



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

PIANO NAZIONALE RIPRESA E RESILIENZA

Missione 6 Componente 1

**Reti di prossimità, strutture e telemedicina
per l'assistenza sanitaria territoriale**

DM 71:

MODELLI E STANDARD PER LO SVILUPPO DELL'ASSISTENZA NEL TERRITORIO

16ª edizione del Forum Risk Management in Sanità

Domenico Mantoan

Casa della Comunità

Standard:

1 Casa della Comunità Hub ogni 40.000 – 50.000 abitanti

- **Organizzazione capillare** su tutto il territorio
 - Struttura fisica in cui opera un **équipe multiprofessionale** di:
 - MMG e PLS
 - Medici specialisti
 - Infermieri di Famiglia e Comunità
 - Altri professionisti della salute
 - Può ospitare anche assistenti sociali
- Punto di **referimento continuativo per la popolazione** che permette di garantire la presa in carico della comunità di riferimento anche attraverso
 - Una infrastruttura informatica
 - Un punto prelievi
 - La strumentazione polispecialistica e diagnostica di base



**VERRANNO REALIZZATE 1350 CASE DELLA
COMUNITÀ HUB CON I FONDI PNRR**



Casa della Comunità



Standard minimi che deve avere una Casa della Comunità hub:

Servizi	Casa della Comunità hub
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
Integrazione con i Servizi Sociali per la cronicità	obbligatorio
Partecipazione della Comunità e valorizzazione co-produzione	obbligatorio
Presenza medica	obbligatorio h24, 7/7 gg
Presenza infermieristica	obbligatorio h12, 7/7 gg fortemente raccomandato h24, 7/7 gg
Servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicità	obbligatorio
Continuità Assistenziale	obbligatorio
Punto prelievi	obbligatorio
Servizi Sociali alla persona e alla famiglia	fortemente raccomandato
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	raccomandato
Medicina dello sport	raccomandato
Attività Consultoriali	raccomandato
Programmi di screening	facoltativo
Vaccinazioni	facoltativo

Casa della Comunità

Casa della Comunità Hub

Modello organizzativo e personale

- **30-35 MMG afferenti**
 - 2 ore/settimana per MMG
 - Apertura ambulatorio h 12 – 6 giorni su 7
- **Continuità assistenziale**
 - Apertura ambulatorio: notturno e festivi h 24 - 7 giorni su 7
- **10-15 ambulatori**
 - 10-20 MMG afferenti svolgono attività ambulatoriale per i propri assistiti
- **8-12 infermieri di Famiglia e Comunità:**
 - 1 coordinatore
 - 2-3 IFeC per le attività ambulatoriali della CdC
 - 1-2 IFeC per le attività di triage e valutazione dei bisogni di salute
 - 4-6 IFeC per l'assistenza domiciliare di base, per le attività di prevenzione e teleassistenza
- **5-8 unità di personale di supporto (amministrativo, tecnico e sanitario)**
 - Apertura PUA: 8.00-18.00 – 6 giorni su 7
 - Altri servizi all'utenza anche sanitari



Centrale Operativa Territoriale

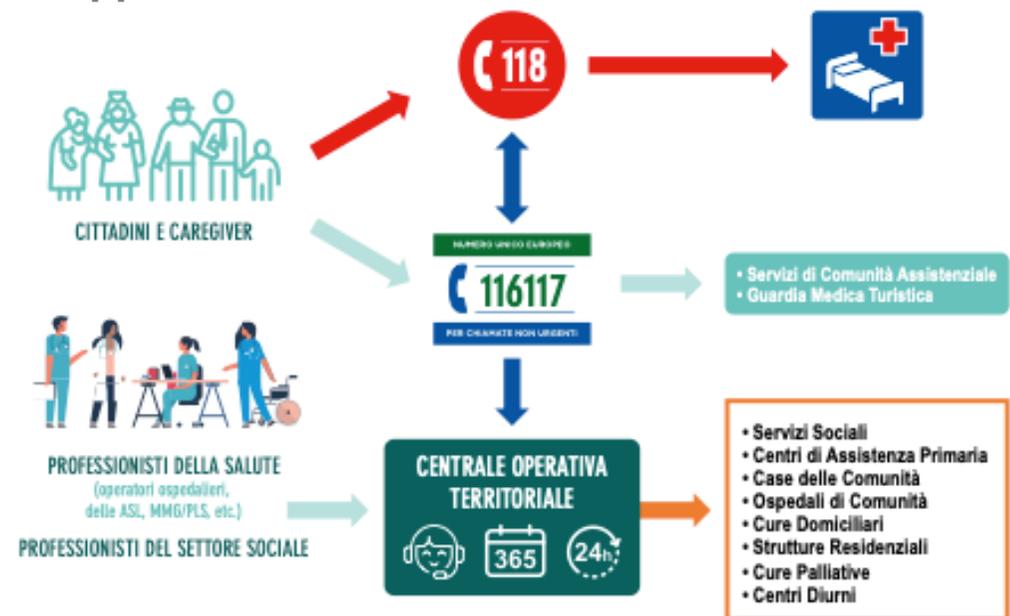


VERRANNO REALIZZATE 600 CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI CON I FONDI PNRR

Standard: 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il distretto abbia un bacino di utenza maggiore

Standard minimo di personale: di 1 COT per 100.000 abitanti: 5-6 infermieri, 1-2 unità di personale di supporto

La Centrale Operativa Territoriale è un modello organizzativo innovativo 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 dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.



Assistenza Domiciliare

Standard da Riforma:

10% della popolazione over 65

Modello organizzativo

Il servizio è garantito attraverso la presenza di **personale sanitario** (infermieri, OSS, tecnici e medici) **7 giorni su 7 e 24 ore su 24** nelle modalità indicate dalla normativa nazionale e regionale vigente, ivi compresi i servizi di telemedicina nelle modalità e forme previste.

La programmazione degli accessi dei professionisti sanitari a domicilio dovrà essere sviluppata nell'arco dell'intera settimana, tenendo conto della complessità clinico-assistenziale dei pazienti.

La Telemedicina a supporto dei pazienti con patologie croniche

Promuovere e finanziare lo sviluppo e la diffusione di **nuovi progetti e soluzioni di telemedicina** all'interno dei **sistemi sanitari regionali**

Obiettivi generali



Incentivare l'adozione della telemedicina durante tutto il percorso di cura con particolare attenzione ai casi cronici

Assicurarsi che le soluzioni di telemedicina si integrino con l'ecosistema digitale sanitario e in particolare con FSE

Misurare gli interventi e incentivare quelli migliori perché estendano i loro servizi a più regioni del SSN

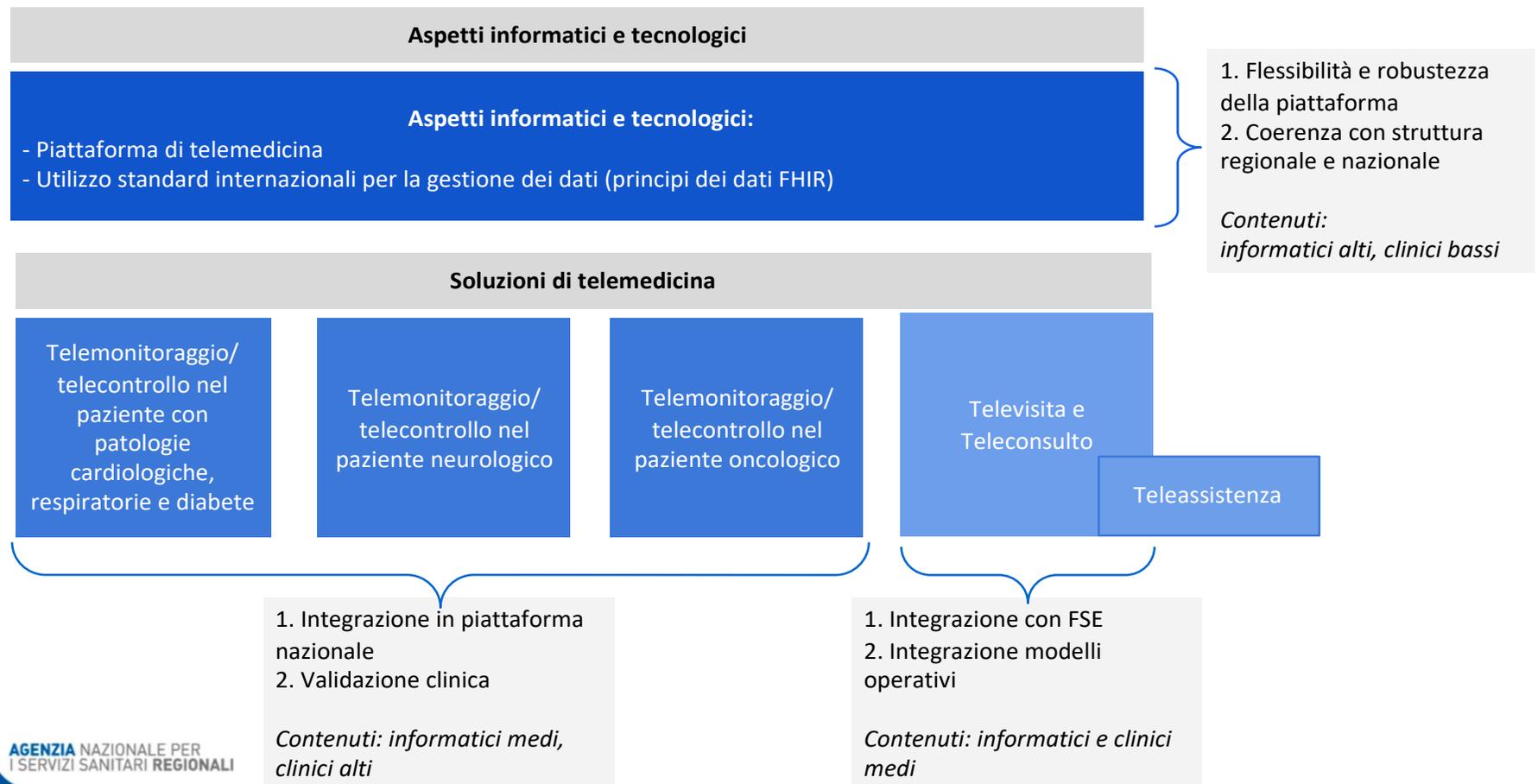
Target europei del PNRR

Q4 – 2023 Almeno un progetto per regione/PA

Q4 – 2025 Almeno 200.000 persone assistite con la telemedicina

La Telemedicina a supporto dei pazienti con patologie croniche

Componenti dell'investimento e fattori di successo



La Telemedicina a supporto dei pazienti con patologie croniche

2026

● Integrazione delle soluzioni di **Telemedicina** (televisita, teleconsulto, telemonitoraggio, telecontrollo e teleassistenza) **nel Servizio Sanitario Nazionale.**

○ Flussi di dati amministrativi e clinici

○ Interoperabilità semantica

○ Valore predittivo per la presa in carico della comunità

Ulteriori progettualità

○ Portale della Trasparenza

○ Progetto Pilota di Intelligenza Artificiale nell'assistenza primaria

La Telemedicina a supporto dei pazienti con patologie croniche

Regioni e Province Autonome	Popolazione (Fonte: Istat)	Piattaforma e Supporto operativo	Servizi di Telemedicina
Piemonte	4.311.217		49.136.000 €
Valle d'Aosta	125.034		1.406.000 €
Lombardia	10.027.602		111.888.000 €
Trento	532.644		5.772.000 €
Bolzano	545.425		6.068.000 €
Veneto	4.879.133		54.686.000 €
FVG	1.206.216		13.838.000 €
Liguria	1.524.826		17.760.000 €
ER	4.464.119		50.320.000 €
Toscana	3.692.555		42.032.000 €
Umbria	870.165	260.000.000 €	9.916.000 €
Marche	1.512.672		17.168.000 €
Lazio	5.755.700		64.010.000 €
Abruzzo	1.293.941		19.388.000 €
Molise	300.516		4.514.000 €
Campania	5.712.143		82.140.000 €
Puglia	3.953.305		58.312.000 €
Basilicata	553.254		8.214.000 €
Calabria	1.894.110		27.824.000 €
Sicilia	4.875.290		71.410.000 €
Sardegna	1.611.621		24.198.000 €
Italia	59.641.488		740.000.000 €

Infermiere di Famiglia e Comunità



Standard

Almeno 1 IFeC ogni 2000-3000 abitanti.

Tale standard è da intendersi come numero complessivo di Infermieri di Famiglia e Comunità impiegati nei diversi setting assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola.

Definizione



Professionista di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera, perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona.

Unità di Continuità Assistenziale

Standard

Almeno 1 medico e 1 infermiere ogni 100.000 abitanti

Definizione

L'Unità di Continuità Assistenziale è un'équipe mobile distrettuale per la gestione di situazioni e condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e di comprovata difficoltà operativa di presa in carico sia a di singoli individui che a di comunità.

Funzioni

- Supporta - per un tempo definito - professionisti responsabili della presa in carico del paziente e della comunità;
- Attivata per **condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità** e comprovata difficoltà operativa di presa in carico;
- Dotata di un sistema integrato comprendente una moderna infrastruttura di **telemedicina** collegata alle Centrali Operative Territoriali, anche per attivare il teleconsulto;
- Sede operativa: *CdC hub*



Centrale Operativa 116117

Standard

almeno 1 Centrale Operativa NEA 116117 ogni **1-2 milioni** di abitanti o comunque a valenza regionale (se con popolazione inferiore allo standard), incrementabile sulla base della numerosità della popolazione. La Centrale raccoglie le chiamate di uno o più distretti telefonici in funzione delle dimensioni dei distretti stessi e delle modalità organizzative delle Regioni/PA.

Modello organizzativo

la Centrale Operativa 116117 - sede del Numero Europeo Armonizzato per le cure mediche non urgenti - offre un servizio telefonico gratuito alla popolazione attivo 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 per tutte le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a bassa intensità assistenziale.

Ospedale di Comunità

Standard: 1 OdC (20 PL)



ogni 50.000-100.000 abitanti

Standard minimo di personale di 1 OdC (20 PL):



9-10 infermieri

1-2 unità di personale di supporto (sanitario e amministrativo)

6 operatori sociosanitari

1 medico per almeno 4,5 ore al giorno 7 giorni su 7

Intesa Stato-Regioni del 20 febbraio 2020:



- **Strutture sanitarie** della rete territoriale a ricovero breve e destinate a pazienti che necessitano interventi sanitari a bassa intensità clinica
- **Strutture intermedie** tra la rete territoriale e l'ospedale, di norma dotati di 20 posti letto (max. 40 posti letto)
- Struttura a **gestione prevalentemente infermie**



**VERRANNO REALIZZATI 400 OSPEDALI
DI COMUNITÀ CON I FONDI PNRR**

La Rete delle Cure Palliative

Definizione

La rete delle cure palliative è costituita da **servizi e strutture** in grado di garantire la **presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, domiciliare e in hospice**. I servizi della rete garantiscono cure e assistenza a favore di **persone affette da patologie ad andamento cronico, evolutivo e a prognosi infausta** per le quali non esistono terapie o se esistono sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita.

Standard

1 Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCP – DOM) ogni **100.000** abitanti

1 Hospice con almeno 10 posti letto ogni **100.000** abitanti.





Servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie

Standard

almeno 1 consultorio ogni **20.000** abitanti con possibilità di 1 ogni 10.000 nelle aree interne e rurali

Definizione

Struttura aziendale **a libero accesso e gratuita**, deputata alla **prevenzione, promozione della salute, consulenza e cura rivolte alla donna, al minore, alla famiglia in senso ampio**, in linea con le evoluzioni sociali correnti e al contesto comunitario di riferimento dei predetti.

Modello organizzativo

L'attività consultoriale può svolgersi all'interno delle Case della Comunità, privilegiando soluzioni logistiche che tutelino la riservatezza.

Prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico

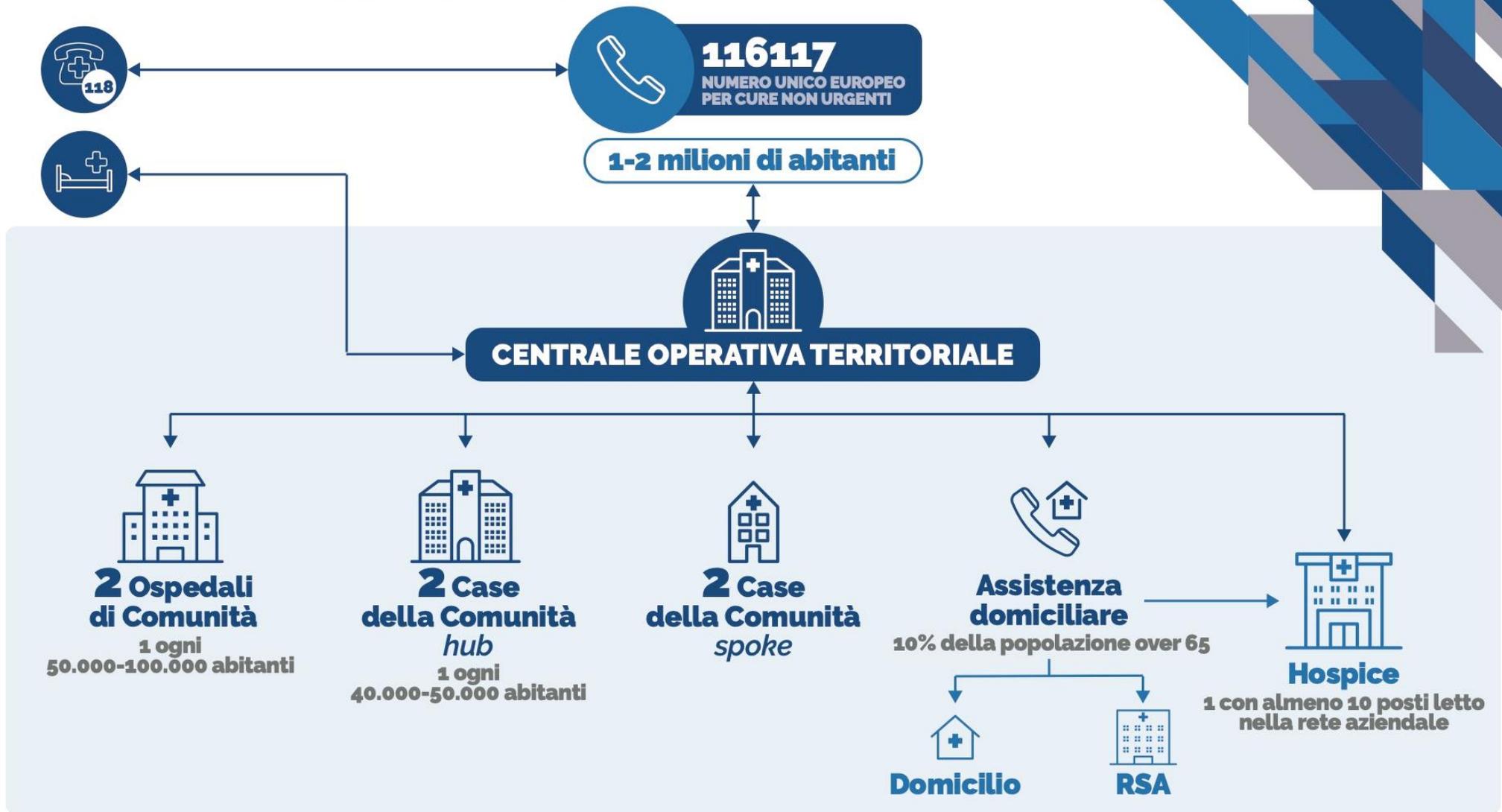
Standard

1 Dipartimento di Prevenzione ogni **500.000** abitanti (necessario per mantenere efficienza organizzativa e conoscenza del territorio che ha identità, omogeneità culturale e socioeconomica imprescindibili nell'azione preventiva).

Definizione

Promuove azioni volte a individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale, mediante iniziative coordinate con i distretti e con i dipartimenti dell'azienda sanitaria locale e delle aziende ospedaliere, prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline.

Agisce in stretto **raccordo con il Distretto** e in **collaborazione con le Case della Comunità, i Dipartimenti di Salute mentale e delle Dipendenze e gli altri servizi della rete sociosanitaria territoriale** per l'invio a interventi strutturati e per la modifica dei comportamenti a rischio.



Il Distretto: funzioni e standard



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

PIANO NAZIONALE RIPRESA E RESILIENZA

Missione 6 Componente 1

**Reti di prossimità, strutture e telemedicina
per l'assistenza sanitaria territoriale**

Il Futuro dell'assistenza sanitaria territoriale



- La **casa come luogo di cura** sfruttando l'innovazione tecnologica
- Assistenza **integrata, multidisciplinare e multiprofessionale**
- **Offerta dei servizi diversificata** in grado di rispondere al cambiamento dei bisogni di salute della popolazione anche grazie alla telemedicina
- **Assistenza personalizzata**, dalla prevenzione al trattamento, anche grazie all'utilizzo di big data e sistemi di intelligenza artificiale di supporto
- Promozione di servizi **sanitari vicini al cittadino** e facilmente accessibili
- **Empowerment** del cittadino dentro e fuori i luoghi di cura