

XIII° CONGRESSO NAZIONALE CASE MANAGEMENT Una scelta coerente con il PNRR

Missione 6 del PNRR e continuità delle cure
Relatore: Elena Carnevali

II PNRR

Il **PNRR** fa parte del programma dell'Unione Europea noto come **Next Generation EU** (NGEU), un fondo che prevede investimenti e riforme per:

- accelerare la **transizione ecologica e digitale**;
- **migliorare la formazione** delle lavoratrici e dei lavoratori;
- conseguire una **maggiore equità di genere, territoriale e generazionale**.

Tale fondo da **750 miliardi di euro** (noto anche come **Recovery Fund**) assegna **all'Italia un totale di 191,5 miliardi di Euro**.

Il PNRR rappresenta quindi il motore per la programmazione degli **investimenti** e delle **riforme** che l'Italia prevede di attuare **entro il 2026**.

PNRR: Missioni

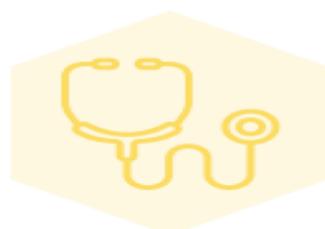
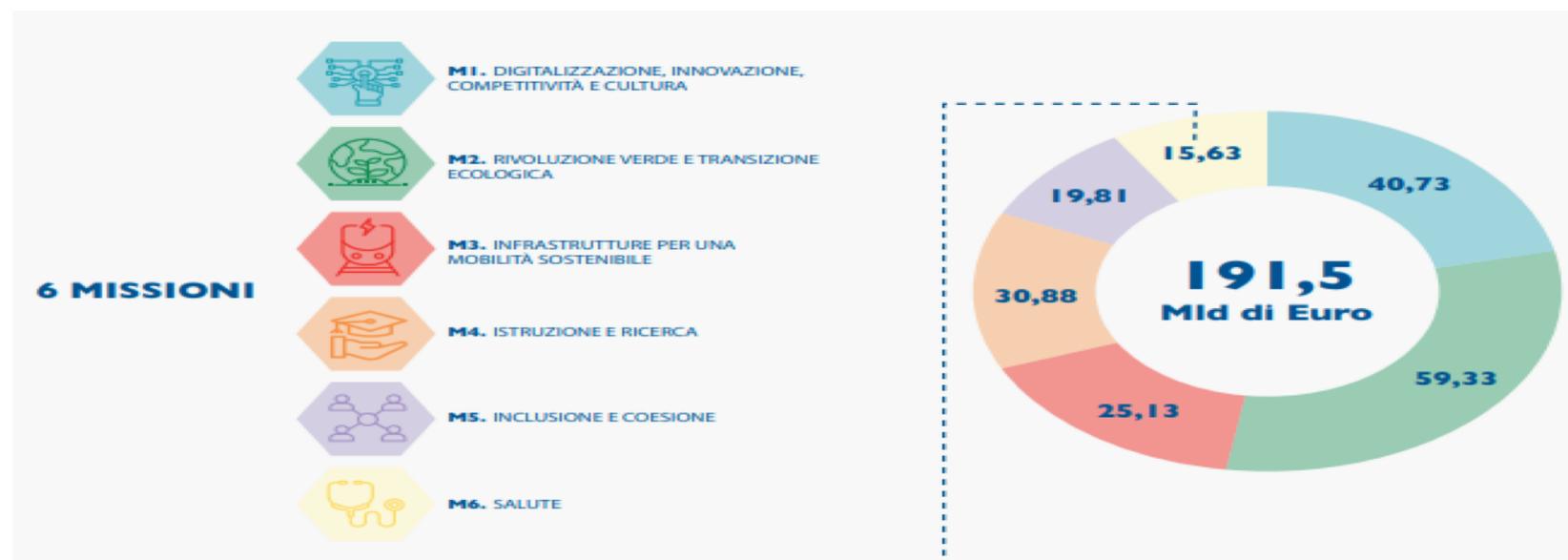
Il piano si articola in **6 Missioni**, ciascuna delle quali caratterizzata da **Componenti** (in totale 16), a loro volta articolate in **Investimenti** con il corrispettivo importo assegnato.

Le 6 Missioni del Piano sono:

1. Digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo;
2. Rivoluzione verde e transizione ecologica;
3. Infrastrutture per una mobilità sostenibile;
4. Istruzione e ricerca;
5. Inclusione e coesione;
6. **Salute.**

All'interno della **Missione 6 "Salute"** Componente 1 (M6C1) "**Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale**" cui sono stati destinati **7 miliardi di euro**, sono state individuate **3 linee di investimento da attuare entro la metà del 2026**.

6 Missioni (M) articolate in Componenti (C) a loro volta strutturate in Investimenti tra cui Riforma 1 della M6C1 - Piani Urbani Integrati (PNRR, 2021).



**15,63
TOTALE**

M6C1 - RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE

7,00

M6C2 - INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

8,63

**7,00
Mld
totale**

QUADRO DELLE MISURE E RISORSE (MILIARDI DI EURO):

Ambiti di Intervento/Misure	Totale
Riforma 1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e Rete nazionale della salute, ambiente e clima	-
Investimento 1: Case della Comunità e presa in carico della persona	2,00
Investimento 2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina	4,00
Investimento 3: Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)	1,00

Missione 6, Salute: obiettivi generali

- **Incremento dell'assistenza domiciliare**, con grande attenzione per le patologie croniche e le persone non autosufficienti. **Potenziamento delle strutture e dei presidi territoriali** come le Case della Comunità e gli Ospedali della Comunità. **Incremento della telemedicina**, delle cure intermedie e dell'integrazione tra i servizi.
- **Rinnovamento e ammodernamento delle strutture digitali e ammodernamento del parco tecnologico ospedaliero.** Potenziamento ed estensione a tutta la penisola del **fascicolo sanitario elettronico (FSE)**.
- **Investimento su ricerca scientifica e rafforzamento competenze del personale del Ssn.**
- **Riforma della non autosufficienza** per rispondere ai diversi bisogni degli anziani che si presentano con l'invecchiamento, favorendo percorsi di autonomia in un contesto deistituzionalizzato.

Per l'attuazione di tali obiettivi, sono stati quindi successivamente emanati decreti nazionali di supporto come il **DM 77/22 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale"** pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 144 del 22 Giugno 2022 e la sottoscrizione del **Contratto Istituzionale di Sviluppo** tra il Ministero della Salute e Regione Lombardia in data 31 Maggio 2022.

Missione 6, Salute: componenti

Componente 1: Potenziamento dell'assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale (7 miliardi)

Riforma: DM 77/22 Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale

- Investimento 1: **Case della Comunità e presa in carico della persona** (2,00 mld);
- Investimento 2: **Casa come primo luogo di cura, assistenza domiciliare e telemedicina** (4,00 mld);
- Investimento 3: **Sviluppo delle cure intermedie – Ospedali di Comunità** (1,00 mld).

Missione 6. Salute: componenti

Componente 2: Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale (8,63 mld)

- **Riforma: Riorganizzare la rete degli IRCCS.**

Investimento 1: Aggiornamento tecnologico e digitale (7,36 mld):

- **Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta dati, elaborazione dati, analisi dati e simulazione (1,67 mld);**
- **Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (4,05 mld); incremento PL, Terapia Intensiva e Semi-intensiva; Ammodernamento DEA – 1 e 2 livello;**
- **Verso un ospedale sicuro e sostenibile (1,64 mld);**

Investimento 2: Formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico (1,26 mld):

- **Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN (0,52 mld);**
- **Sviluppo delle competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario (0,74 mld).**

Spese destinate alle risorse umane

Inoltre, la cornice del PNRR, si è arricchita dell'entrata in vigore dell'articolo 1, comma 274, della legge di bilancio 30 dicembre 2021, n. 234, per il raggiungimento degli standard previsti, riferiti alla spesa per il personale dipendente e per il personale convenzionato, e nel quale è stata autorizzata, a valere sul finanziamento del Servizio sanitario nazionale, la spesa di:

- 90,9 milioni di euro per l'anno 2022;
- 150,1 milioni di euro per l'anno 2023;
- 328,3 milioni di euro per l'anno 2024;
- 591,5 milioni di euro per l'anno 2025;
- 1.015,3 milioni di euro a decorrere dall'anno 2026.

P.S. Queste risorse sono state stanziato al di fuori dei tetti di spesa per assunzione di personale attuale.

Sviluppo dell'assistenza territoriale: principi cardine

Il SSN persegue, mediante le **attività distrettuali**, la pianificazione, il rafforzamento e la valorizzazione dei servizi territoriali, in particolare, il nuovo modello di assistenza sul territorio si muove quindi su quattro principi cardine:

- **Medicina di popolazione**, che ha come obiettivo la promozione della salute della popolazione di riferimento;
- **Sanità di Iniziativa**, modello assistenziale di gestione delle malattie croniche fondato su un'assistenza proattiva all'individuo;
- **Stratificazione della popolazione per profili di rischio**, attraverso algoritmi predittivi;
- **Progetto di salute**, uno strumento di programmazione, gestione e verifica che associa la stratificazione della popolazione alla classificazione del "bisogno di salute" indentificando gli standard essenziali delle risposte cliniche socioassistenziali, diagnostiche, riabilitative e di prevenzione.

Sviluppo dell'assistenza territoriale: attuazione

Tali principi si sviluppano attraverso:

- Le **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;
- il **potenziamento delle cure domiciliari** affinché la casa possa diventare il luogo privilegiato dell'assistenza;
- l'**integrazione tra assistenza sanitaria e sociale** e lo **sviluppo di equipe multiprofessionali** che prendano in carico la persona in modo olistico, attraverso il progetto di salute, con particolare attenzione alla salute mentale e alle condizioni di maggiore fragilità ("Planetary Health");
- I **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;
- la **valorizzazione della co-progettazione** con gli utenti, la valorizzazione della partecipazione di tutte le risorse della comunità nelle diverse forme e il coinvolgimento dei diversi attori locali (Aziende Sanitarie Locali, Comuni e loro Unioni, professionisti, pazienti e loro caregiver, associazioni/organizzazioni del Terzo Settore, ecc.);
- le **farmacie convenzionate con il SSN** e le attività delle cosiddette «farmacie dei servizi».

Distretto

Distretto di circa 100.000 abitanti, con variabilità secondo criteri di densità di popolazione e caratteristiche orografiche del territorio.

La programmazione del Distretto deve prevedere i seguenti standard:

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. 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;

Infermiere di Famiglia o Comunità ogni 3.000 abitanti. Tale standard è da intendersi come numero complessivo di Infermieri di Famiglia o Comunità impiegati nei diversi setting assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola;

Unità di Continuità Assistenziale (1 medico e 1 infermiere) ogni 100.000 abitanti;

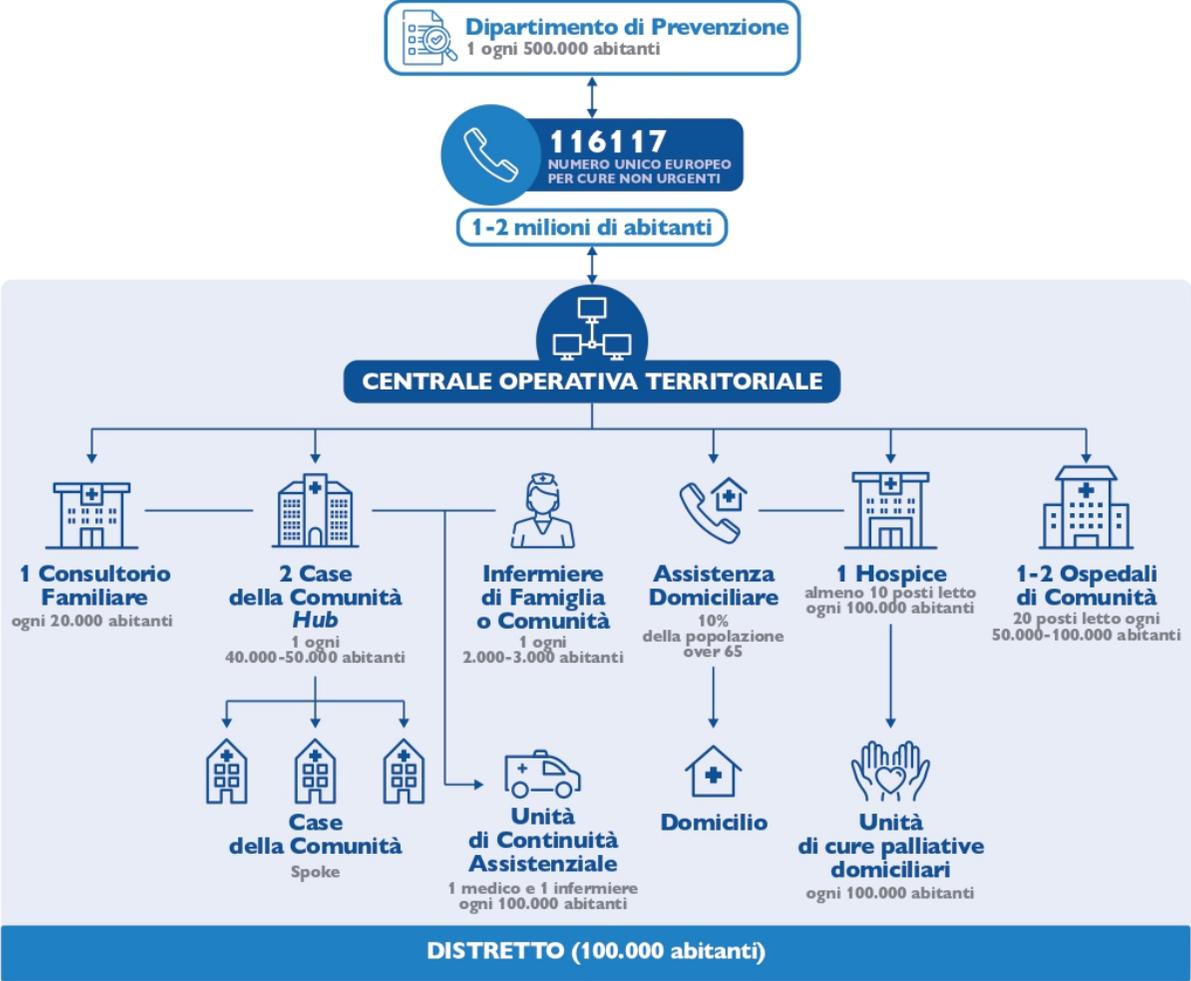
1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore;

1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti.

Direttore di Distretto responsabile della gestione dei percorsi assistenziali integrati con i professionisti del territorio dell'ospedale.

Il Distretto garantisce inoltre una risposta assistenziale integrata sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali per determinare una efficace presa in carico della popolazione di riferimento. Al fine di svolgere tali funzioni la conoscenza dei bisogni di salute della popolazione di riferimento risulta centrale e rientra pertanto tra le attività del Distretto.

Schema di sintesi dell'organizzazione del Distretto e delle relazioni tra la CdC, OdC e COT



Case della comunità HUB e Spoke

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

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.

Standard di personale per 1 Casa di Comunità hub 7-11 Infermieri, 1 assistente sociale, 5-8 unità di Personale di Supporto (Sociosanitario, Amministrativo).

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'attività, infatti, deve 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.

CdC Hub: professionisti

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 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 (1 coord. Infermieristico, 2/3 IFoC per attività ambulatoriali, 1/2 IFoC per attività di triage e bisogni, 1/6 per A.D., prevenzione, teleassistenza) e altre figure sanitarie e socio sanitarie);
- **Presenza medica** h24 /7 gg (Hub) anche attraverso l'integrazione della Continuità Assistenziale; **presenza infermieristica** h12 - 7 giorni su 7.

CdC Hub: servizi

- **Punto Unico di Accesso** (PUA) sanitario; **Punto prelievi**; **Sistema integrato di prenotazione** collegato al CUP aziendale;
- **Servizi diagnostici** finalizzati al monitoraggio della cronicità con strumentazione diagnostica di base (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, oct, spirometro, ecc.) anche attraverso strumenti di telemedicina (es. telerefertazione, 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 o Comunità (IFoC), 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.
- **Servizio di assistenza domiciliare di base**; Integrazione con i **servizi sociali**;
- **Partecipazione della Comunità** e valorizzazione della **co-produzione**, attraverso le associazioni di cittadini e volontariato.

CdC: Coordinamento a rete 4 direzioni

La Casa di Comunità, proprio per il suo ruolo centrale nella rete dei servizi, nel PNRR viene indicata come il soggetto che deve adottare meccanismi di coordinamento strutturali a rete in quattro direzioni:

- **Rete intra-Case di Comunità:** costituita dalla messa in rete dei professionisti che svolgono la loro attività anche nelle forme associative che hanno sede fisica all'interno della Case di Comunità e quelle che vi sono funzionalmente collegate.
- **Rete inter-Case di Comunità:** costituita dalla messa in rete tra Case di Comunità "hub" e Case di Comunità "spoke" al fine di contemperare le esigenze di capillarità e di prossimità con la necessità di raggiungere una massa critica per alcuni servizi a maggiore intensità specialistica e tecnologica, sia per poter rispondere in modo flessibile ai diversi contesti geografici e di densità abitativa e a differenti gradienti di presenza attiva degli MMG nelle strutture ambulatoriali delle Case di Comunità.
- **Rete territoriale:** in quanto le Case di Comunità andrebbero messe in rete con gli altri setting assistenziali territoriali, domicilio compreso, presenti sul territorio, quali assistenza domiciliare, ospedali di comunità, hospice e rete delle cure palliative, RSA e altre forme di strutture intermedie e servizi.
- **Rete territoriale integrata:** le Case di Comunità dovrebbero essere in rete con l'attività ospedaliera, tramite il supporto di piattaforme informatiche, in particolare quella per la specialistica ambulatoriale o di *day service* svolta in questo contesto.

La casa di Comunità è il luogo dove le risorse pubbliche vengono aggregate e ricomposte in funzione dei bisogni della comunità attraverso lo strumento del **budget di comunità**.

Infermieri di Comunità 1:3000 abitanti

L'**Infermiere di Famiglia o Comunità** è la figura professionale 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. L'Infermiere di Famiglia o Comunità interagisce con tutti gli attori e le risorse presenti nella comunità formali e informali.

L'IFoC è un professionista **responsabile dei processi infermieristici in ambito familiare e comunitario** che, attraverso una presenza continuativa e proattiva nell'area/ambito o comunità di riferimento, assicura l'assistenza infermieristica in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità.

L'IFoC interagisce con tutte le risorse presenti nella **comunità formali e informali** e concorre a realizzare la rete del **welfare di comunità/generativo**. è un professionista che ha un forte orientamento alla gestione proattiva della salute e ricopre le diverse funzioni, erogando prestazioni assistenziali sanitarie, a seconda del setting in cui opera. L'IFoC 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.

Unità di Continuità Assistenziale

L'Unità di Continuità Assistenziale nel limite previsto ai sensi dell'articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021 n. 234 è un'equipe mobile distrettuale per la gestione e il supporto della presa in carico di individui, o di comunità, che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e che comportano una comprovata difficoltà operativa.

Standard: 1 Medico e 1 Infermiere ogni 100.000 abitanti.

Centrale Operativa Territoriale e NEA

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 dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.

L'obiettivo della COT è quello di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria.

Standard:

- **1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore.**
- **Standard di personale di 1 COT per 100.000 abitanti: 1 Coordinatore Infermieristico, 3-5 Infermieri, 1-2 unità di Personale di Supporto (Si rinvia alla relazione tecnica all'articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021, n. 234)**

CENTRALE OPERATIVA 116117

La Centrale Operativa 116117 sede del Numero Europeo Armonizzato (NEA) 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 sociosanitarie a bassa intensità assistenziale.

Standard:

- **1 Centrale Operativa NEA 116117 ogni 1-2 milioni di abitanti**

Assistenza domiciliare

Le **Cure domiciliari** è un servizio a **valenza distrettuale** finalizzato all'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da **un livello di intensità e complessità assistenziale variabile** nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza.

Standard: 10% della popolazione over 65 da prendere in carico progressivamente.

La **casa come primo luogo di cura** viene individuata all'interno della programmazione sanitaria nazionale quale setting privilegiato dell'assistenza territoriale.

Le **Cure Domiciliari si articolano** in un **livello Base** e in **Cure Domiciliari Integrate** (ADI di I livello, ADI di II livello, ADI di III livello) e consistono in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, diagnostici, ecc., prestati da personale sanitario e sociosanitario.

Le risposte assistenziali, **differenziate per intensità e complessità**, sono programmate a seguito della Valutazione Multidimensionale e della conseguente formulazione di un Progetto di assistenza individuale integrato (PAI) che comprende, quando necessario, anche il Piano di Riabilitazione Individuale (PRI).

Il servizio di cure domiciliari **garantisce la continuità assistenziale** 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.

Ospedale di Comunità

L'Ospedale di Comunità (OdC) è una struttura sanitaria di ricovero che afferisce alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio.

Standard:

1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti; 0,2 posti letto per 1000 abitanti da attuarsi in modo progressivo secondo la programmazione regionale.

Standard di personale per 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto:

7-9 infermieri (di cui 1 Coordinatore infermieristico), 4-6 Operatori Sociosanitari, 1-2 unità di altro personale sanitario con funzioni riabilitative e un Medico per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7.

L'OdC è una struttura sanitaria territoriale, rivolta 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/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio o in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare).

Ospedale di Comunità: accesso e gestione

L'accesso presso l'OdC avviene su proposta di: medico di medicina generale; medico di continuità assistenziale; medico specialista ambulatoriale interno ed ospedaliero; medico del pronto soccorso; pediatra di libera scelta.

Il ricovero presso l'OdC deve avere una **durata non superiore a 30 giorni**. Solo in casi eccezionali e comunque motivati dalla presenza di situazioni cliniche non risolte la degenza potrà prolungarsi ulteriormente.

La gestione e l'attività nell'OdC sono basate su un **approccio multidisciplinare, multiprofessionale ed interprofessionale**, in cui sono assicurate collaborazione ed integrazione delle diverse competenze. La responsabilità igienico sanitaria e clinica dell'OdC è in capo al medico e può essere attribuita ad un medico dipendente o convenzionato con il SSN, pertanto può essere attribuita anche a MMG/PLS, SAI. La responsabilità organizzativa è affidata ad un responsabile infermieristico.

All'interno dell'equipe di cura è presente l'Infermiere che si occupa, in particolare, delle transizioni di cura dei pazienti assicurandone la presa in carico e la continuità assistenziale: tale infermiere si interfaccia con le Centrali Operative Territoriali e in modo da facilitare l'organizzazione dell'assistenza, e gli ausili eventualmente necessari, una volta che il paziente tornerà al domicilio.

Cure Palliative

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, con l'attività di consulenza nelle U.O., ambulatoriale, domiciliare e in hospice. Le cure palliative sono rivolte a malati di qualunque età e non sono prerogativa della fase terminale della malattia. Possono infatti affiancarsi alle cure attive fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, controllare i sintomi durante le diverse traiettorie della malattia, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale.

Standard: 1 Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCP - DOM) ogni 100.000 abitanti;

Hospice: 8/10 posti letto ogni 100.000 abitanti

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

Il Consultorio Familiare e l'attività rivolta ai minori, ove presenti, rappresentano la struttura aziendale a libero accesso e gratuita e sono deputati alla protezione, prevenzione, promozione della salute, consulenza e cura rivolte alla donna in tutto il suo ciclo di vita (comprese quelle in gravidanza), minori, famiglie all'interno del contesto comunitario di riferimento

Standard:

1 consultorio ogni 20.000 abitanti con la possibilità di 1 ogni 10.000 nelle aree interne e rurali. L'attività consultoriale può svolgersi all'interno delle Case della Comunità, privilegiando soluzioni logistiche che tutelino la riservatezza.

Il CF nell'ambito delle professionalità disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale garantisce tutte le prestazioni descritte nell'articolo 24 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) 12 gennaio 2017, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, ostetriche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, necessarie ed appropriate.

Prevenzione in ambito sanitario, ambientale, climatico

Il **Dipartimento di Prevenzione (DP)**, ha il compito di promuovere 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 ospedaliere, prevedendo il coinvolgimento di **operatori di diverse discipline**.

Standard massimo di popolazione per DP = 1: 500.000 abitanti

(necessario per mantenere efficienza organizzativa e conoscenza del territorio che ha identità, omogeneità culturale e socioeconomica imprescindibili nell'azione preventiva).

Telemedicina

La **telemedicina** è una modalità di erogazione di servizi e prestazioni assistenziali sanitarie sociosanitarie a rilevanza sanitaria a distanza, abilitata dalle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, e utilizzata da un professionista sanitario per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti (telemedicina professionista sanitario - assistito) o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari (telemedicina professionista sanitario - professionista sanitario).

La telemedicina rappresenta un **approccio innovativo alla pratica sanitaria**, già consolidato in diversi ambiti sanitari, consentendo - se inclusa in una rete di cure coordinate - l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione.

Le **diverse prestazioni e servizi di telemedicina**, quali: la televisita specialistica, la teleassistenza, il telemonitoraggio, la teleriabilitazione, il teleconsulto medico, la teleconsulenza medico sanitaria, o la telerefertazione, costituiscono un'opportunità e un fattore abilitante la strutturazione di modelli di gestione integrata dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria a rilevanza sanitaria, in grado di rispondere sia alle necessità dei sistemi sanitari, con particolare riferimento alla gestione della cronicità, sia, in un'ottica di medicina personalizzata, a quelle individuali del singolo assistito, così come previsto anche dal "Patto per la Salute 2019-2021".

M6C2: Innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN

OBIETTIVI GENERALI:



M6C2 - INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

- Sviluppare una sanità pubblica che valorizzi gli investimenti nel sistema salute in termini di risorse umane, digitali, strutturali, strumentali e tecnologici
- Rafforzare la ricerca scientifica in ambito biomedico e sanitario
- Potenziare e innovare la struttura tecnologica e digitale del SSN a livello Centrale e Regionale, al fine di garantire un'evoluzione significativa delle modalità di assistenza sanitaria, migliorando la qualità e la tempestività delle cure; valorizzando il ruolo del paziente come parte attiva del processo clinico-assistenziale; e garantendo una maggiore capacità di governance e programmazione sanitaria guidata dalla analisi dei dati, nel pieno rispetto della sicurezza e della tutela dei dati e delle informazioni

QUADRO DELLE MISURE E RISORSE (MILIARDI DI EURO):

8,63
Mld

Totale

Ambiti di Intervento/Misure	Totale
Riforma 1: Riorganizzare la rete degli IRCCS	-
1. Aggiornamento tecnologico e digitale	7,36
Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero	4,05
Investimento 1.2: Verso un ospedale sicuro e sostenibile	1,64
Investimento 1.3: Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione	1,67
2. Formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico	1,26
Investimento 2.1: Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN	0,52
Investimento 2.2: Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario	0,74

Investimento 1.3: rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione

FASCICOLO SANITARIO
ELETTRONICO

1,38 miliardi

Infrastruttura tecnologica
del Ministero della Salute e
analisi dei dati e modello
predittivo per garantire i
LEA italiani e la sorveglianza
e vigilanza sanitaria.

290 milioni

Investimento 2.2: Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario

Saranno finanziate:

- **Borse di studio di medicina generale:** ogni anno del triennio 2021-2023 sarà pubblicato un decreto governativo di assegnazione delle risorse economiche alle Regioni per finanziare 900 borse di studio aggiuntive all'anno per corsi specifici di medicina generale di durata triennale (per un totale di 2.700 borse aggiuntive). Questa distribuzione temporale assicura il completamento degli ultimi corsi entro metà 2026.
- Un **piano straordinario di formazione sulle infezioni ospedaliere** (con circa 150.000 partecipanti entro la fine del 2024 e circa 140.000 entro metà 2026) .
- Progetti formativi per lo sviluppo di percorsi di acquisizione di **competenze di management** per i professionisti del SSN: **si prevede la formazione di 2.000 persone entro la metà del 2024 e altre 4.500 persone entro il Q2 2026.**
- **4.200 contratti di formazione specialistica aggiuntivi**, per un ciclo completo di studi (5 anni) a partire dal 2020.



«Il grano
migliore si trova
in un sacco di
impegno»

Grazie per l'attenzione!

