC Monitoraggio maggio 2023				Totale
			POR	POR	Extra POR	Extra POR	POR + extra POR
			Attive	Non attive	Attive	Non Attive	
Valle d'Aosta	0	6	-	4	-	-	4
Bolzano Alto Adige	-	27	-	10	-	-	10
Trentino	-	27	-	10	-	-	10
Piemonte	71	217	31	51	7	2	91
Lombardia	-	505	36	163	2	10	211
Veneto	77	245	-	95	-	5	100
Friuli VG	-	61	-	23	-	4	27
Emilia Romagna	124	223	43	42	-	7	92

Liguria	4	77	-	32	-	-	32
Toscana	76	186	6	71	-	-	77
Marche	21	76	-	29	-	-	29
Abruzzo	nc	65	-	40	-	-	40
Lazio	22	293	-	135	-	-	135
Umbria	8	44	-	17	2	3	22
Molise	6	15	6	7	-	-	13
Basilicata	1	28	-	19	-	-	19
Puglia	-	200	-	121	-	-	121
Campania	-	289	-	172	-	19	191
Calabria	13	96	-	61	-	4	65
Sicilia	55	248	-	156	-	-	156
Sadegna	15	82	-	50	-	30	80
Totale	493	3.010	122	1.308	11	84	1.525

Quindi nel "censimento" 2020 dell'Ufficio Studi della Camera dei Deputati/Conferenza Stato Regioni quelle attive sono 493, nel PNRR 2021 l'obiettivo è di 3.010 Case di Comunità, applicando gli standard del DM 77,

e nel monitoraggio AGENAS 2023 quelle attive si riducono a 122, nel POR, + 11 extra POR, per un totale di 133. Rispetto ai dati 2020 ne mancano all'appello 360! Sono state tutte chiuse? Erano dati non corretti?

Abbiamo comunque una differenza del - 73%.

Scendendo a livello di singole Regioni i dati ballano ancora di più:

- Piemonte: nel 2020 n. 71, nel PNRR 2021 n. 217, nel monitoraggio 2023 n. 38 su 91 previste;
- Lombardia: nel 2020 n. 0, nel PNRR 2021 n. 505, nel monitoraggio 2023 n. 38 su 211 previste;
- Emilia Romagna: nel 2020 n. 124, nel PNRR 2021 n. 223, nel monitoraggio 2023 n. 43 su 92 previste;
- Toscana: nel 2020 n. 76, nel PNRR 2021 n. 186, nel monitoraggio 2023 n. 6 su 77 previste;
- Lazio: nel 2020 n. 22, nel PNRR 2021 n. 293, nel monitoraggio 2023 n. 0 su 135 previste;
- Campania: nel 2020 n. 0, nel PNRR 2021 n. 289, nel monitoraggio 2023 n. 0 su 191 previste;
- Sicilia: nel 2020 n. 55, nel PNRR 2021 n. 248, nel monitoraggio 2023 n. 0 su 156 previste.

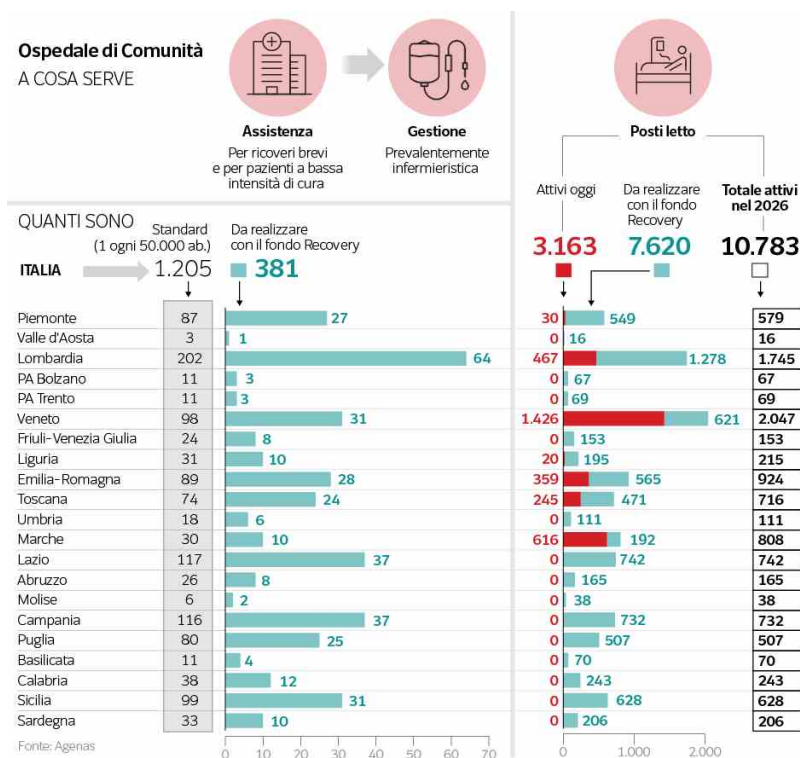
Conoscendo per studi e ricerche svolte le consistenze reali nelle Regioni citate i dati del Monitoraggio AGENAS sono assolutamente incoerenti con le realtà territoriali.

Solo con riferimento alla Regione Emilia Romagna, andando sulla loro "homepage", abbiamo dichiarato attive 128 Case di Comunità da portare entro il 2026 a 170! Per AGENAS sono attive ad oggi solo 43 ...

Ospedali di Comunità

Ricordo che, come da sito Ministero Salute, "L'Ospedale di Comunità è una struttura sanitaria di ricovero della rete di assistenza territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero". Inoltre l'obiettivo dichiarato era "Realizzare 400 strutture sanitarie territoriali, rivolte a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minore o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che necessitano di assistenza e sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio o in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale o familiare)."

Gli Ospedali di Comunità erano nel 2020, dati Ufficio Studi Camera dei Deputati/Conferenza Stato Regioni, 163 con 3.163 PL attivi. Diventano al momento della pubblicazione del PNRR, applicando gli standard del DM 77, sempre fonte AGENAS, 1.204 con l'obiettivo di raggiungere ulteriori 7.620 PL attivi, per arrivare ad un totale di 489 (-4) con 10.783 PL attivi. Il PNRR ne prevedeva altri 1.288, per arrivare a 1.777. Quindi 3 su 4 dovevano essere realizzati "ex novo".



Ad oggi, monitoraggio AGENAS 2023, quelli attivi sono 31, previsti nel POR, e 25 previsti extra POR, per un

totale complessivo 56 su 524 previsti, pari al 10,68%.

Se scendiamo al livello delle singole Regioni abbiamo i seguenti dati:

- Piemonte: nel 2020 n. 5, nel PNRR 2021 n. 87, nel monitoraggio 2023 n. 0 su 30 previste;
- Lombardia: nel 2020 n. 20, nel PNRR 2021 n. 202, nel monitoraggio 2023 n. 10 su 70 previste;
- Emilia Romagna: nel 2020 n. 26, nel PNRR 2021 n. 89, nel monitoraggio 2023 n. 5 su 27 previste;
- Toscana: nel 2020 n. 20, nel PNRR 2021 n. 74, nel monitoraggio 2023 n. 0 su 24 previste;
- Lazio: nel 2020 n. 0, nel PNRR 2021 n. 117, nel monitoraggio 2023 n. 0 su 36 previste;
- Campania: nel 2020 n. 1, nel PNRR 2021 n. 116, nel monitoraggio 2023 n. 0 su 57 previste;
- Sicilia: nel 2020 n. 55, nel PNRR 2021 n. 248, nel monitoraggio 2023 n. 0 su 156 previste.

Anche per gli Ospedali di Comunità conoscendo per studi e ricerche svolte le consistenze reali nelle Regioni citate i dati del Monitoraggio AGENAS sono assolutamente incoerenti con le realtà territoriali.

	OdC 2021	OdC PNRR 2022	OdC Monitoraggio maggio 2023				Totale POR + extra POR
			POR	POR	Extra POR	Extra POR	
			Attive	Non attive	Attive	Non Attive	
Valle d'Aosta	-	3	-	-	1	-	1
Bolzano Alto Adige	-	11	-	-	3	-	3
Trentino	-	11	-	-	3	-	3
Piemonte	5	87	-	-	27	-	30
Lombardia	20	202	9	57	1	3	70
Veneto	69	98	13	22	24	12	71
Friuli VG	-	24	-	-	7	-	9
Emilia Romagna	26	89	5	22	-	0	27
Liguria	1	31	1	10	-	0	11
Toscana	20	74	-	24	-	0	24
Marche	14	30	-	9	-	0	9
Abruzzo	5	26	-	11	-	0	11
Lazio	-	117	-	36	-	0	36
Umbria	-	18	-	5	-	12	17
Molise	2	6	2	0	-	0	2
Basilicata	-	11	-	5	-	0	5
Puglia	-	80	-	38	-	0	38
Campania	1	116	-	48	-	9	57
Calabria	-	38	1	19	-	3	23
Sicilia	-	99	-	43	-	0	43
Sadegna	-	33	-	13	-	20	33
Totale	163	1.204	31	403	25	65	524

Le Centrali Operative Territoriali

Nel 2020 nelle Regioni non avevamo esperienze di COT attive, se non in alcune ASL, vedi nel Lazio le ASL di Rieti e Viterbo. Si sono invece sviluppate esperienze diffuse di COA, Centrali Operative Aziendali, durante la pandemia, per coordinare le attività delle USCA e di altri servizi dedicati a pazienti Covid 19 in regime domiciliare. Da questa esperienza nasce l'ipotesi di riconvertire le COA in COT H (ospedaliere) e COT D (Distrettuali).

Nel DM 77 le COT sono definite come *"La Centrale Operativa Territoriale (COT) è un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialogo con la rete dell'emergenza-urgenza"*.

Gli standard previsti sono i seguenti:

- 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore.
- 1 Coordinatore Infermieristico, 3-5 Infermieri, 1-2 unità di personale di supporto in coerenza con quanto previsto nella relazione tecnica di cui all'articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021, n. 234.
- Operativa 7 giorni su 7

In base ai dati del monitoraggio AGENAS 2023 le Centrali Operative Territoriali attive ad oggi sono 14, pari al 2,34% del totale previsto. I Distretti sono 568, le COT programmate 650, di cui su 650 sono attive 24 = - 626 COT ancora da realizzare.

	COT 2021	COT PNRR 2022	COT Monitoraggio maggio 2023				Totale POR + extra POR
			POR	POR	Extra POR	Extra POR	
			Attive	Non attive	Attive	Non Attive	
Valle d'Aosta	-	2	-	1	-	-	1
Bolzano Alto Adige	-	4	-	5	-	-	5
Trentino	-	1	-	5	-	-	5
Piemonte	-	33	4	39	-	-	43
Lombardia	-	84	9	92	1	2	104
Veneto	-	26	-	49	9	-	58
Friuli VG	-	20	-	12	-	-	12
Emilia Romagna	-	38	-	45	-	-	45
Liguria	-	19	-	16	-	-	16
Toscana	-	28	-	37	-	-	37
Marche	-	13	-	15	-	-	15
Abruzzo	-	20	-	13	-	-	13
Lazio	-	46	-	59	-	-	59
Umbria	-	12	1	8	-	-	9
Molise	-	3	-	3	-	-	3
Basilicata	-	6	-	6	-	-	6
Puglia	-	45	-	40	-	-	40
Campania	-	73	-	65	-	18	83
Calabria	-	14	-	21	-	2	23
Sicilia	-	55	-	49	-	-	49
Sadegna	-	24	-	16	-	8	24
Totale	-	566	14	596	10	30	650

Conclusioni

Da quanto sopra emerge che i flussi dati, considerati:

- Ufficio Studi Camera dei Deputati, «Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale», 1 marzo 2021, dati 2020;
- PNRR, Piano Nazionale di Rinascita e Resilienza, 2012;
- Monitoraggio del PNRR, da parte AGENAS 2023;

sono incoerenti e assolutamente non corrispondenti alle realtà note nelle singole Regioni.

Abbiamo quindi un problema di flussi informativi non veridici e incoerenti.

Mi rendo conto che un conto è definire obiettivi "teorici", applicando gli standard del DM77, e un conto quanto poi emerge dalla concertazione con le Regioni, ma non corrispondono i dati con il censimento svolto su base regionale dall'Ufficio Studi della camera dei Deputati/Conferenza Stato/Regioni/PPAA. ...

Non è poco, spero di sbagliarmi, ma abbiamo molte incongruenze.

"Huston abbiamo un problema"...

Giorgio Banchieri

Segretario Nazionale ASQUAS, Docente DiSSE, Università "Sapienza", Roma

15 maggio 2023

© Riproduzione riservata

Altri articoli in Studi e Analisi



Epatiti virali. Ogni giorno nel mondo muoiono 3.500 persone a causa di infezioni da HBV e HCV. L'Oms lancia l'allarme



Stiamo attenti ai cartellini gialli sul Pnrr



Comitato emergenza Oms su polio: progressi verso eradicazione proseguono, ma resta emergenza sanitaria pubblica internazionale



Ssn. Gimbe: "Quasi 2 mln di persone hanno rinunciato a curarsi per ragioni economiche. A rischio 2,1 mln di famiglie indigenti"



La teoria della catastrofe



Cronicità. Con l'integrazione dei servizi di assistenza a livello istituzionale e professionale migliora la qualità e si risparmia fino al 4% della spesa sanitaria globale. Il rapporto Ocse

Quotidianosanità.it
Quotidiano online
d'informazione sanitaria.
QS Edizioni srl
P.I. 12298601001

Sede legale:
Via Giacomo Peroni, 400

Direttore responsabile
Luciano Fassari

Direttore editoriale
Francesco Maria Avitto

Tel. (+39) 06.89.27.28.41

info@qsedizioni.it

redazione@qsedizioni.it

Coordinamento Pubblicità
commerciale@qsedizioni.it

Joint Venture

- SICS srl
- Edizioni Health Communication srl

Copyright 2013 © QS Edizioni srl.
Tutti i diritti sono riservati
- P.I. 12298601001
- iscrizione al ROC n. 23387
- iscrizione Tribunale di Roma n. 115/3013 del 22/05/2013

Riproduzione riservata.

Chi sceglie di proseguire nella navigazione su questo sito oppure di chiudere questo banner, esprime il consenso all'uso dei cookie.

[Privacy Policy](#)

Prosegui