

# Osservatorio sui sistemi sanitari

## Il recepimento del d.m. n. 77 del 2022 nella Regione Molise\*

La nuova sanità territoriale: realtà o illusione?

Fabrizio Politi\*\*

1. La Regione Molise (che è in regime di commissariamento) non ha adottato un (atto avente la denominazione di) Piano di Assistenza Territoriale (PAT), ma ha “posto” nel Programma Operativo 2022-2024 (P.O. 2022-2024) un paragrafo dedicato alla “*Assistenza Territoriale/Distrettuale*” all’interno del quale ha esplicitamente fatto riferimento al processo di implementazione della rete territoriale (“*anche alla luce delle specifiche azioni da realizzare nel triennio, in attuazione delle milestone e target della Missione 6, Componenti 1 e 2 del PNRR*”).

L’ASReM (Azienda Sanitaria Regionale del Molise, Asl unica regionale) è attualmente strutturata – per garantire l’assistenza territoriale – in tre distretti sanitari con tutti i servizi ad essi correlati (assistenza sociosanitaria, riabilitativa, specialistica ambulatoriale, assistenza primaria, consultori), nel Dipartimento di Salute Mentale integrato con i servizi per il contrasto alle dipendenze patologiche e nel Dipartimento di prevenzione.

Il P.O. 2022-2024 afferma che l’assistenza territoriale molisana oggi “è caratterizzata da un buon grado di sviluppo delle cure domiciliari, mentre risulta carente in altri importanti setting assistenziali” (ad esempio l’assistenza residenziale e semiresidenziale per persone non autosufficienti e necessita di migliorare i processi di presa in carico).

Con riguardo alla struttura demografica (caratterizzata da un significativo fenomeno di invecchiamento), va ricordato che in Molise risiedono poco meno di trecentomila abitanti (0.5% della popolazione italiana) ed il P.O. afferma la necessità di potenziare la capacità

---

\* Lo scritto costituisce una rielaborazione dell’intervento svolto dall’Autore nella Giornata di studio “La nuova sanità territoriale: realtà o illusione?” (Milano, 26 aprile 2023), promossa dall’Università Cattolica del Sacro Cuore a conclusione della seconda edizione del Corso di perfezionamento in “Organizzazione e gestione delle Case della Comunità” e nell’ambito del PRIN 2020 “Il diritto costituzionale della salute e dell’organizzazione sanitaria dopo l’emergenza della pandemia”.

\*\* Professore ordinario di Diritto costituzionale nell’Università dell’Aquila.

dei distretti sanitari di interfacciarsi con i comuni (136 comuni) per migliorare l'integrazione sociosanitaria, nonché la qualità, completezza e tempestività dei dati relativi all'assistenza territoriale, al fine di potenziare anche la capacità programmatoria regionale.

Va ricordato che, nella verifica adempimenti LEA dell'anno 2019, si sono registrati ampi ritardi della Regione Molise che risulta inadempiente anche con riguardo ai flussi informativi (anche di quelli direttamente connessi alla rete territoriale) dei dati SDO.

2. In merito all'*Assistenza domiciliare e residenziale*, la Regione Molise presenta un'offerta assistenziale per le strutture residenziali R1, R2 e R3, mentre è assente l'offerta per le strutture semiresidenziali (SR). Inoltre, risulta assente l'offerta assistenziale per i trattamenti residenziali socio-riabilitativi di mantenimento a persone con disabilità.

La Regione Molise dichiara di voler adottare un nuovo documento unico di riorganizzazione dell'assistenza territoriale che, recependo gli standard contenuti nel DM n. 77 del 2022, fornisca gli strumenti programmatori utili a superare le criticità (ma in un arco temporale più lungo rispetto a quello di vigenza del P.O.). La Regione, in tal modo, si pone l'obiettivo a lungo termine della "*definizione di una nuova rete territoriale con valenza fino al 2027*", prevedendo entro dicembre 2022 l'adozione del DCA di riorganizzazione della rete.

La Regione assegna priorità al riordino dell'assistenza primaria. In Molise, nel 2022 operavano 239 Medici di Medicina Generale (MMG), 32 Pediatri di Libera Scelta (PLS) e 222 Medici di Continuità Assistenziale (MCA) e non risulta attiva nessuna Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT) e nessuna Unità Complessa di Cure Primarie (UCCP). La Regione, negli anni, ha attivato otto Case della Salute nelle quali sono presenti numerosi servizi coincidenti con quelli richiesti nelle Case della Comunità (CdC).

Al fine di potenziare l'assistenza primaria in un'ottica di prossimità, accessibilità e multidisciplinarietà, la Regione ha deciso di attivare a regime nel 2026 tredici CdC (tra hub e spoke), in cui saranno attivati i servizi previsti dal DM n. 77 del 2022, nonché quelli facoltativi discendenti dalle necessità dei singoli territori e che saranno indicati nel documento unico di riorganizzazione della rete territoriale. Inoltre la Regione Molise prevede di attivare tre Unità di Continuità Assistenziale (UCA), in ragione di quanto previsto dal DM 77/2022 (1 UCA ogni 100.000 abitanti).

La Regione, infine, dichiara di voler completare progressivamente la dotazione organica dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC) fino al raggiungimento dello standard di un IFoC ogni 3.000 abitanti. Attualmente il numero degli IFoC già presenti è pari a 45 con un bacino di utenza medio di uno ogni 6.500 abitanti circa. L'ulteriore personale necessario al funzionamento delle CdC sarà reperito tramite aggiornamento del Piano assunzioni per la realizzazione degli standard previsti dal DM 77/2022.

Con riguardo all'*assistenza domiciliare integrata*, la Regione Molise storicamente ha un buon livello di erogazione delle cure domiciliari (nel 2019 ha preso in carico al domicilio circa il 6% della popolazione sopra i 65 anni) ed attualmente, le prestazioni sono garantite dall'ASReM attraverso un contratto triennale di appalto di servizio (stipulato nel giugno del 2021) che prevede una forte spinta tecnologica con l'utilizzo della telemedicina sia "*one to one*" che "*one to many*". La Regione si pone come obiettivo la presa in carico al domicilio,

nel 2025, del 10% della popolazione sopra i 65 anni obiettivo da raggiungere soprattutto mediante il potenziamento dei servizi di telemedicina (e riportando le cure domiciliari al sistema dell'autorizzazione e dell'accreditamento, con definizione degli standard per l'autorizzazione e l'accreditamento delle cure domiciliari).

Con riguardo agli *Ospedali di Comunità* (OdC), in Molise ne sono attivi due che saranno ristrutturati con Fondi PNRR (previsti nel DCA n. 25/2022) e rivolti a pazienti che necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica che richiedono assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio. Poiché il DM n. 77 del 2022 prevede un OdC dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti, la regione Molise prevede l'estensione progressiva di 0,4 posti letto per ogni 1.000 abitanti. Ogni OdC dovrà dotarsi del sistema informativo per la raccolta, il periodico aggiornamento dell'attività clinica ed assistenziale erogata, assicurando la tempestiva trasmissione dei dati a livello regionale per l'alimentazione del debito informativo nazionale (con i seguenti indicatori per il monitoraggio: tasso di ricovero della popolazione over 75 anni; tasso di ricovero in ospedale per acuti durante la degenza in OdC; tasso di riospedalizzazione a 30 giorni; degenza media OdC; degenza oltre le 6 settimane; numero pazienti provenienti dal domicilio; numero pazienti provenienti da ospedali).

Con riguardo all'accesso ai servizi ed alla presa in carico, la Regione Molise intende basare sulla progressiva attivazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) e delle Case della Comunità (CdC) la riprogettazione delle modalità di accesso ai servizi sanitari e sociosanitari ed il potenziamento delle modalità di presa in carico e di gestione degli assistiti. Con riguardo ai *Punti Unici di Accesso* (PUA) (obbligatori, secondo il DM 77/2022 nelle CdC hub e spoke), attualmente in Molise è attivo un servizio PUA per distretto (ma non pienamente integrato con la componente sociale). Il P.O., nel rinviare al documento unico di riorganizzazione della rete territoriale le azioni di sviluppo dell'integrazione sociosanitaria, prevede il potenziamento dei PUA in concomitanza con l'attivazione delle 13 CdC, ed il potenziamento della partecipazione degli assistiti sociali dei comuni nell'ambito delle Unità di valutazione multidimensionale (UVMD).

La Regione dichiara inoltre che intende attivare (mediante il rafforzamento della propria infrastruttura tecnologica ed informatica) tre Centrali Operative Territoriali (COT), aventi le funzioni e gli standard (organizzativi, strutturali e tecnologici) previsti dal DM 77/2022 e che saranno tra loro interconnesse "entro il primo gennaio 2024". La Regione prevede che l'attivazione delle COT aiuterà ASReM a migliorare la qualità, completezza e tempestività dei dati relativi all'assistenza territoriale, e migliorerà la capacità di presa in carico degli assistiti consentendo sia l'effettiva operatività dei PDTA approvati, sia di recuperare risorse in termini di appropriatezza.

Con riguardo all'attivazione del numero europeo armonizzato (NEA) 116117, la Regione afferma che tale servizio non sarà attivo entro il 2024 e sarà oggetto di specifici approfondimenti anche al fine di valutare la possibilità di attivare il servizio in accordo con le regioni limitrofe in considerazione del bacino di utenza di 1-2 milioni di abitanti previsto dal DM 77/2022.

Con riguardo all'*assistenza alle persone non autosufficienti*, il P.O. afferma che ad oggi è ancora complesso avere un quadro della popolazione non autosufficiente assistita dal sistema sanitario molisano. Risulta esserci una buona copertura regionale attraverso la presa in carico di pazienti in ADI (mediamente il 13-15% dei pazienti con patologie croniche e un CCI2 è rintracciabile nel flusso dell'ADI) e le cure palliative erogate sia attraverso la residenzialità nella struttura Hospice di 16 posti letto che con l'assistenza domiciliare per cure palliative. La situazione relativa all'assistenza residenziale e semiresidenziale è resa critica dalla limitatezza del numero dei posti letto. Per le prestazioni in regime residenziale, pur in presenza di un congruo numero di posti letto accreditati, si ha una limitata disponibilità dovuta ai vincoli di spesa che impediscono di contrattualizzare tutti i posti letto effettivamente disponibili; questa situazione è resa più complessa dalla elevata percentuale di esenzioni per reddito degli assistiti (quasi 41% della popolazione nel 2021) e dalla difficoltà delle amministrazioni comunali di coprire con i propri bilanci la quota di retta a carico dell'area sociale per le prestazioni che prevedono la quota a carico del cittadino. Con riferimento all'assistenza semiresidenziale, non risultano in regione strutture accreditate che permettano di erogare prestazioni in regime diurno.

La Regione Molise intende procedere, pertanto, ad attivare le procedure volte al reperimento di strutture semiresidenziali che saranno oggetto di autorizzazione ed accreditamento al fine dell'inserimento nella rete di offerta sanitaria e socio-sanitaria regionale. È inoltre prevista la rideterminazione delle tariffe per prestazioni residenziali e semiresidenziali alle persone non autosufficienti e disabili. A questo proposito, si ricorda che con DCA n. 3/2022 sono stati definiti i limiti massimi di spesa delle prestazioni sanitarie afferenti alla macroarea della riabilitazione e dell'assistenza sociosanitaria erogate dagli operatori privati accreditati e acquisibili dal SSR per l'anno 2022. Inoltre, il quadro di contesto, propedeutico allo sviluppo ed alla simulazione del modello di stima dei fabbisogni e l'analisi dei consumi effettivi, è reso difficoltoso dall'assenza di un flusso informativo specifico che permetta il tracciamento dei volumi di assistenza ricevuta dai residenti in termini di utenti e prestazioni. I dati disponibili risentono della mancanza di un flusso di gestione e monitoraggio dei Piani riabilitativi individuali e dei Piani di Assistenza dei pazienti afferenti all'area della non autosufficienza e della disabilità.

Con riguardo alla *specialistica ambulatoriale*, il P.O. afferma che la progettazione del sistema di offerta dei servizi specialistici regionali deve risultare calibrata sul fabbisogno di prestazioni annue e sulla capacità del sistema pubblico (attrezzature, spazi, personale) di rispondere tempestivamente alla domanda dell'utenza, appoggiandosi su un sistema tariffario regionale, elaborato in relazione alla specificità delle prestazioni erogate nonché alle dinamiche dell'offerta e della domanda. Il delta (non erogabile) tra offerta sanitaria pubblica e fabbisogno dell'utenza esterna (regionale ed extra regionale) dovrà essere assicurato attraverso il ricorso al privato accreditato. Viene dunque ritenuta "essenziale" l'indagine preventiva del fabbisogno espresso dalla popolazione in considerazione dell'attuale "dimensionamento" delle strutture pubbliche e private, alla loro collocazione geografica ed al grado di specializzazione. A questo fine la Regione Molise intende procedere ad una definizione del fabbisogno per il triennio 2022/2024 sulla base delle prestazioni speciali-

stiche ambulatoriali erogate nel corso dell'esercizio 2021 e distinte tra: prestazioni erogate nell'ambito del sistema pubblico su residenti; prestazioni erogate nell'ambito del sistema privato su residenti; prestazioni in mobilità attiva a pazienti extra regionali; prestazioni in mobilità passiva a pazienti residenti in Molise, erogate presso strutture di altre regioni. In particolare, verranno attivate azioni nei confronti sia dell'ASReM<sup>1</sup> che del privato accreditato<sup>2</sup>.

Con riguardo alla *rete territoriale dei servizi di salute mentale*, organizzata a partire dalla Legge Regionale per la Tutela della Salute Mentale n. 30/2002 (e successivi atti regolamentari), il P.O. ricorda che l'Accordo Stato-Regioni del 17.10.2013 (recepito dalla Regione Molise con Delibera di Giunta n. 109 del 18.03.2014) pone l'obiettivo prioritario della *"Differenziazione dell'offerta di residenzialità per livelli di intensità riabilitativa"*, al fine di promuovere *"una residenzialità funzionale a percorsi individualizzati e strutturata sia per intensità di trattamento (dal trattamento intensivo al sostegno socio riabilitativo) sia per programmi e tipologie di intervento correlati alla patologia ed alla complessità dei bisogni"*.

In Molise, la materia, negli ultimi anni, è stata oggetto di contenziosi con le strutture private accreditate, i cui esiti hanno portato all'annullamento degli adottati Documenti di programmazione regionale. Il P.O. afferma che la revisione dell'organizzazione della residenzialità va vista come un intervento collocato in un contesto in cui il sistema pone al centro il progetto di vita della persona affetta da patologia psichiatrica, integrando la gestione delle risorse economiche, delle istituzioni, delle famiglie, della comunità locale, dentro una logica collaborativa e abilitante.

La riorganizzazione delle strutture della rete di residenzialità psichiatrica prevederà da un lato, la riconduzione dell'offerta esistente agli standard nazionali, e dall'altro, la ricollocazione dei pazienti attualmente ospitati presso le strutture che saranno interessate alla riorganizzazione, secondo un percorso assistenziale personalizzato, accompagnato dalle equipe multidisciplinari delle Unità di Valutazione Multidimensionale. Con il nuovo modello assistenziale i pazienti non più necessitanti di riabilitazione psichiatrica ad alta intensità assistenziale potranno avere a disposizione nuove strutture di residenzialità cosiddetta

---

<sup>1</sup> Azioni di *assessment* nei confronti di ASReM: analisi della capacità produttiva di ASReM in termini di forza lavoro impegnata al fine di verificare la necessità di un potenziamento della dotazione organica per far fronte alla domanda di pazienti residenti; *assessment* tecnologico sulle attrezzature presenti in Azienda e sulla relativa capacità produttiva cui sono correlate le attività di potenziamento tecnologico previste con il PNRR; valutazione della produzione ASReM nei confronti dell'utenza esterna nonché delle attività di "servizio" dedicate dai reparti ospedalieri a pazienti ricoverati (c.d. prestazioni intermedie); valutazione della domanda e della offerta di prestazioni di radioterapia, attualmente erogate in regione da un'unica struttura accreditata.

<sup>2</sup> Azioni nei rapporti con gli erogatori privati: valutazione della complessiva capacità produttiva dei privati regionali per branca di erogazione, anche in relazione alla specializzazione dei centri privati regionali; individuazione delle eventuali branche di offerta privata nei confronti delle quali ASReM presenta una capacità produttiva carente, al fine di valutare se acquistare parte della produzione verso pazienti regionali non soddisfatta da ASReM; accordi con i fornitori per regolare l'eventuale erogazione delle prestazioni verso i pazienti regionali; definizione di accordi di confine per regolare la mobilità passiva extra regionale nei confronti delle regioni confinanti che presentano saggi di attrazione maggiori.

“leggera” ossia socio-riabilitativa; inoltre, per i pazienti che presentino date caratteristiche, è previsto, tramite la disposizione di appositi piani, il graduale reinserimento nella vita sociale. La diversificazione dell’offerta di residenzialità psichiatrica verrà attuata attraverso la riorganizzazione per livelli di intensità di intervento terapeutico-riabilitativo delle attuali strutture consentendo una rimodulazione dei posti letto sulla base dell’effettiva domanda sanitaria e sociosanitaria. Saranno potenziati, i Centri diurni con aumento dei posti. I bisogni psicogeriatrici e di disabilità intellettiva, attualmente di competenza del Dipartimento di Salute Mentale, saranno ricondotti nell’alveo dell’assistenza distrettuale, dando l’opportunità di sopperire al fabbisogno di posti letto psichiatrico non soddisfatto in regione per portatori di doppia diagnosi, disturbi di personalità ed autori di reato che sono oggetto di forte mobilità passiva.

All’interno dell’Area della Salute Mentale, sono presenti i Servizi per le Dipendenze (Ser.D.).

Per quanto riguarda la presenza di strutture terapeutiche residenziali, in ambito regionale sono presenti quattro strutture, di cui tre accreditate ed una autorizzata, articolate in diverse tipologie sulla base delle caratteristiche dell’utenza trattata e dei programmi terapeutici offerti, generalmente integrati con quelli erogati dai servizi ambulatoriali. Non sono presenti strutture semiresidenziali diurne. È intenzione della Regione Molise assicurare l’attività di prevenzione delle Dipendenze attraverso l’azione progettuale e mirata dei Ser.D, anche attraverso l’impiego di risorse nazionali specifiche extra dotazione ordinaria. La Regione Molise si propone un potenziamento della Rete dei Servizi per la diagnosi, la cura e la presa in carico globale della persona autistica. Ciò anche attraverso la promozione e lo sviluppo di un sistema integrato dei servizi sanitari, sociali ed educativi, progetti formativi per l’aggiornamento delle figure professionali afferenti l’ambito sanitario, sociale ed educativo sia nell’età evolutiva che adulta. A questo fine nel Servizio di Neuropsichiatria Infantile a valenza regionale verrà strutturato un Nucleo Funzionale Autismo (NFA), équipe multidisciplinare di operatori con formazione e competenze specifiche nell’ambito della diagnosi precoce e dell’intervento nei disturbi dello spettro autistico. Il P.O. riconosce che l’assenza di una risposta dedicata semiresidenziale e residenziale per persone autistiche in età evolutiva ed adulte con grave disabilità rappresenta un importante nodo critico della rete. Sul territorio regionale, attualmente, non sono presenti Centri Specialistici per soggetti autistici accreditati con il SSR. Si rende necessario, pertanto, prevedere interventi atti a garantire una risposta ai bisogni espressi attraverso la individuazione di strutture rispondenti agli standard assistenziali ed organizzativi.

Con riguardo alle *cure palliative ed alla terapia del dolore*, il P.O. rileva che tali cure “escono dall’orizzonte temporale del fine vita, estendendo il loro ambito di applicazione alle fasi precoci della malattia inguaribile a evoluzione sfavorevole”. Il DPCM LEA prevede l’erogazione delle cure palliative in diversi setting assistenziali. L’ASReM garantisce l’offerta di cure palliative a livello sovradistrettuale attraverso l’Unità Operativa di Cure Palliative e Terapia del dolore cui afferiscono tutti i malati candidati a palliazione, verso i quali svolge attività di gestione e programmazione del percorso, garantendo la continuità assistenziale tra ospedale, le cure domiciliari e le strutture residenziali idonee, in particolare nell’Hospice regionale. Allo stato attuale è attivo nell’ASReM un unico Hospice, dotato di 16

posti letto e 2 posti di day Hospice (valori approssimativamente in linea con il rapporto di 1 posto letto ogni 56 deceduti a causa di tumore, individuato dal Decreto di febbraio 2007, n. 43, Regolamento recante “*Definizione degli standard relativi all’assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo*”). Il P.O. prevede: a) l’allineamento agli standard qualitativi e quantitativi minimi delle strutture dedicate alle cure palliative e della Rete di assistenza ai pazienti terminali (come fissati dal DM n. 43/2007); b) l’elaborazione ed attuazione di specifici protocolli formalizzati per tutte le fasi del trattamento in cure palliative, dai presupposti etici, al trattamento dei sintomi clinici fino alla elaborazione del lutto da parte dei familiari; l’adozione di programmi formalizzati per la formazione del personale, dei caregiver domiciliari e di programmi finalizzati alla comunicazione ed alla informazione in cure palliative.

Con riguardo alla *sanità penitenziaria*, il principio guida è l’adeguamento della rete dei servizi sanitari penitenziari al modello di assistenza sanitaria territoriale previsto per i cittadini liberi. La pianificazione regionale dei servizi destinati alla presa in carico dei detenuti che necessitano di particolare impegno assistenziale sarà orientata in base al modello organizzativo delle reti cliniche integrate (“*Hub & Spoke*”) identificati in base alla tipologia di assistenza (di base, tipo spoke, tipo hub). Il funzionamento del *sistema di Rete* è garantito, dal punto di vista operativo, dalla figura del Coordinatore Regionale della rete dei servizi sanitari in ambito penitenziario. L’organizzazione del Servizio è attribuita ad una Struttura della ASReM (SSTSC), che garantisce l’erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi e cura all’interno degli istituti penitenziari presenti sul territorio regionale, in conformità ai principi definiti dalle linee di indirizzo regionali e nazionali per gli interventi del S.S.N. a tutela della salute dei detenuti e degli internati.

L’ASReM intende avviare l’informatizzazione dell’Assistenza Sanitaria in ambito penitenziario, attraverso l’adozione della Cartella Informatizzata (HTH) per la gestione del Diario Clinico e della Documentazione Sanitaria in tutti i distretti presenti negli Istituti di pena del Molise, favorendo l’eliminazione del cartaceo, il controllo della gestione e l’analisi dei costi.

Lo stato di realizzazione e il funzionamento della rete regionale avverrà attraverso il monitoraggio da parte dell’Osservatorio Regionale sulla Sanità Penitenziaria (istituito con DGR Molise n. 1326/2008 e s.m.i.) con il quale verrà verificato lo stato dell’offerta sanitaria negli Istituti Penitenziari del Molise. È inoltre prevista l’adozione di un piano formativo per la Sanità Penitenziaria mediante stipula di convenzione per la Formazione del personale di Polizia Penitenziaria mediante l’attivazione di corsi BLS.

3. In conclusione deve rilevarsi che l’attuazione del d.m. n. 77 del 2022 nella Regione Molise appare ancora tutta da realizzare. Il PO appare fortemente deficitario e molte delle concrete decisioni che il d.m. n. 77 rimette alla regione sono tutte da assumere.

