

PNRR e DM 77: riorganizzazione dei setting della LTC e introduzione di nuovi flussi di cura e di assistenza

Roma
12 luglio 2023

Funzionamento della COT: standard di servizio, tipologie di attività, modelli e buone pratiche organizzative

Francesco Enrichens Agenas - Project Manager PONGO

La definizione di Salute



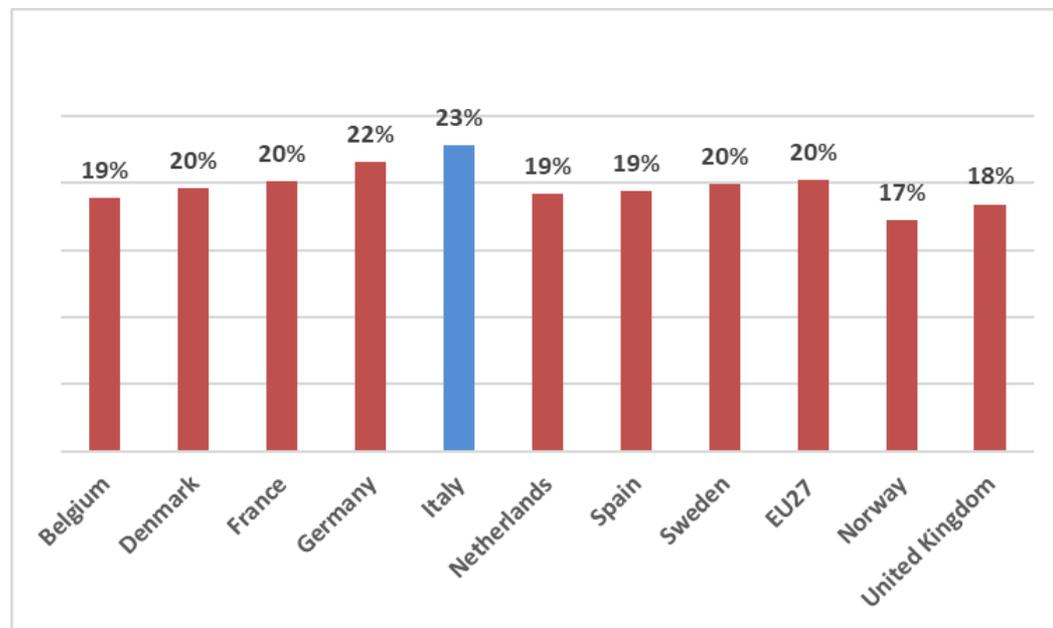
L'OMS definisce la salute
«uno stato di completo benessere fisico, mentale e
sociale e non semplice assenza di malattia o infermità»

OMS, 1948

Il contesto di riferimento

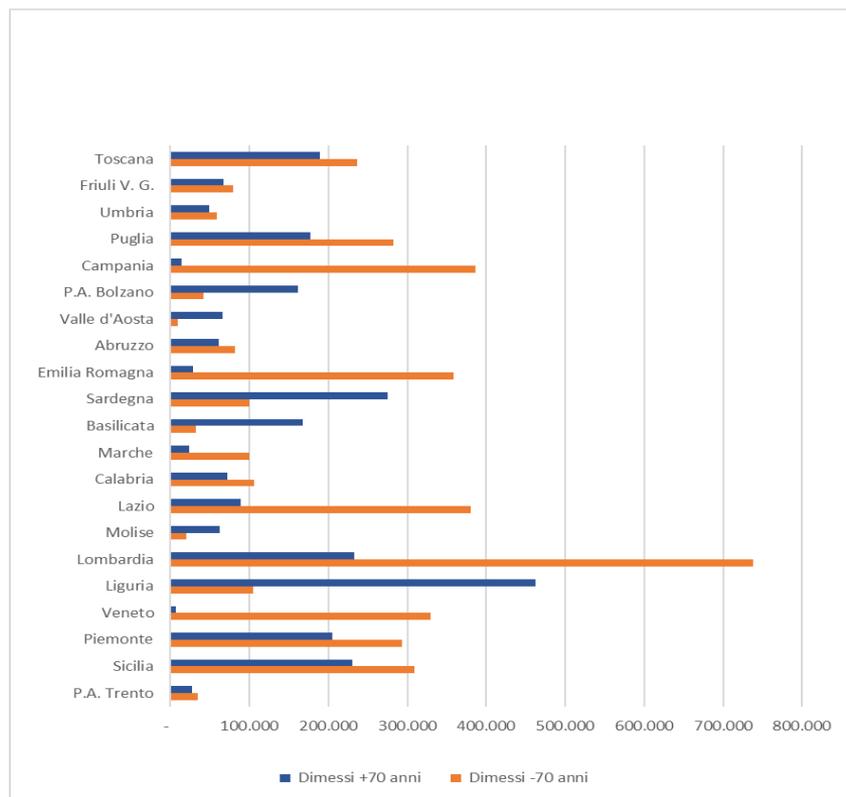
Regione/PA	Popolazione (01/01/2020)	Popolazione >=65 anni (01/01/2020)	% pop. >65 anni	Previsione % pop. >65 anni nel 2030
Piemonte	4.341.375	1.120.379	26%	29%
Valle d'Aosta	125.501	30.389	24%	28%
Lombardia	10.103.969	2.302.527	23%	26%
PA Bolzano	532.080	105.404	20%	24%
PA Trento	542.739	121.419	22%	26%
Veneto	4.907.704	1.138.485	23%	27%
Friuli Venezia Giulia	1.211.357	320.347	26%	30%
Liguria	1.543.127	441.884	29%	31%
Emilia Romagna	4.467.118	1.076.060	24%	27%
Toscana	3.722.729	953.793	26%	28%
Umbria	880.285	227.411	26%	29%
Marche	1.518.400	381.363	25%	29%
Lazio	5.865.544	1.291.754	22%	26%
Abruzzo	1.305.770	316.186	24%	28%
Molise	302.265	76.250	25%	29%
Campania	5.785.861	1.111.671	19%	24%
Puglia	4.008.296	903.258	23%	27%
Basilicata	556.934	130.711	23%	28%
Calabria	1.924.701	425.687	22%	26%
Sicilia	4.968.410	1.074.384	22%	26%
Sardegna	1.630.474	397.592	24%	31%
ITALIA	60.244.639	13.946.954	23%	27%

Fonte: elaborazione AGENAS su dati ISTAT 2019



Fonte: OECD. Health at a Glance: 2020

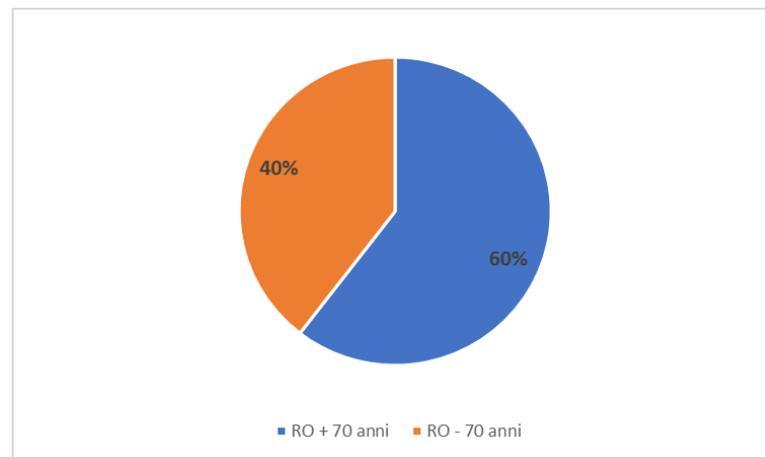
Il contesto di riferimento



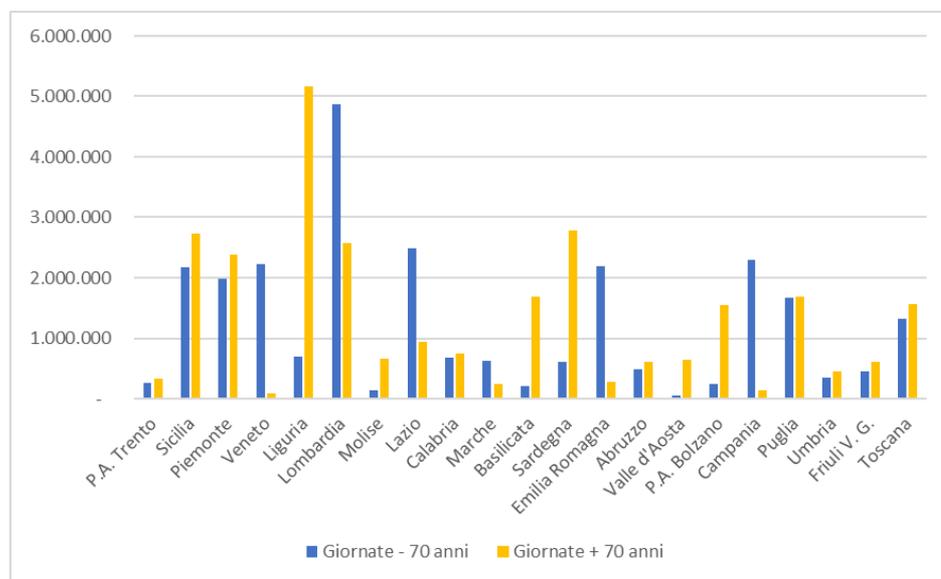
Fonte: SDO 2019

In Italia nel 2019 ci sono stati circa **6.743.354 ricoveri in regime ordinario** di cui:

- 4.076.992 per persone tra 0 e 69 anni;
- 2.666.362 per persone con più di 70 anni.

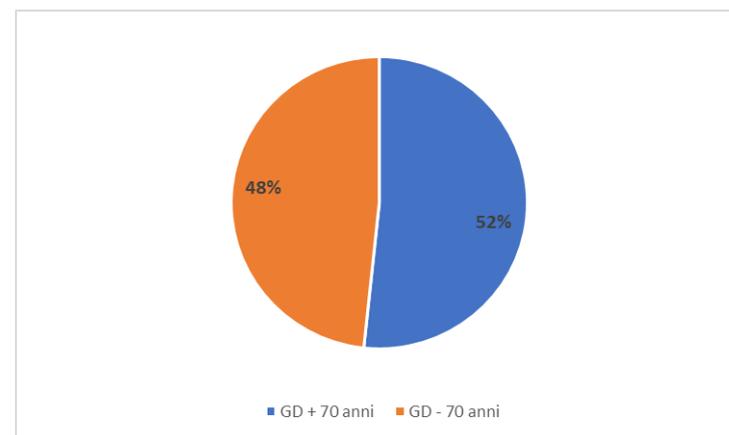


Il contesto di riferimento



In Italia nel 2019 ci sono state circa **53.883.860** giornate di degenza in regime ordinario di cui:

- 26.038.494 per persone tra 0 e 69 anni;
- 27.845.366 per persone con più di 70 anni.



Fonte: SDO 2019

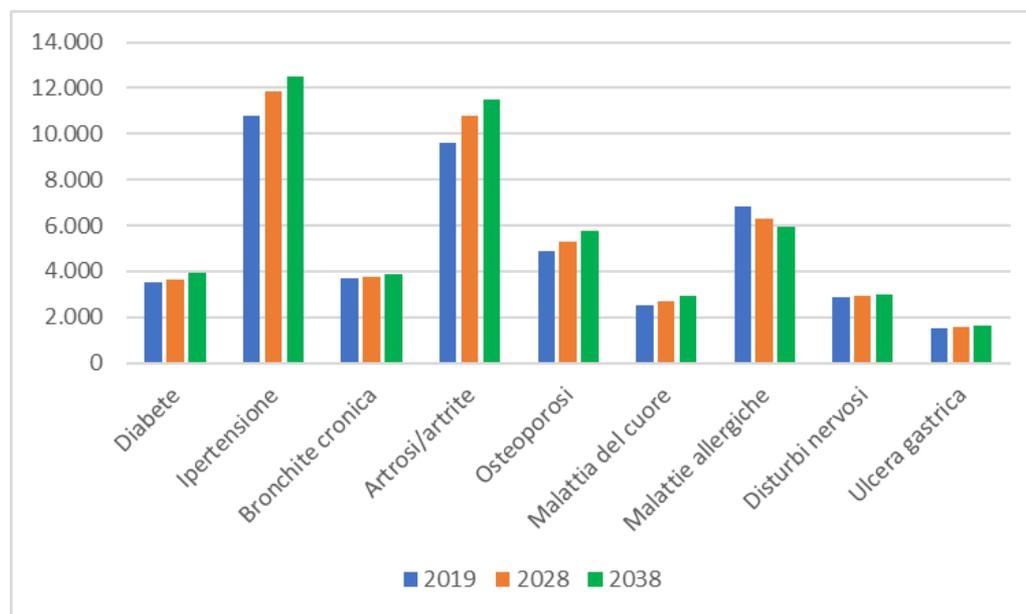
Il contesto di riferimento

Regione/PA	TOTALE ACCESSI PS	CODICI BIANCHI	CODICI VERDI	Percentuale Codici Bianchi	Percentuale Codici Verdi
Piemonte	1.699.542	163.842	1.298.543	9,64%	76,41%
Valle d'Aosta	47.613	8.744	37.514	18,36%	78,79%
Lombardia	3.596.937	677.495	2.466.948	18,84%	68,58%
PA Bolzano	265.724	17.442	184.971	6,56%	69,61%
PA Trento	221.225	31.929	137.805	14,43%	62,29%
Veneto	1.878.285	916.121	666.177	48,77%	35,47%
Friuli Venezia Giulia	432.898	90.336	229.174	20,87%	52,94%
Liguria	636.139	54.004	435.661	8,49%	68,49%
Emilia Romagna	1.890.379	275.714	1.149.320	14,59%	60,80%
Toscana	1.450.944	330.227	908.099	22,76%	62,59%
Umbria	367.866	44.403	257.644	12,07%	70,04%
Marche	517.434	25.020	379.872	4,84%	73,41%
Lazio	1.926.074	53.436	1.194.406	2,77%	62,01%
Abruzzo	514.016	21.226	322.646	4,13%	62,77%
Molise	95.127	1.545	79.329	1,62%	83,39%
Campania	1.445.000	72.096	993.144	4,99%	68,73%
Puglia	1.241.087	45.760	880.748	3,69%	70,97%
Basilicata	175.901	4.855	134.296	2,76%	76,35%
Calabria	498.030	37.976	259.117	7,63%	52,03%
Sicilia	1.743.789	91.030	1.088.583	5,22%	62,43%
Sardegna	473.330	42.014	235.112	8,88%	49,67%
ITALIA	21.117.340	3.005.215	13.339.109	14,23%	63,17%

Fonte: Emur 2019

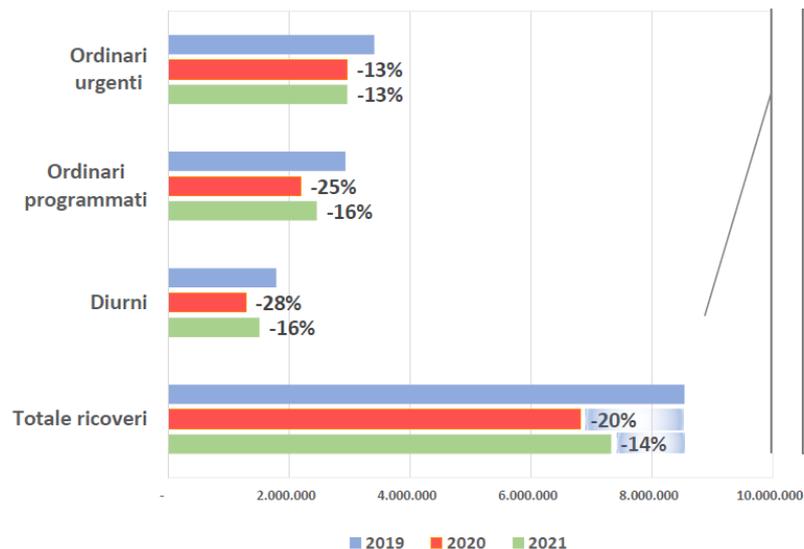
Circa 600.000 giornate di degenza per ricoveri relativi a diabete, malattia polmonare cronica ostruttiva e ipertensione

Il trend nei prossimi anni



Fonte: OsservaSalute

ASSISTENZA OSPEDALIERA: Italia, 2019-2021



- Nel 2021, **500 mila ricoveri in più** rispetto al 2020
- Persiste una riduzione sul 2019: **-14%**, pari a circa **1.200.000 ricoveri in meno**
- Nel **biennio 2020-2021**, riduzione complessiva pari a **2 milioni e 900 mila ricoveri**



PNE Agenas edizione 2022

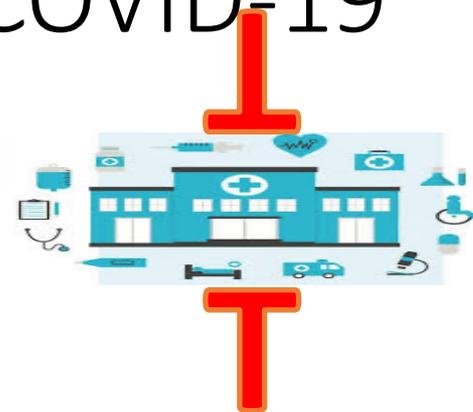
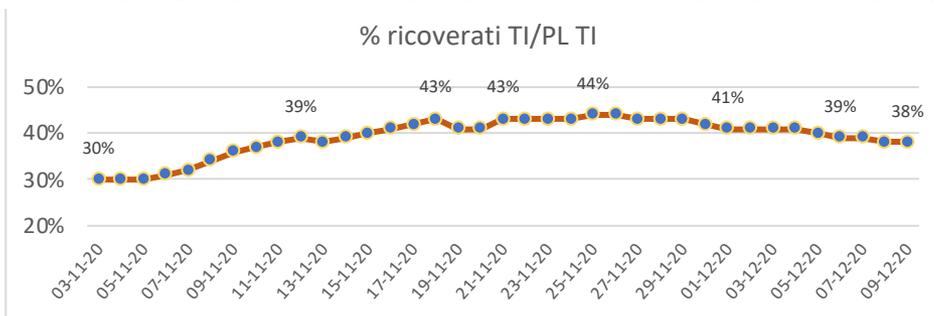
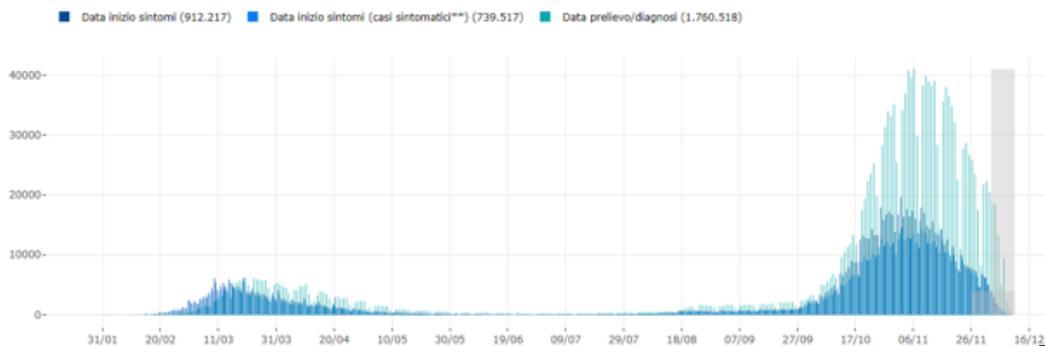
Redazione dei Piani di recupero

PREMESSA: Le risorse stanziare devono essere finalizzate al recupero delle prestazioni sospese/non erogate a causa della pandemia e quindi esclusivamente per l'attività straordinaria di recupero. L'attività ordinaria va sostenuta con il finanziamento ordinario del SSN.

Critero clinico prioritario il recupero degli interventi relativi alle patologie oncologiche e degli interventi legati a patologie maggiori

Il DM 70 e la pandemia da COVID-19

Curva epidemica dei casi di COVID-19 segnalati in Italia per data di prelievo o diagnosi (verde) e per data di inizio dei sintomi (blu)
 Nota: il numero dei casi riportato negli ultimi giorni (riquadri grigi) deve essere considerato provvisorio sia per possibili ritardi di segnalazione che di diagnosi.



Dove l'assistenza sul territorio ha tentato ad arginare e circoscrivere il diffondersi dei contagi, la pressione si è scaricata sugli ospedali, i cui reparti di terapia intensiva hanno rischiato il collasso mettendo in discussione l'efficienza organizzativa di un sistema molto incentrato sull'assistenza ospedaliera e con un presidio del territorio troppo debole.

Art.1
 Riorganizzazione rete territoriale

Art.2
 Riorganizzazione rete ospedaliera

Francesco Enrichens

Criticità del modello assistenziale

Estrema rigidità delle strutture e degli impianti che non favorisce un tempestivo riadattamento degli spazi, differenziazione dei percorsi e modifiche nella logistica

Obsolescenza dei reparti in termini strutturali, logistici e tecnologici non coerenti con l'evoluzione multidisciplinare e multiprofessionale della qualità delle cure

Divario su scala regionale dell'organizzazione della rete territoriale e relativa integrazione con il sistema ospedaliero e con la rete emergenza urgenza

Francesco Enrichens

Emergenza Urgenza

Rete Ospedaliera

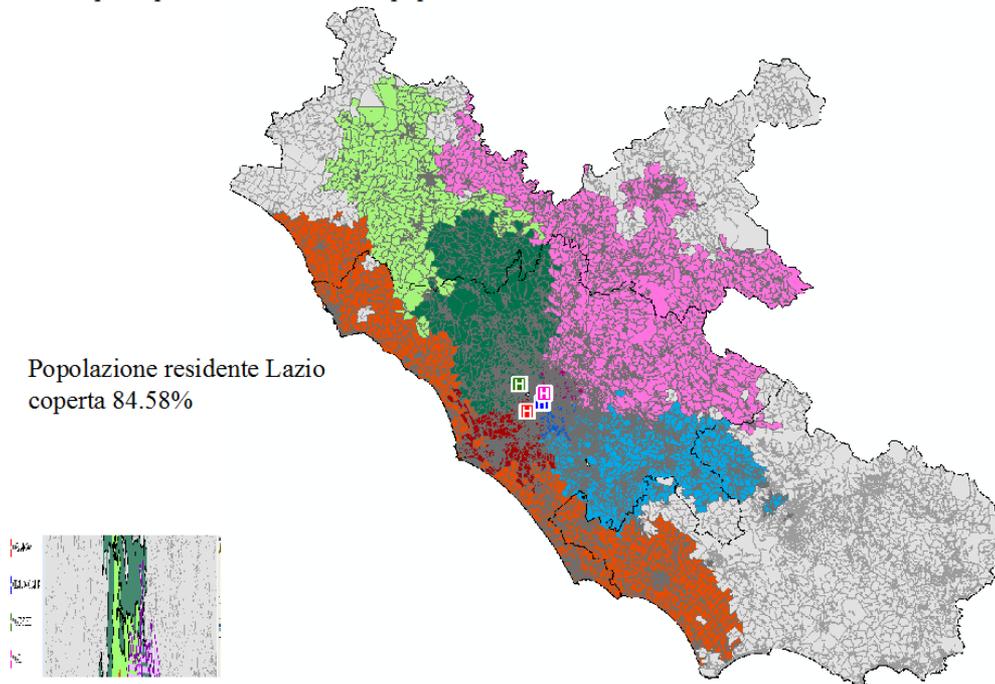
Rete Territoriale

Se cambia una....si muovono tutte!

Il tempo e il luogo...nel posto giusto al momento giusto



Bacini di utenza DEA II
tempo di percorrenza minimo e pop residente 600.000/1.200.000



Popolazione residente Lazio
coperta 84.58%

Le aree grigie sono lontane dagli HUB : la soluzione per le reti cliniche è una buona emergenza territoriale con un elisoccorso efficiente ma anche la presenza di un Hub per bacino di utenza

Riorganizzazione rete ospedaliera – art. 2 dl 34/2020

- + 3500 PL in terapia intensiva  0,14 posti letto ogni 1000 abitanti;
- Riqualificazione di 4225 PL in terapia semi-intensiva di cui il 50% riconvertibili in PL di terapia intensiva;
- +300 PL in terapia intensiva suddivisi in 4 strutture movimentabili;
- La riorganizzazione e ristrutturazione dei Pronto Soccorso per separare i percorsi e creare aree di permanenza dei pazienti in attesa di diagnosi separate e sicure;
- + mezzi di trasporto dedicati ai trasferimenti secondari tra strutture COVID-19, alle dimissioni protette, ai trasporti interospedalieri no COVID-19.

Euro 1.467.491.667

Francesco Enrichens

Proposte per l'evoluzione del DM 70/2015

- Aggregazioni Hub&spoke anche a livello sovraregionale per le specialità di oncologia e malattie rare;
- Governance sulle professioni sanitarie esclusivamente in capo al Ministero della salute
- Riorganizzazione degli ambienti di cura in funzione di professioni sanitarie multidisciplinari e multiprofessionali (ad esempio open space);
- Funzione di assolvimento delle sole acuzie e governance clinica.

Francesco Enrichens

Ricordare la necessità del territorio
Piattaforma tecnologica condivisa

7 /2/ 2013 Accordo Stato Regioni

24/11/2017 Accordo Stato Regioni

Art 1 dl 34 Rilancio

116117

Numero Unico
116117



Ministero della Salute

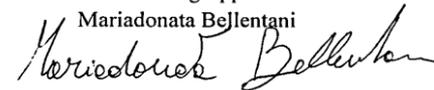
Direzione Generale della Programmazione Sanitaria
Ufficio 2
Viale Giorgio Ribotta, 5 - 00144 Roma

Oggetto: autorizzazione all'attivazione sperimentale del numero 116117

Gentilissimi,

facendo seguito al parere positivo espresso dalla struttura di monitoraggio per il progetto presentato dall'ATS Regione Sardegna, trasmetto l'autorizzazione all'attivazione sperimentale.

Il Direttore dell'ufficio
coordinatore del gruppo di lavoro
Mariadonata Bellentani





Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Ufficio 2



Direzione Regionale Salute e Integrazione
Sociosanitaria Area Rete Ospedaliera e Specialistica
Regione Lazio

Direttore
Renato Botti

Dirigente
Giuseppe Spiga

reteospedaliera@regione.lazio.legamail.it

Oggetto: autorizzazione all'attivazione sperimentale del numero 116117

Gentilissimi,

facendo seguito al parere positivo espresso dalla struttura di monitoraggio per il progetto presentato dalla Regione Lazio, trasmetto l'autorizzazione all'attivazione sperimentale del numero 116117.

Distinti saluti

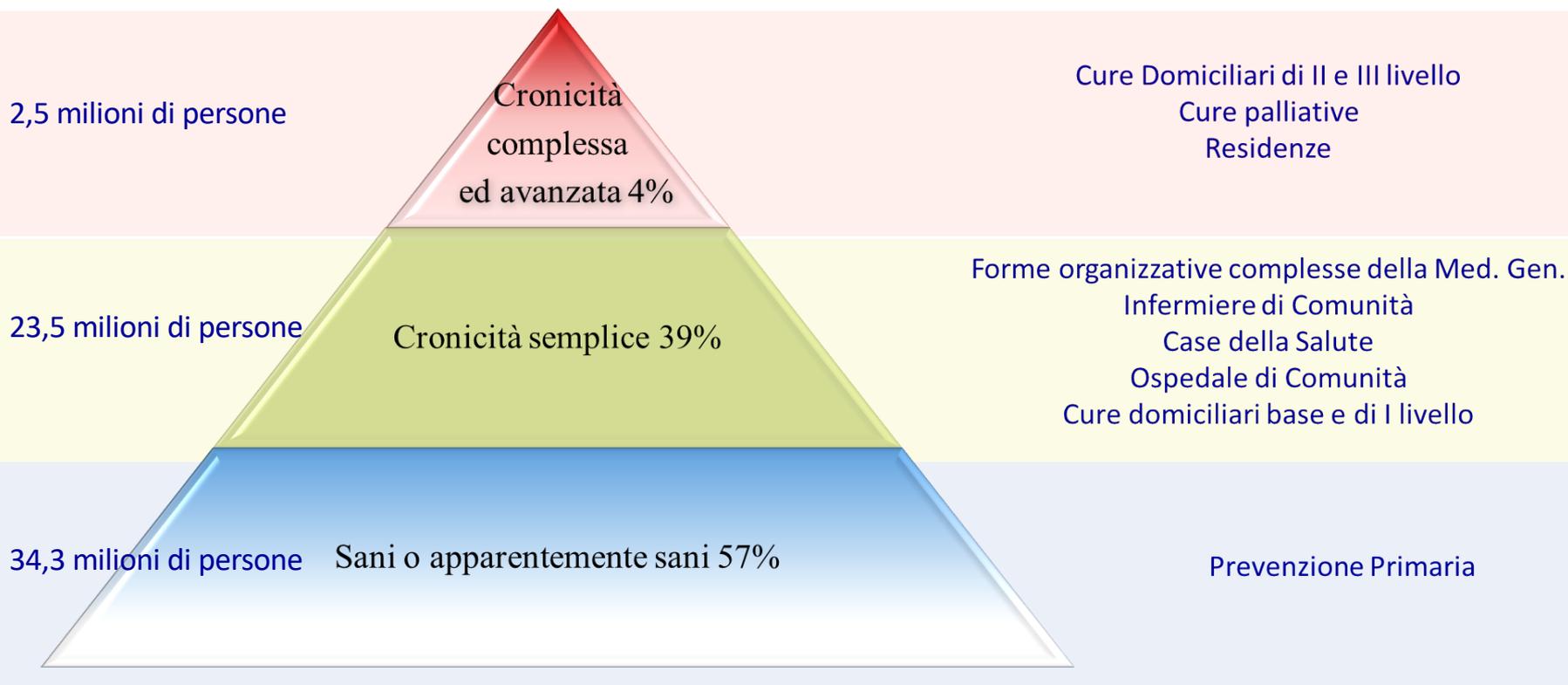
Il Direttore dell'Ufficio 2
coordinatore del gruppo di lavoro
Mariadonata Bellentani

AUTORIZZAZIONE MINISTERIALE

Regione Lazio Autorizzazione 116117

31/07/2020

L'assistenza per bisogni assistenziali



D.L. n. 34/2020 (art 1) e il potenziamento delle Cure Primarie

- Sperimentazione di **strutture di prossimità**, ispirate al principio della piena integrazione socio-sanitaria
- Incentivazione all'utilizzo del **budget di salute** individuale e di comunità quale strumento di gestione della cronicità
- Incremento del **fondo per la Medicina Generale dedicato alla presa in carico delle persone fragili** (ACN del 23/03/2005 e smi art. 46)



Direttore Domenico Mantoan

Azioni di riforma

- Valorizzare la figura del **Medico di Medicina Generale (MMG)** e dei **Pediatri di Libera Scelta (PLS)** attraverso le migliori formule contrattuali finalizzate alle definizioni delle **forme organizzative complesse**;
- Istituire la figura dell' **infermiere di comunità** a supporto delle forme organizzative complesse;
- Rafforzare il coinvolgimento dei **medici specialisti ambulatoriali e degli assistenti sociali** nelle forme organizzative complesse per la presa in carico delle cronicità semplice;
- Coordinare gli interventi assistenziali per la gestione delle **cronicità complesse avvalendosi delle Cure domiciliari e delle Cure palliative**;
- Rafforzare le **Centrali Operative Territoriali** per mettere in rete tutte le strutture di offerta presenti sul territorio (ospedale di comunità, rete della terapia del dolore, etc...);
- Rafforzare la gamma di servizi disponibili sui territori dando impulso alla costituzione degli **Ospedali di Comunità**.

La Medicina Generale

da forme associative a forme organizzative...



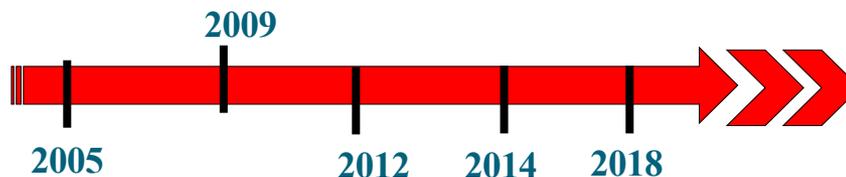
Forme
Associative

- Medicina in associazione
- Medicina in rete
- Medicina di gruppo

Aggregazioni Funzionali Territoriali
(AFT)

Unità Complesse di Cure Primarie
(UCCP)

Forme Organizzative

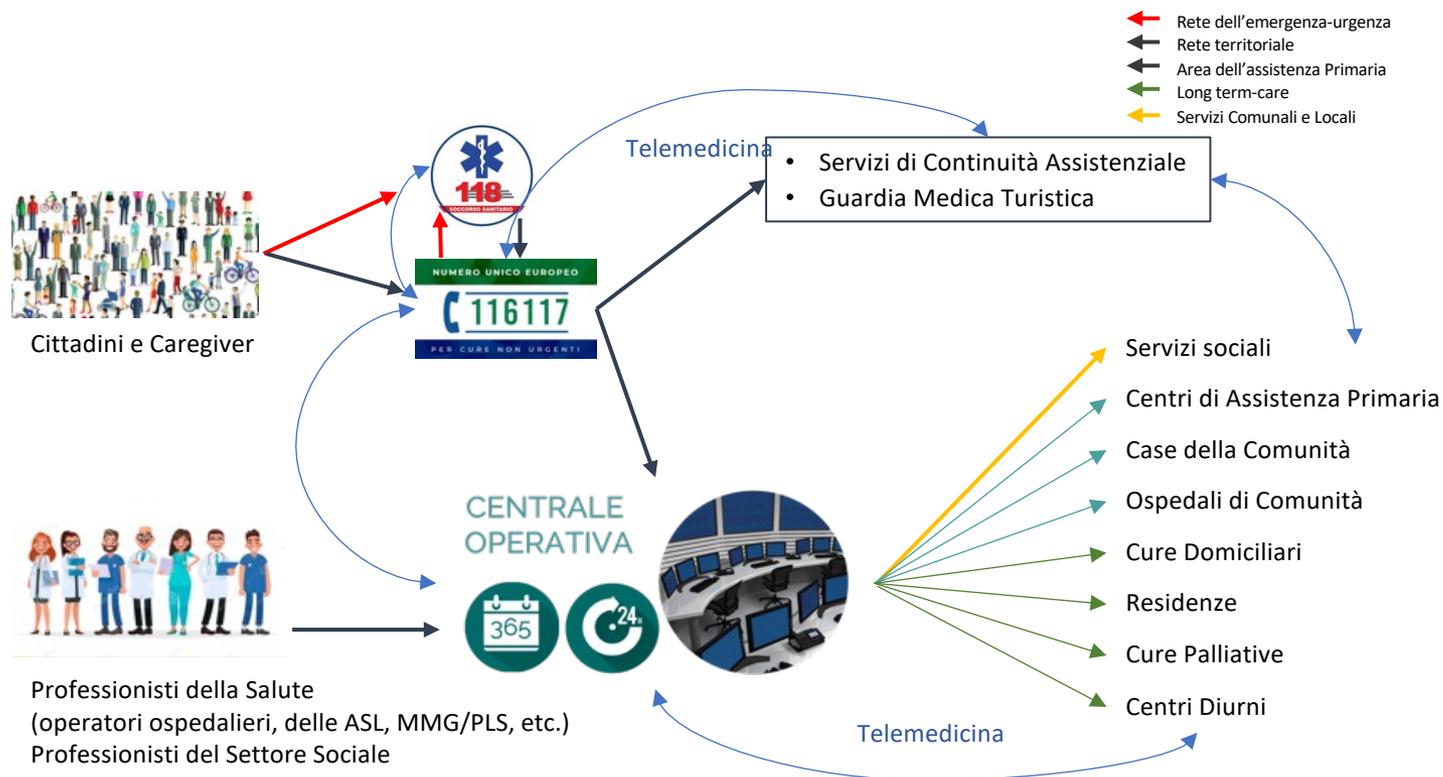


Equipe Territoriale (UCP, NCP)
UTAP

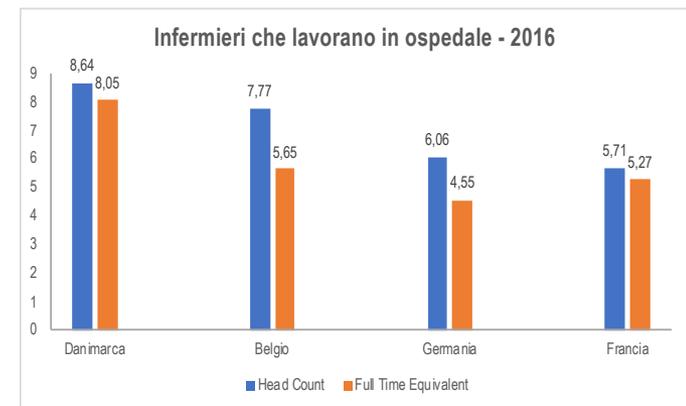
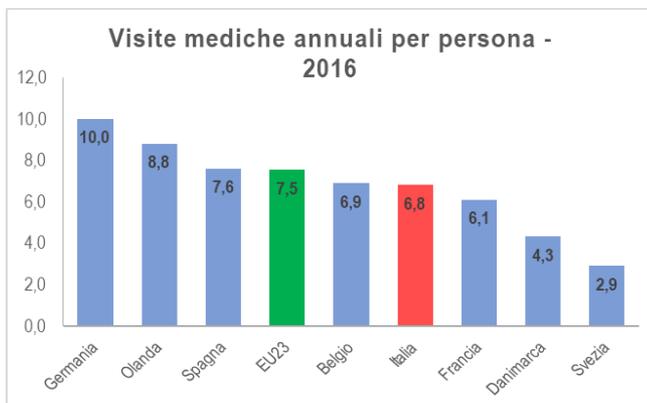
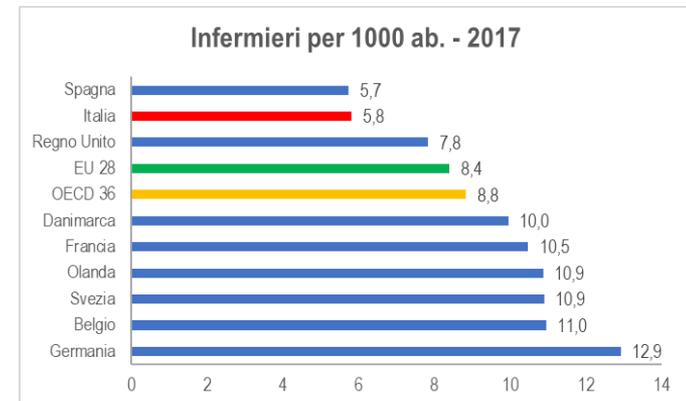
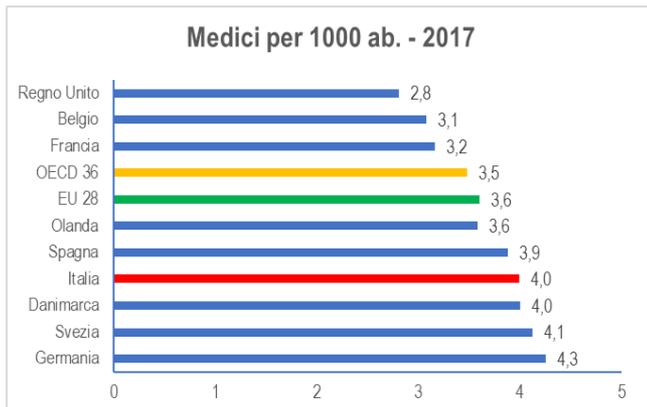
Forme Aggregative

Il rapporto continuativo del MMG col paziente deve essere utilizzato per raggiungere alcuni obiettivi “strategici”, corrispondenti spesso ad altrettante criticità assistenziali (aderenza agli stili di vita, aderenza alle terapie e al percorso di cura, raggiungimento dei target terapeutici, ecc)

Un possibile modello di Centrale Operativa Territoriale

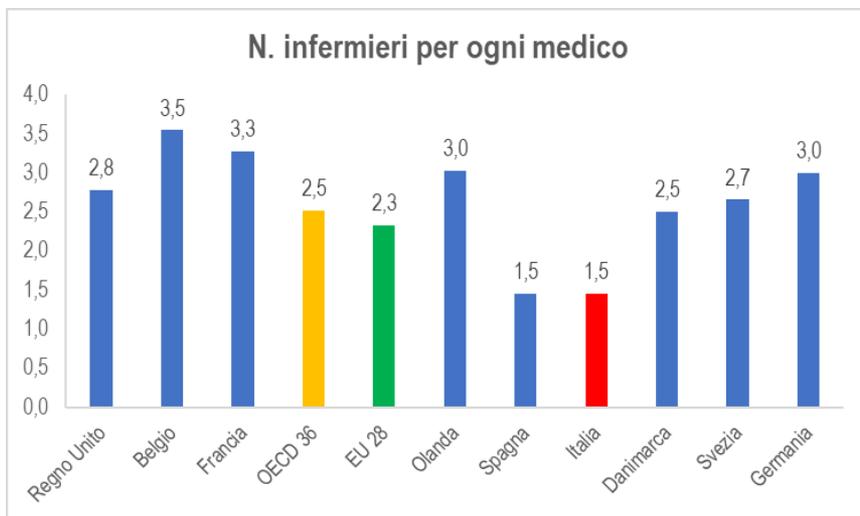


Medici e Infermieri nei diversi Paesi



Fonte: OECD. Health at a Glance: Europe 2018; 2019

Gli infermieri in Italia



Fonte: OECD. Health at a Glance: Europe 2018;

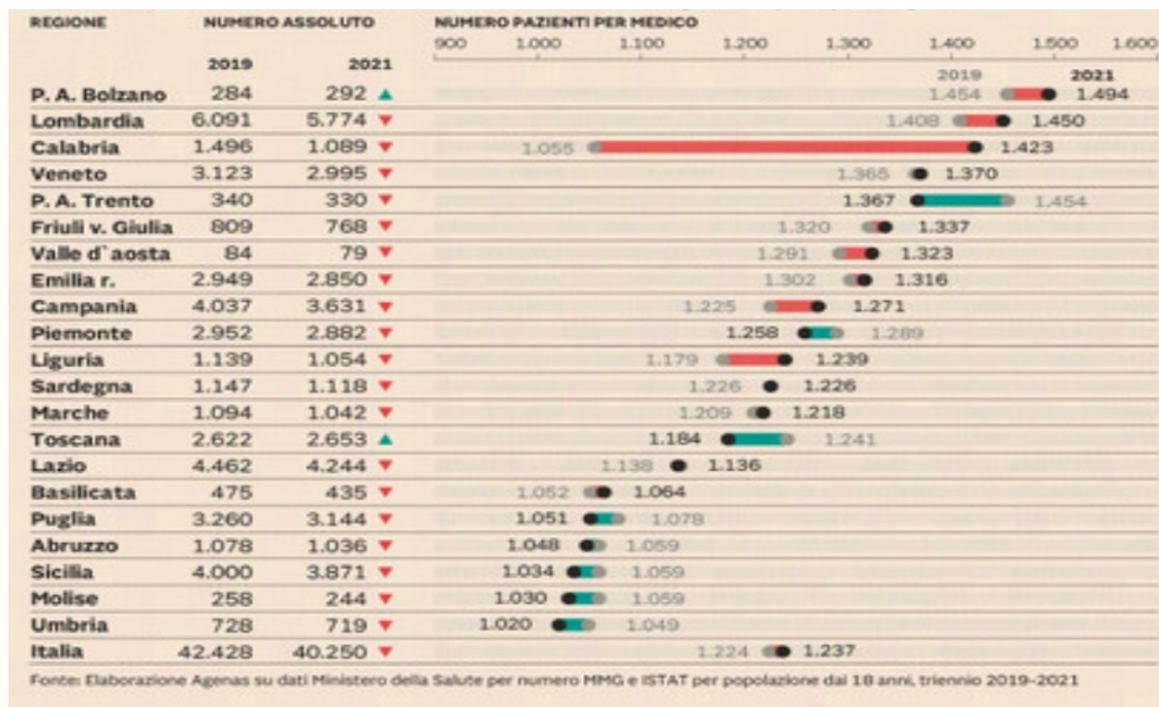
Regione	Rapporto medici/infermieri anno 2018
Calabria	1,91
Campania	1,95
Sicilia	1,98
Sardegna	2,02
Abruzzo	2,19
Valle d'Aosta	2,26
Puglia	2,35
Umbria	2,38
Basilicata	2,50
Lazio	2,53
Toscana	2,58
Molise	2,58
Piemonte	2,59
Lombardia	2,63
Marche	2,76
P.A. Trento	2,87
Liguria	2,91
Friuli Venezia Giulia	2,99
Emilia Romagna	3,01
Veneto	3,13
P.A. Bolzano	3,32
ITALIA	2,51

Fonte: RGS, Conto annuale del personale;

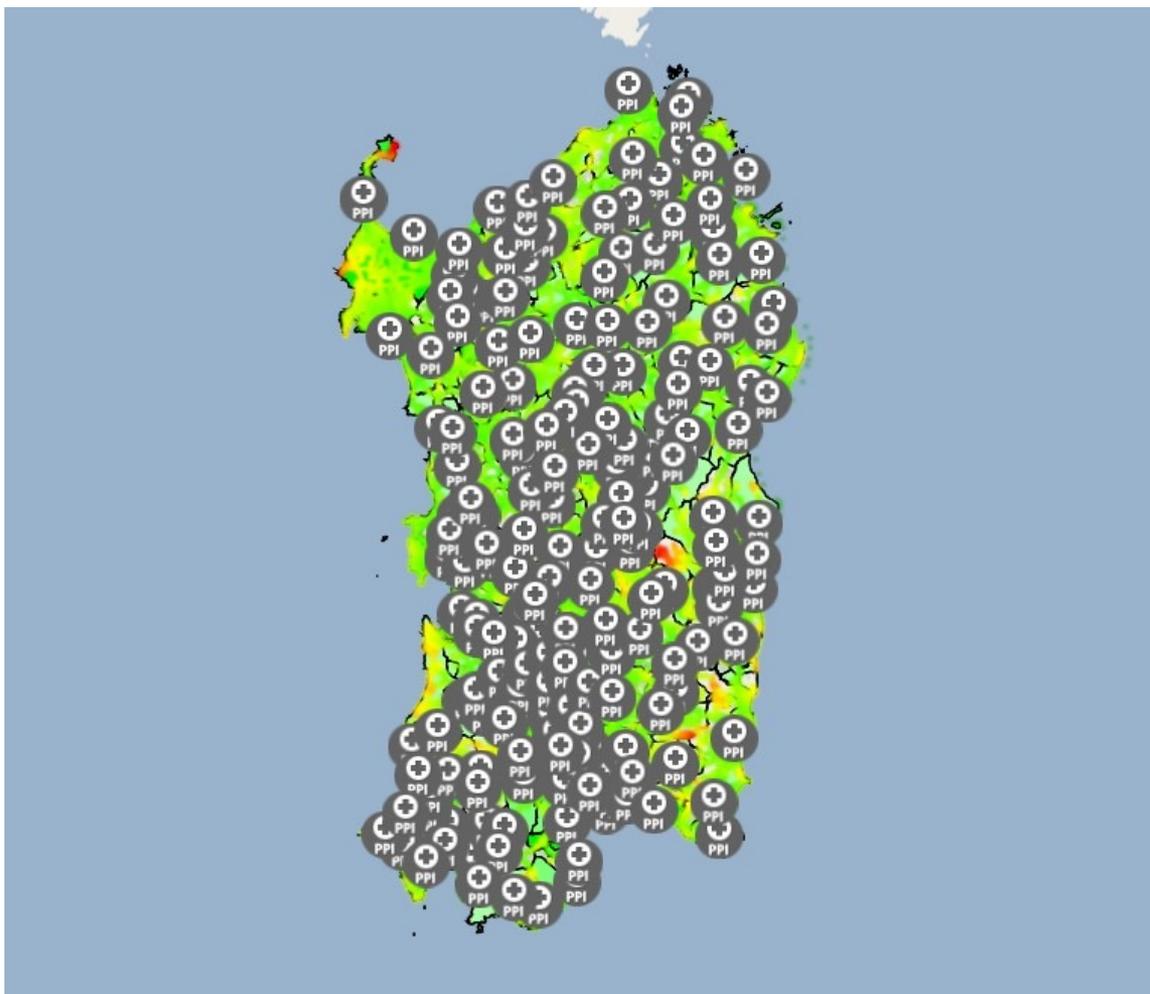
Quali saranno le reali disponibilità tenuto conto del turnover e della formazione?

	Conto Annuale 2020 (fonte)	assunti durante l'emergenza Covid	in pensione dal 2022-2027	recupero del Turn OVER nel periodo 2022-2027	fabbisogno DM77 potenziamento assistenza territoriale	Fabbisogno Totale Anno	stima Formazione per anno	Formazione / Fabbisogno
medici ospedalieri	103.092	1.350 a tempo indeterminato nel 2021 9.409 scadono a dicembre 2022	29.331 (medici 60-67 anni in pensione nel periodo) 5.866 all'anno	medici SSN -10% pari a 10.309 nel periodo 2.062 all'anno		7.645	14.378 specializzazione medica ma il 25% che non resta nel SSN 10.780 specialisti anno	OK
infermieri	264.686	8.757 a tempo indeterminato nel 2021 22.233 scadono a dicembre 2022	21.050 (infermieri 60-65 anni in pensione nel periodo) 4.210 all'anno	infermieri SSN -5% paria a 13.200 nel periodo 2.640 all'anno	min 19.450 a max 26.850 min 3.890 a max 5.370 all'anno	min 8.360 max 12.220	12.350 per anno	OK

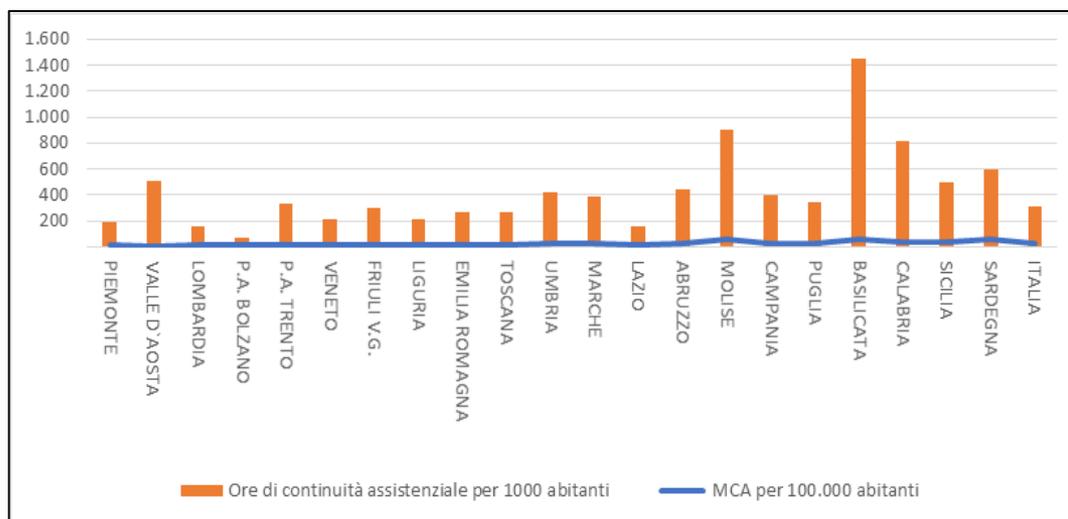
La mappa dei MMG sul territorio



Il Sole24ore 8/11/2022 ha parlato di noi!

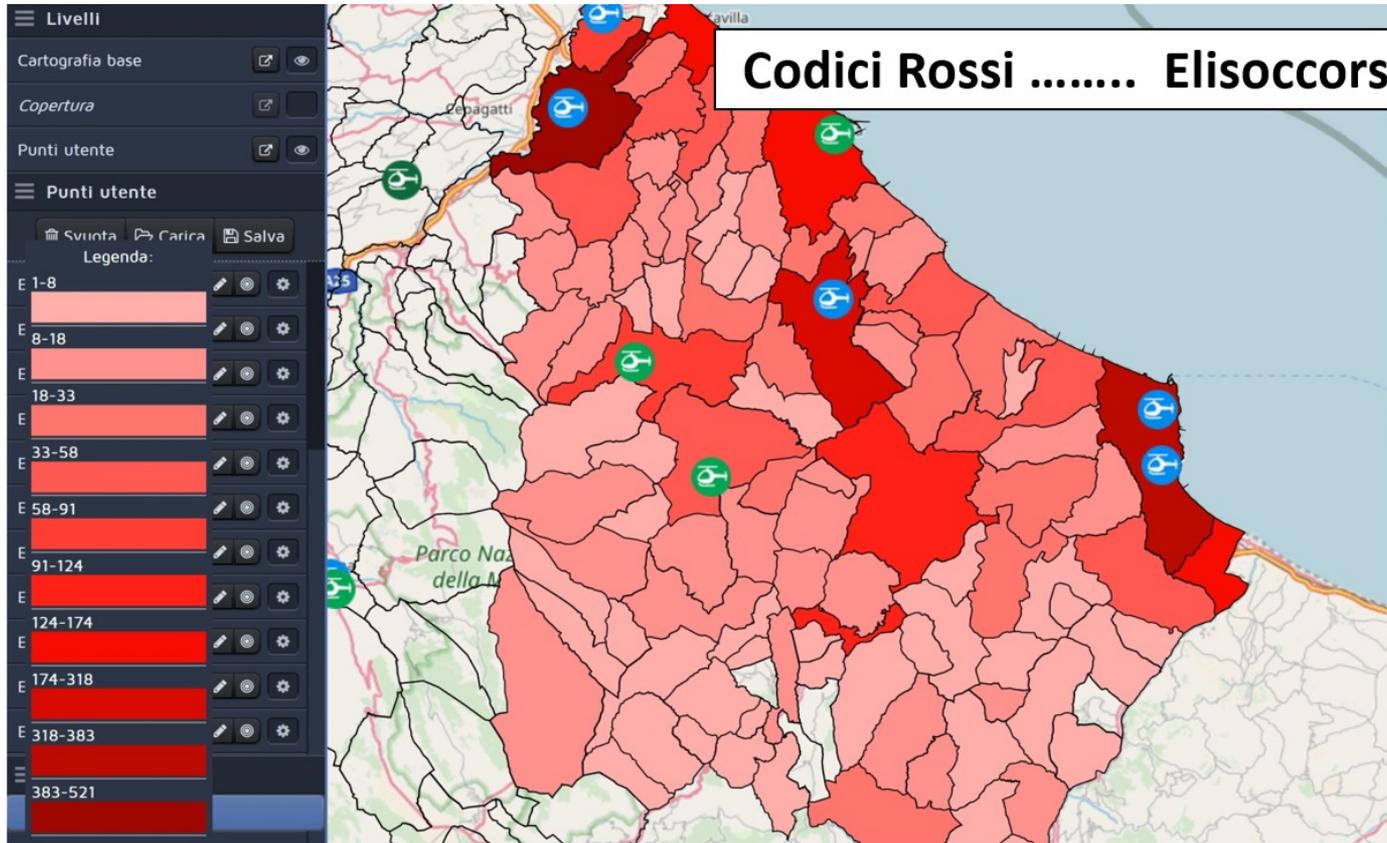


La Continuità Assistenziale



Regione	Popolazione (01/01/2020)	Punti di Guardia Medica	per ab.
PIEMONTE	4.341.375	136	31.922
VALLE D'AOSTA	125.501	9	13.945
LOMBARDIA	10.103.969	257	39.315
P.A. BOLZANO	532.080	7	76.011
P.A. TRENTO	542.739	20	27.137
VENETO	4.907.704	106	46.299
FRIULI V.G.	1.211.357	47	25.774
LIGURIA	1.543.127	52	29.676
EMILIA ROMAGNA	4.467.118	155	28.820
TOSCANA	3.722.729	173	21.519
UMBRIA	880.285	43	20.472
MARCHE	1.518.400	87	17.453
LAZIO	5.865.544	116	50.565
ABRUZZO	1.305.770	92	14.193
MOLISE	302.265	49	6.169
CAMPANIA	5.785.861	237	24.413
PUGLIA	4.008.296	270	14.846
BASILICATA	556.934	140	3.978
CALABRIA	1.924.701	328	5.868
SICILIA	4.968.410	447	11.115
SARDEGNA	1.630.474	235	6.938
ITALIA	60.244.639	3.006	20.041

Fonte dati: annuario statistico 2017-2018



Codici Rossi Elisoccorso ?

Fabbisogno di personale per l'attuazione della Riforma – finanziamento

Fonte	Anno 2026
Art. 1, comma 4, DL 34/2020 – Assistenza Domiciliare	265.028.624 €
Art. 1, comma 5, DL 34/2020 - IFoC	480.000.000 €
Art. 1, comma 274, LB 2022 – Riforma assistenza territoriale	1.015.253.160 €
Totale	1.760.281.784 €

Il costo previsto per l'attivazione delle strutture territoriali realizzate con il PNRR è pari a circa **1.506.000.000 €**.

Il finanziamento del personale minimo previsto nelle nuove strutture risulta assicurata dall'art. 1 comma 4 e 5 del Decreto-Legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito con modificazione con la Legge 17 luglio 2020, n. 77, e dall'art. 1 comma 274 della Legge 30 dicembre 2021, n. 234.

Personale della Riabilitazione

Il personale dipendente a tempo indeterminato e tempo determinato addetto alla riabilitazione del SSN è pari a 20.072 unità, è composto per circa il 60,4% da fisioterapisti, 16,7% da educatori professionali e 14,2% da logopedisti.

L'età media è pari a 48,7 anni con anzianità di servizio di 17,9 anni.

L'82% è donna.

Il rapporto tra personale dell'area di riabilitazione e popolazione residente è 0,34 per mille.

Personale area tecnica della Prevenzione

L'area tecnica sanitaria e della prevenzione del SSN è costituita dall'area assistenziale, dall'area diagnostica e dall'area della prevenzione.

Il personale dipendente a tempo indeterminato e tempo determinato dell'area diagnostica costituito in maggior numero da tecnici di laboratorio e di radiologia medica ammonta a 35.943 unità, quello dell'area assistenziale ammonta a 1.990 unità e quello dell'area della prevenzione ammonta a 10.198 unità con il 70,5% di tecnici della prevenzione.

L'età media del personale dell'area tecnica è di 47,0 anni e l'anzianità di servizio pari a 17,5 anni di servizio.

Il rapporto tra tale personale e la popolazione residente oscilla tra 0,59 e 0,65 per mille abitanti a seconda che ci si riferisca o meno anche alle strutture equiparate al pubblico.

L'età media del personale dell'area della prevenzione è di 49,3 anni e il rapporto sulla popolazione residente è pari a 0,16 ogni 1.000 abitanti.

E GLI ASSISTENTI SOCIALI?

Fabbisogno dei laureati magistrali a ciclo unico Medicina, Veterinaria e Odontoiatria, dei laureati delle professioni sanitarie e dei laureati magistrali delle professioni sanitarie per l'anno accademico 2023-2024

In tutto **75.973** (+5.660 rispetto al fabbisogno di 70.313 dell'anno passato) posti suddivisi in sei diverse aree:

- 1. Area infermieristica: 34.762** (+ 3.122 rispetto l'anno passato (31.640)) di cui:
 - **26.899** per la formazione di base per infermiere
 - **6.414** per la formazione magistrale di area infermieristica ed ostetrica
- 2. Area della riabilitazione: 9.423** (+ 87 rispetto l'anno passato (9.336)) di cui:
 - **2.850** per fisioterapia
 - **1.799** per educatori professionali
 - **1.837** per la formazione magistrale
- 3. Area tecnico-diagnostica e tecnico-assistenziale: 6.399** (+301 rispetto l'anno passato (6.098)) di cui:
 - **1.424** per i tecnici di laboratorio biomedico
 - **1.229** per i tecnici di radiologia medica
- 4. Area della prevenzione: 2.378** (+243 rispetto l'anno scorso (2.135)) di cui **952** per l'assistente sanitario
- 5. Laureati magistrali a ciclo unico per Medicina, Veterinaria e Odontoiatria: 20.916** (+1.609 rispetto l'anno passato (19.307)) di cui **18.133** sono per medico chirurgo (+ 1.779 rispetto l'anno scorso (16.354))
- 6. Laureati magistrali farmacista, biologo, chimico, fisico e psicologo: 2.095**(+346 rispetto l'anno passato (1.749)) di cui:
 - **920** per farmacia (+ 320 rispetto l'anno scorso (600))
 - **707** per biologia
 - **348** per chimica
 - **120** per fisica

La Riforma e gli interventi finanziati nell'ambito del PNRR M6C1

Nel giugno 2022 tutte le Regioni e Province Autonome hanno sottoscritto con il Ministro della Salute il Contratto Istituzionale di Sviluppo per la realizzazione degli interventi finanziati con la M6 del PNRR

Regione	Popolazione Istat 2021	Case della Comunità**			Centrale Operativa Territoriale			Ospedali di Comunità		
		DM riparto*	DM 77/22	CIS	DM riparto*	DM 77/22	CIS	DM riparto*	DM 77/22	CIS
PIEMONTE	4.311.217	82	96	82	43	43	43	27	43	27
VALLE D'AOSTA	125.034	2	3	4	1	1	1	1	1	1
LOMBARDIA	10.027.602	187	223	199	101	101	101	60	100	66
P.A. BOLZANO	532.644	10	12	10	5	5	5	3	5	3
P.A. TRENTO	545.425	10	12	10	5	5	5	3	5	3
VENETO	4.879.133	91	108	95	49	49	49	30	49	35
FRIULI-VENEZIA GIULIA	1.206.216	23	27	23	12	12	12	7	12	7
LIGURIA	1.524.826	30	34	32	15	15	16	10	15	11
EMILIA-ROMAGNA	4.464.119	84	99	85	45	45	45	27	45	27
TOSCANA	3.692.555	70	82	77	37	37	37	23	37	24
UMBRIA	870.165	17	19	17	9	9	9	5	9	5
MARCHE	1.512.672	29	34	29	15	15	15	9	15	8
LAZIO	5.755.700	107	128	135	59	59	59	35	58	36
ABRUZZO	1.293.941	40	29	40	13	13	13	10	13	11
MOLISE	300.516	9	7	13	3	3	3	2	3	2
CAMPANIA	5.712.143	169	127	172	58	58	65	45	57	48
PUGLIA	3.953.305	120	88	121	40	40	40	31	40	38
BASILICATA	553.254	17	12	19	6	6	6	5	6	5
CALABRIA	1.894.110	57	42	61	19	19	21	15	19	20
SICILIA	4.875.290	146	108	156	49	49	50	39	49	43
SARDEGNA	1.611.621	50	36	50	16	16	16	13	16	13
ITALIA	59.641.488	1.350	1.325	1.430	600	600	611	400	596	433

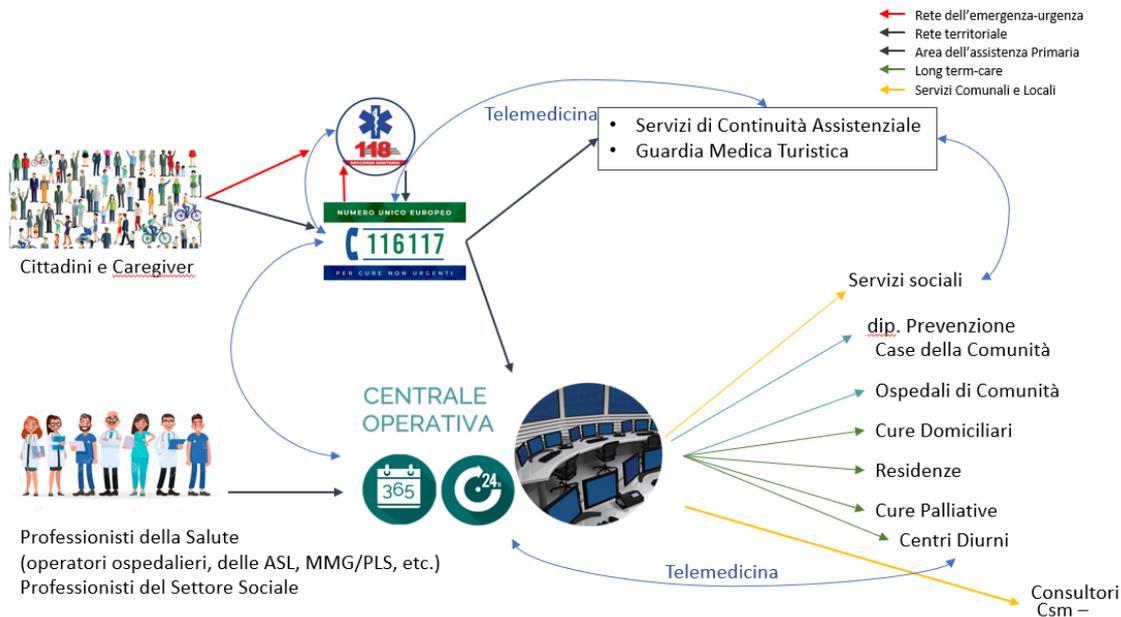


* DM Salute 20/01/2022 «Ripartizione programmatica delle risorse alle regioni e alle province autonome per i progetti del Piano nazionale di ripresa e resilienza e del Piano per gli investimenti complementari»

**Si è considerato un bacino di 45.000 ab.

Submisura 1.2 – Centrale Operativa Territoriale

Un modello di Centrale Operativa Territoriale

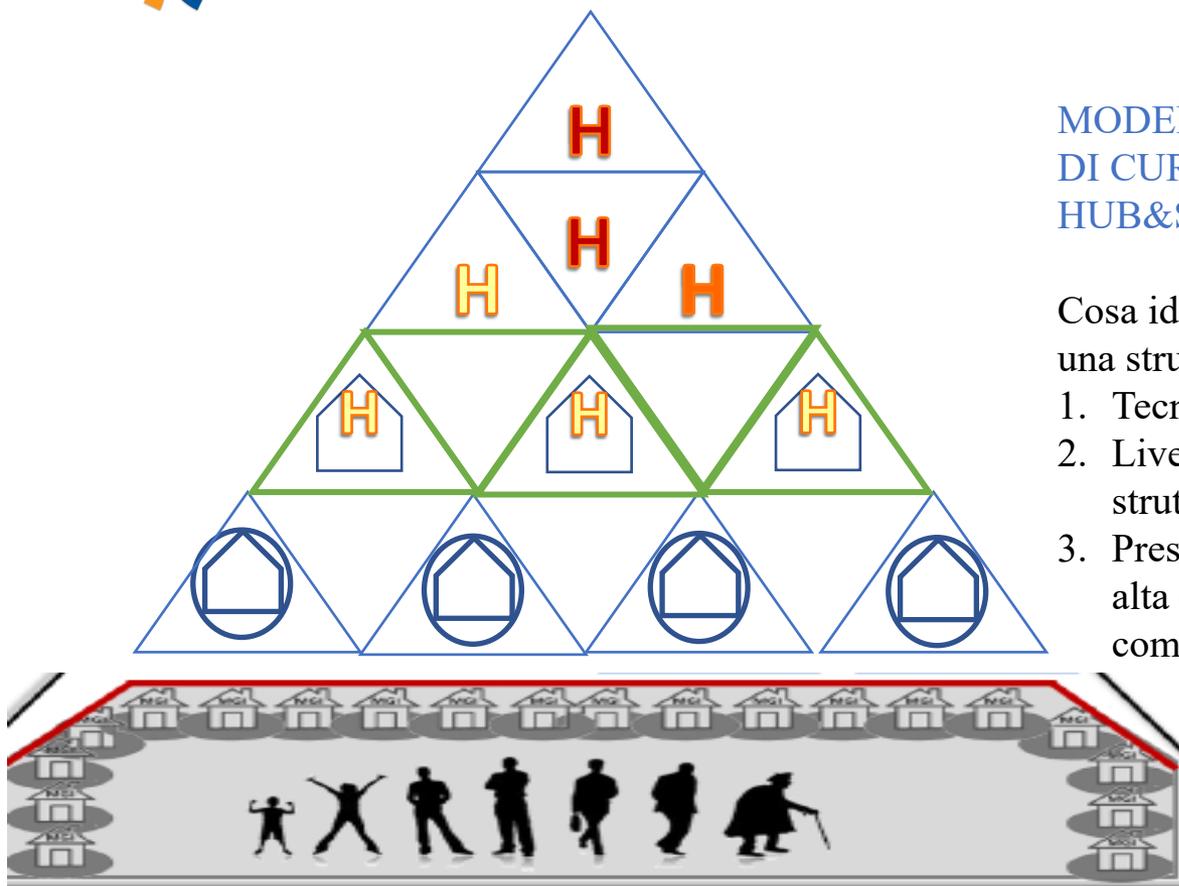


La Centrale Operativa Territoriale è un modello organizzativo innovativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.

Il modello Hub & Spoke come unico modello di gestione dell'assistenza



INTEGRARE LUOGHI DI CURA



MODELLO DEI LUOGHI DI CURA OSPEDALIERI HUB&SPOKE:

Cosa identifica il livello di una struttura:

1. Tecnologia
2. Livelli di standard strutturale
3. Presenza di specialità ad alta complessità e relative competenze

Le nuove potenzialità delle reti assistenziali

- Eleggere la casa come luogo privilegiato di assistenza sfruttando la domotica, la digitalizzazione delle informazioni e il coordinamento degli interventi;
- Garantire un'assistenza multidisciplinare e multiprofessionale, sfruttando l'interconnessione e l'interoperabilità delle informazioni e creando spazi virtuali di confronto tra professionisti;
- Personalizzare l'assistenza e migliorare l'attività di prevenzione attraverso l'utilizzo dei big data e dei sistemi predittivi dello stato di salute;
- Migliorare l'accesso ai servizi e alle informazioni sanitarie, attraverso l'utilizzo di sistemi di intelligenza artificiale;
- Rafforzare l'empowerment dell'assistito e della sua famiglia nel processo di cura attraverso un migliore supporto da remoto da parte dei professionisti sanitari.



agenas.  AGENZIA NAZIONALE PER
I SERVIZI SANITARI REGIONALI

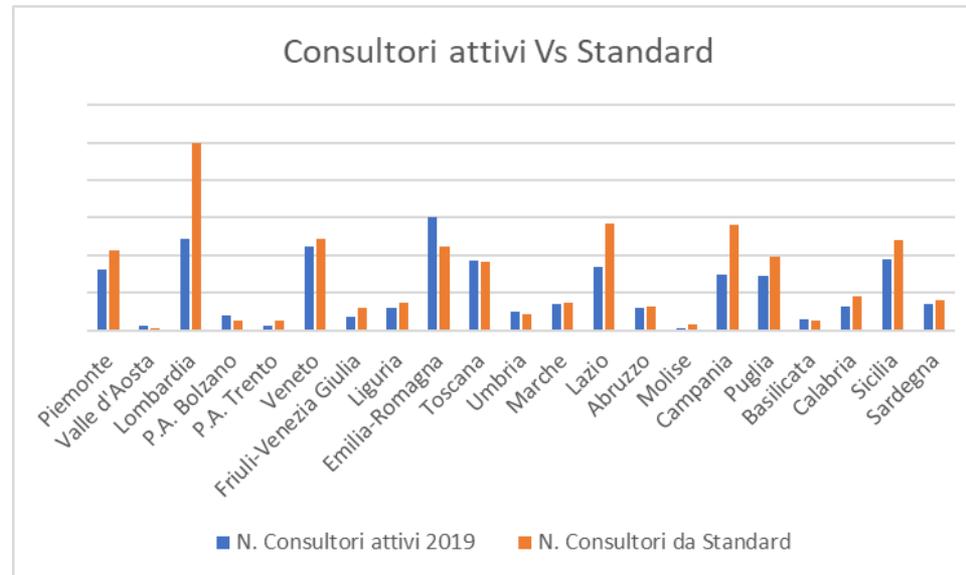
 GOVERNANCE
E CAPACITÀ
ISTITUZIONALE
2014-2020



I servizi territoriali
non regolati dal
DM 77/2022

I Consulenti Familiari attivi

In **Italia** ci sono 2.227 Consulenti attivi a fronte di uno **standard minimo** di 2.949



Assistenza alle persone non autosufficienti

semiresidenzial
e

<p>Livello Residenziale Intensivo: stati vegetativi o coma prolungato, pazienti con gravi insufficienze respiratorie, pazienti affetti da malattie neurodegenerative progressive con disabilità gravissime</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Copertura medica: h 24 per nucleo ▪ Assistenza medica: 300 minuti/ die per nucleo ▪ Infermiere: h 24 ▪ Assistenza globale (infermieri, OSS, terapisti) > 210 min., di cui Assistenza infermieristica > 90 min
<p>Livello Residenziale estensivo: persone non autosufficienti con patologie che, pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi, richiedono elevata tutela sanitaria, continuità assistenziale e presenza infermieristica h24 (di norma max 60 gg)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assistenza medica: 160 minuti / die ▪ Infermiere h 24 ▪ Assistenza globale (infermieri, OSS, terapisti) > 140 min. di cui assistenza infermieristica > 45 min
<p>Livello Residenziale di mantenimento: trattamenti di lungo-assistenza, recupero e mantenimento (compresi interventi di sollievo), riorientamento in ambiente protesico, etc. per persone non autosufficienti o affette da demenza</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assistenza medica: 80 minuti / die ▪ Infermiere h 8 ▪ Assistenza globale (infermieri, OSS, terapisti) > 100 min. ▪ Assistenza infermieristica > 20 min

Fonte: art. 29 e 30 del DPCM LEA; Documento del Comitato LEA del 2007;

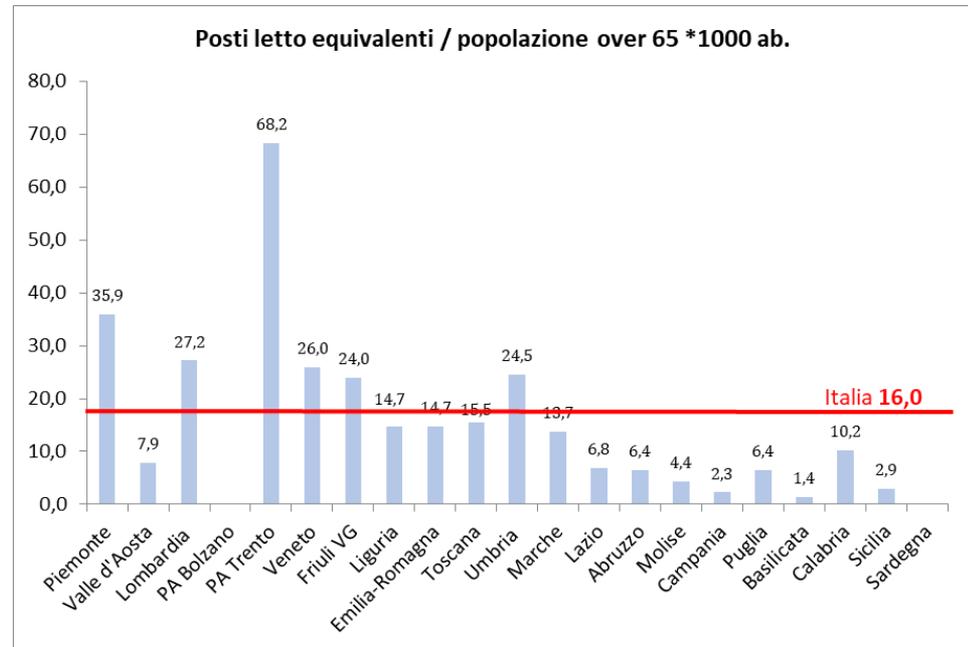
Quanti trattamenti residenziali e semiresidenziali garantiamo?

Regioni	Trattamenti residenziali				Totale	Trattamenti semiresidenziali		Totale
	Assistiti per 1.000 ab.					Assistiti per 1.000 ab.		
	R1	R2	R2D	R3		SR1	SR2	
Piemonte	0,32	2,23	0,33	8,85	11,73	0,10	0,08	0,17
Valle d'Aosta	0,01	2,27	0,30	0,01	2,59	0,00	0,00	0,00
Lombardia	0,09	1,93	0,61	6,43	9,05	0,96	0,38	1,34
PA Bolzano	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PA Trento	0,10	0,94	0,72	15,86	17,62	1,27	0,20	1,48
Veneto	0,53	2,11	0,18	6,31	9,13	0,16	0,26	0,42
Friuli VG	0,03	1,79	1,47	5,89	9,18	0,29	0,00	0,29
Liguria	0,23	2,78	0,19	4,75	7,96	0,24	0,30	0,54
Emilia-Romagna	0,16	2,14	,68	3,05	6,02	0,85	0,12	0,97
Toscana	2,78	0,86	0,19	4,03	7,85	0,34	0,15	0,49
Umbria	0,00	3,84	0,05	3,71	7,59	0,28	0,45	0,72
Marche	0,07	3,11	0,22	3,78	7,19	0,05	0,11	0,16
Lazio	0,05	1,47	0,06	0,50	2,08	0,00	0,02	0,02
Abruzzo	0,35	1,62	0,18	0,74	2,88	0,00	0,00	0,00
Molise	0,38	0,57	0,00	0,86	1,81	0,00	0,00	0,00
Campania	0,01	0,02	0,07	0,48	0,58	0,06	0,11	0,17
Puglia	0,06	0,74	0,19	1,09	2,08	0,07	0,27	0,35
Basilicata	0,00	0,08	0,21	0,61	0,90	0,00	0,00	0,00
Calabria	0,29	1,20	0,01	0,79	2,28	0,01	0,00	0,01
Sicilia	0,18	1,04	0,13	0,35	1,70	0,00	0,02	0,02
Sardegna	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Italia	0,32	1,48	0,29	3,50	5,60	0,31	0,16	0,47

Fonte: Flusso FAR 2021;

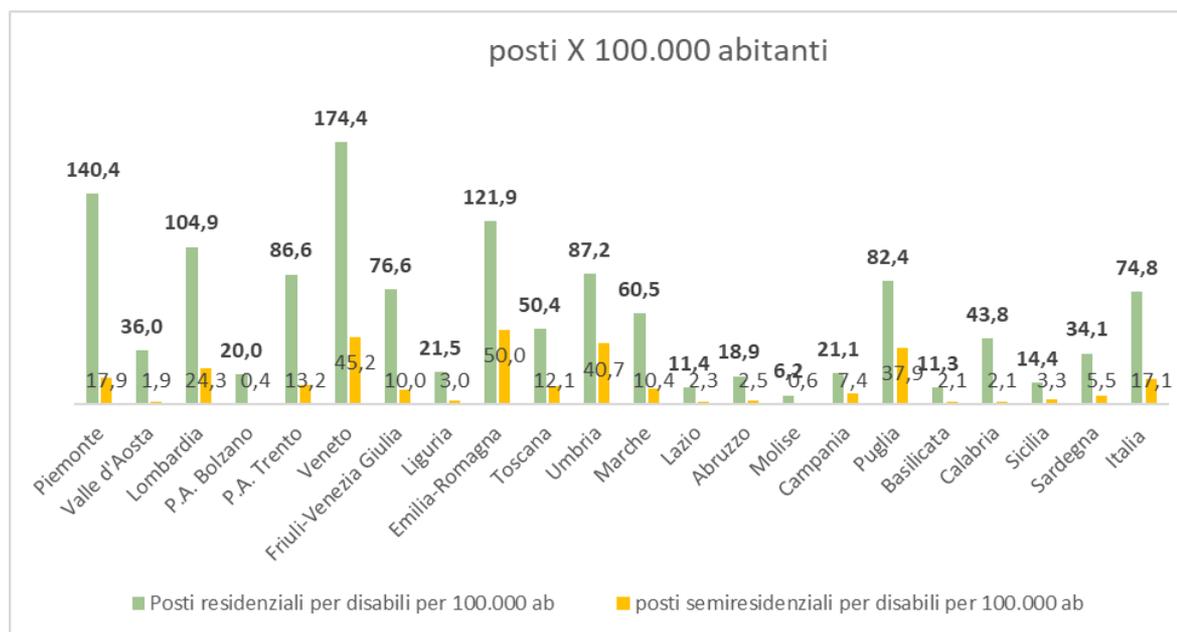
Quanti posti residenziali?

I **posti letto equivalenti** sono calcolati prendendo la somma dei giorni di degenza nell'anno divisi per 365



Fonte: Flusso FAR 2021;

Quanti posti per i disabili?



Fonte: Annuario Statistico SSN 2020

La Salute Mentale -DPR 1/11/1999 (PO Tutela Salute Mentale 1998-2000)

- Il **DSM** garantisce l'unitarietà e la continuità degli interventi; esso serve un **ambito territoriale**, tendenzialmente coincidente con **uno o più distretti** e con un **bacino d'utenza** in ogni caso **non superiore a 150.000 abitanti**
- Il **CSM** è la **sede organizzativa dell'equipe** degli operatori e la **sede del coordinamento degli interventi** (ambulatoriali e domiciliari) di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale, nel territorio di competenza, tramite anche l'integrazione funzionale con le attività dei distretti.

il DSM ha tendenzialmente un organico di almeno un operatore ogni 1.500 ab. > 18 anni

(sono compresi medici psichiatri, psicologi, infermieri, terapeuti occupazionali, terapeuti della riabilitazione psichiatrica e psicosociale, sociologi, assistenti sociali educatori, ausiliari od operatori tecnici di assistenza, personale amministrativo)



AGENZIA NAZIONALE PER
I SERVIZI SANITARI REGIONALI



I Servizi per le Dipendenze Patologiche (Ser.D)

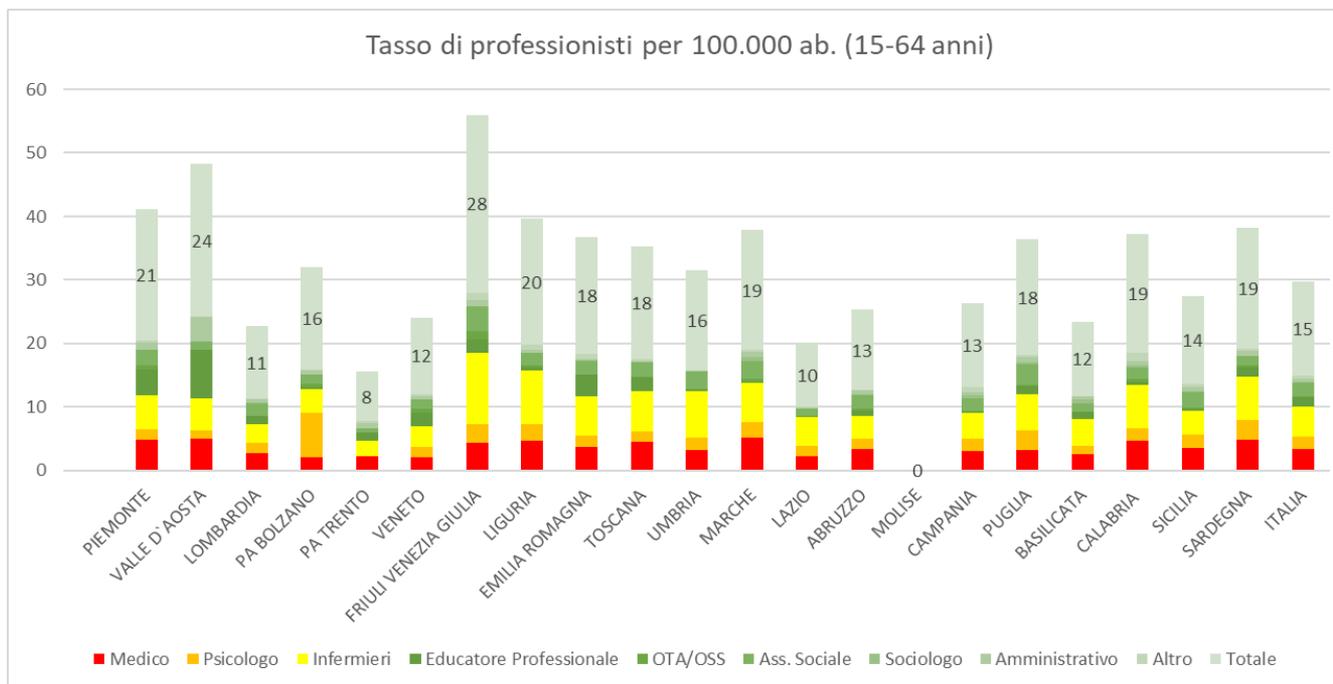
(Decreto Min. Sanità, di concerto con il Ministro per gli Affari Sociali, n. 444/1990)

I SerD sono **servizi specialistici** la cui organizzazione e dotazione del personale deve garantire i **LEA** definiti dal DPCM 12/01/2017 **all'art. 28** e per quanto riguarda **l'assistenza semiresidenziale e residenziale all'art. 35.**

ogni Ser.D è dotato di 22 operatori,
suddivisi in 5 medici, 4 psicologi, 3 assistenti sociali, 5 infermieri professionali, 3 amministrativi,
2 educatori professionali.

Il personale operante nei Ser.D

Nel 2021 sono operanti in Italia 574 Ser.D*



Fonte - TAB 1SD Conto Annuale al 31/12/2019

In Italia in media operano nei SERD

3,3 medici ogni 100.000 ab tra i 15 e i 64 anni di cui 1,1 psichiatri

*Fonte Rapporto Tossicodipendenze Analisi dei dati del Sistema Informativo Nazionale delle Dipendenze- Anno 2021 del Ministero della Salute

I Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza

I servizi di NP/IA, ai sensi dell'Intesa del 25 luglio 2019 (Rep. Atti n. 70/CU), **garantiscono l'unitarietà degli interventi, l'integrazione dei servizi e la continuità terapeutica.** Il servizio svolge la sua attività in stretto **collegamento con i PLS e i MMG**, i servizi sociali degli **Enti Locali**, le **istituzioni scolastiche**, i **consultori familiari**, **gli altri servizi del territorio rivolti alla popolazione infantile e giovanile**, gli eventuali servizi di riabilitazione accreditati per l'età evolutiva, i **servizi per le dipendenze**, i **servizi di salute mentale per l'adulto**, nonché con il livello ospedaliero.

Solo quattro Regioni hanno un sistema informativo dedicato
(Emilia Romagna, Lombardia, Piemonte, Toscana)

Cosa serve per raggiungere l'integrazione ?



 **M5. INCLUSIONE E COESIONE**
C2.1 INFRASTRUTTURE SOCIALI, FAMIGLIE, COMUNITA' ...

 **M6. SALUTE**
C1 RETI DI PROSSIMITA', STRUTTURE E TELEMEDICINA
PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE

... LEGGE BILANCIO, DECRETI COVID, FSE-FSER, PianoNSociale ...

*L'integrazione è “l'insieme coerente di metodi e di modelli riguardanti il finanziamento, l'amministrazione, l'organizzazione, l'erogazione di servizi ed i livelli clinici, progettati per creare connessioni, allineamento e collaborazione all'interno e tra i settori delle cure (cure) e dell'assistenza (care)”**

Istituzionale	Si realizza attraverso la collaborazione tra istituzioni sociali e sanitarie per la definizione di scelte programmatiche volte a realizzare comuni obiettivi di salute
Gestionale	E' relativa alle modalità di gestione che possono promuovere e facilitare percorsi di continuità assistenziale, rispondendo in modo esaustivo e in senso multidimensionale al bisogno complesso di salute
Professionale	Si realizza nella collaborazione tra diverse culture professionali nella gestione del sistema dell'offerta, attraverso l'unitarietà di protocolli degli interventi.

*Kodner D., Spreeuwenberg C.: Integrated Care: Meaning, Logic, Applications and Implications – A Discussion Paper. International Journal of Integrated Care, Vol. 2(3), 2002.

I Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS)

«Sono costituiti dagli interventi, dai **servizi**, dalle **attività** e dalle **prestazioni** integrate che la Repubblica assicura, [...], con carattere di universalità su tutto il territorio nazionale **per garantire qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione, prevenzione, eliminazione o riduzione delle condizioni di svantaggio e di vulnerabilità***»



I LEPS sono organizzati e realizzati al livello territoriale dagli 585** **Ambiti Sociali Territoriali** che costituiscono la **sede necessaria nella quale programmare, coordinare, realizzare e gestire gli interventi, i servizi e le attività** utili al raggiungimento dei LEPS medesimi.

*Legge 30 dicembre 2021, n. 234 «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024», art. 1, comma 159

** Fonte: <https://www.lavoro.gov.it/strumenti-e-servizi/Sistema-informativo-servizi-sociali/Pagine/Ambiti-Territoriali-del-SIUSS.aspx>

Le opportunità che abbiamo?

II PONGOV

quale VOLANO di questo cambiamento



II DM 77/2022



II PNRR



Le esperienze che ricerca il PONGOV

Assistenza
Domiciliar
e
Integrata

Presa
in
carico
e PDTA

Telemedicina

Fragilità
specifiche

Gestione
delle
emergenze
per la
popolazione
fragile

La Comunità di Pratica del PONGOV!



Sindaci

Professionisti sociali

Osservatorio BP SOCIO-SANITARIE
(Convenzione Agenas – Federsanita Anci regionali)



Osservatorio Nazionale BP Agenas

Monitoraggio delle Buone Pratiche



Referenti regionali e aziendali

Ministero della Salute



(DG Progs, DG Siss, DG Prev, DG Prof, DG Cori, DG Ric e Segretariato generale)

OSSERVATORIO CRONICITÀ



Nucleo Tecnico Territoriale

Nucleo Tecnico Centrale

Comitato Guida Interdirezionale



Agenzia per l'Italia Digitale



AIFA

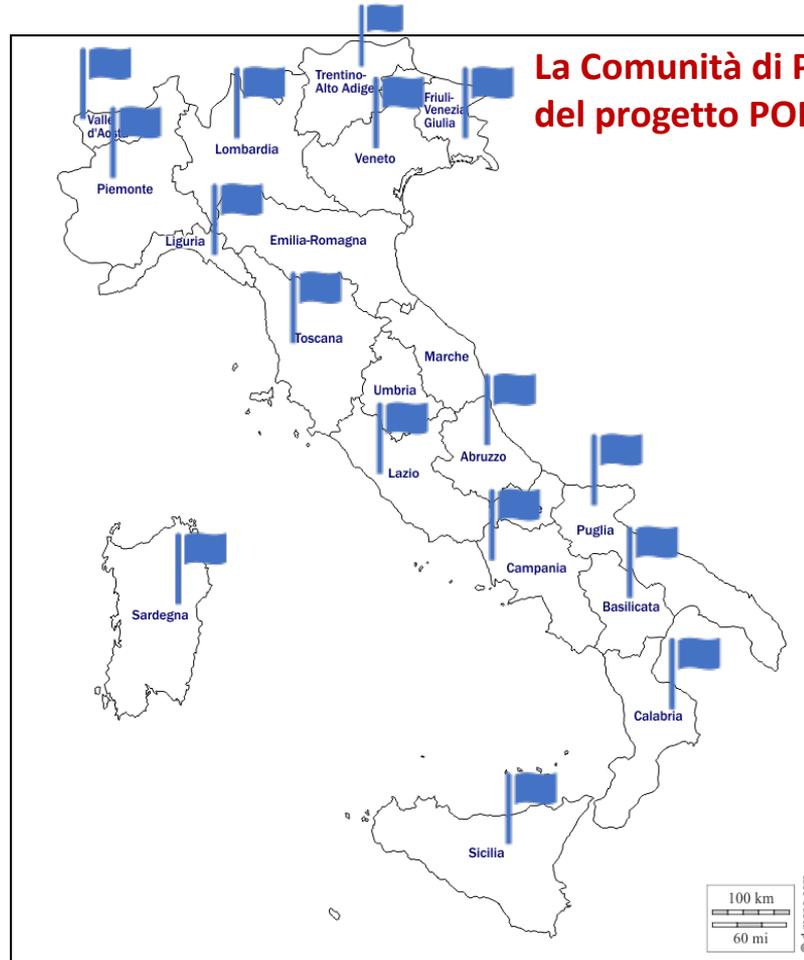


Advocacy Group



- Referenti Cronicità
- Referenti ICT

Rete regionale



La Comunità di Pratica del progetto PONGOV



Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia



REGIONE DEL VENETO



Regione Emilia-Romagna



Regione Umbria



Regione Siciliana



© d-maps.com

ALCUNI ESEMPI DI PRATICHE DEL PONGOV NEL SANITARIO...

Integrazione COT e CO 116117 regione Piemonte



Autorizzazione ministeriale
26/11/2019

Al Direttore Regionale
Dott. Danilo Bono
programmazione.sanitaria@cert.regione.piemonte.it

Alla dott. Fabrizia Tagliaferri
fabrizia.tagliaferri@regione.piemonte.it

Oggetto: autorizzazione all'attivazione sperimentale del numero 116117

Gentilissimi,

facendo seguito al parere positivo espresso dalla struttura di monitoraggio per il progetto presentato dalla Regione Piemonte, trasmetto l'autorizzazione all'attivazione sperimentale.

Distinti saluti:

Il Direttore dell'Ufficio 2
coordinatore del gruppo di lavoro
Mariadonata Bellentani

ZsEvenc:
Cristiana Chiaranti
NEL.ROSPICAZZI
ENRIL.ELGARRETTI@REGIONE.PIEMONTE.IT

Sperimentazione



Premio RUSAN 2022
Presentazione del progetto prescelto
Integrazione tra Centrali Operative Territoriali e Centrali 116117

COT Alessandria

REGIONE PIEMONTE
Direzione Sanità e Welfare

ASL CN2

A.S.L. NO
Azienda Sanitaria Locale di Novara

A.S.L. TO3
Azienda Sanitaria Locale di Colligno e Pinerolo

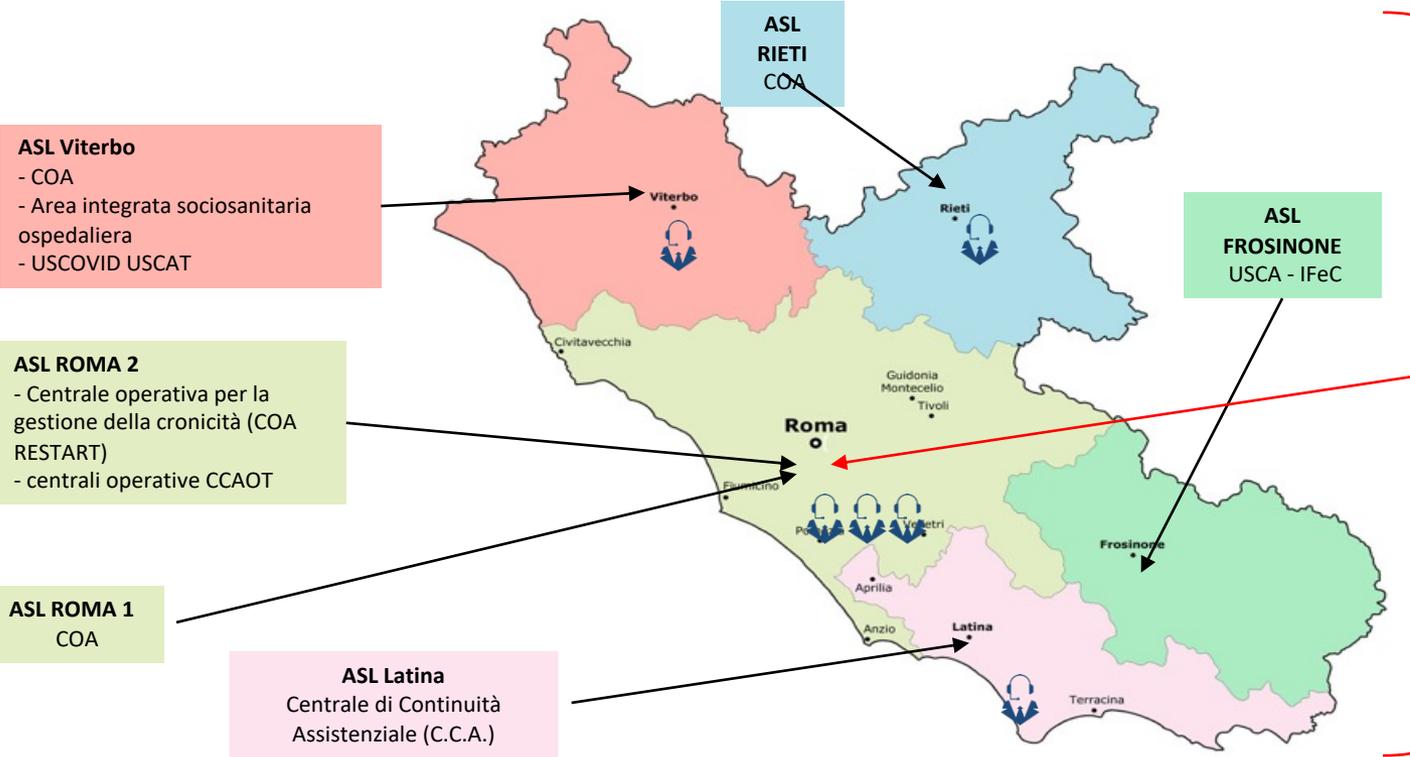
Azienda Sanitaria Locale "Città di Torino"
Regione Piemonte

agenas. AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI

COMUNITA' DI PRATICA

Progetto Sperimentale di ricerca: attivazione COT

Centrali Operative nate dal periodo Covid nella Regione Lazio



Attivazione del numero verde 800 188 800 in tutta la regione Lazio



Esperienza Friuli – Venezia Giulia: PROGETTO SMART-CARE

Nuovo modello di assistenza domiciliare **assistenza domiciliare efficace, integrata e sostenibile** per l'utente anziano ricoverato per una o più patologie croniche ad elevato impatto clinico.

Gestione degli utenti **PDTA a breve termine «post-acuto»** e a **PDTA a lungo termine «cronico»**, effettuare una raccolta di un identico **minimum dataset di variabili cliniche ed assistenziali**.

Valutazione congiunta con il **Team assistenziale SmartCare**, elaborazione di un **Piano Assistenziale Individuale (PAI)**, nomina di un **casemanager** responsabile dell'attuazione del piano e del suo aggiornamento periodico.

Servizi e Prestazioni



Piattaforma ICT, per gestire una cartella clinica per la raccolta dei dati accessibile a tutti gli operatori ed ai partecipanti in base al proprio ruolo.



Telemonitoraggio domiciliare, per ottenere dati clinici e ambientali (pressione arteriosa, peso corporeo, frequenza cardiaca, ECG e SO₂, sensore di cadute, parametri ambientali: fumo, acqua, gas, temperatura).



Hub domiciliare per il collegamento tra apparecchiature e piattaforma integrata e comunicazioni tra partecipanti e operatori.



Centro Operativo di Monitoraggio e Supporto (COMES), per l'installazione ed attivazione del TM domiciliare, controllo del funzionamento ed assistenza. Permette di contattare il case manager del paziente.

Servizi online

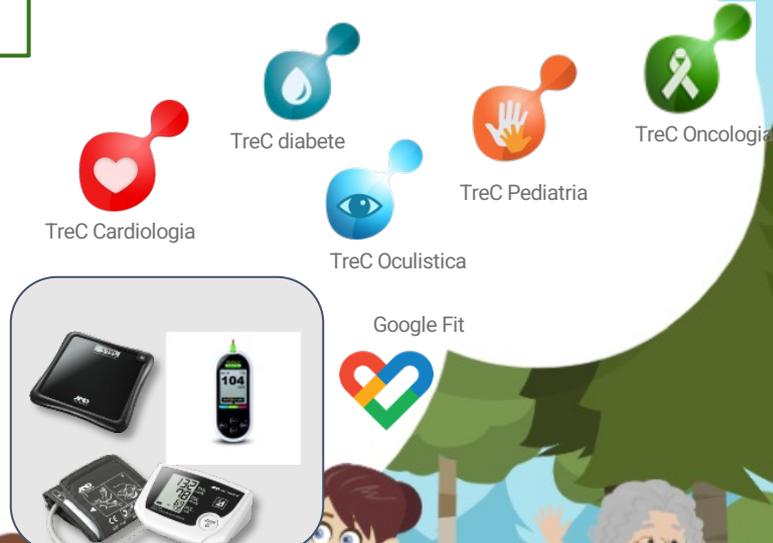
- Visualizzare i referti medici
- Modificare la visibilità dei referti
- Vedere le ricette farmaceutiche
- Vedere le ricette specialistiche
- Prenotare una visita/televisita/analisi del sangue
- Vedere il calendario delle prestazioni prenotate
- Cambiare medico di base
- Accedere alla televisita sia specialistica che con i pediatri di libera scelta
- Gestire più-account (deleghe ad altre TreC)
- Pagare i ticket delle prestazioni sanitarie (web)..

L'ecosistema treC +

Empowerment del cittadino

- Inserisci storia clinica familiare
- Inserisci allergie
- Scheda sanitaria
- Inserisci intolleranze
- Inserisci sintomi
- Misura peso
- Inserisci vaccinazioni
- Inserisci farmaco

Prescrizione App e medicina personalizzata



Accesso sicuro (SPID) al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)

Personal Health Record
Prevenzione/educazione

Architettura a micro-servizi
e medicina personalizzata

Virtual coach
AI

Call Buone Pratiche 2018 → emersione di 36 Buone Pratiche e 6 Best Practice

Nuova Call Buone Pratiche 2022/2023
emersione di n. 23 pratiche regionali/aziendali.



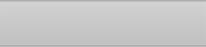
Valutazione da parte del Team di progetto Agenas – Ministero della Salute



n. 6 Buone Pratiche;
n. 6 Best Practice;
n. 11 pratiche in attesa di integrazione da parte degli enti.

Regione/Ente	Ente/Nome pratica
Lazio	** (AO San Giovanni) Telemonitoraggio
Lazio	Televisite -AO San Giovanni Addolorata
Lazio	** (ASL RM1) La salute a casa
Lazio	** (ASL RM1) W gli Anziani; rete di prossimità
Lazio	** (ASL RM2) Curare@Casa Ospedale Virtuale
Lazio	** (Asl 4) Co-housing: Convivenze protette per persone con disagio psichico e sociale
Campania	** (ASL Caserta) Chronic Care Center
Lombardia	Ambulatori Diffusi ATS DI BERGAMO
Marche	Rete Diabetologica Marchigiana
PA Trento	Piattaforma TreC - Ecosistema di sanità digitale
Piemonte	** Progetto sperimentale COT (ASL To3 - ASL No - ASL Cn2 - ASL Città di Torino)
Abruzzo	** (ASL Chieti - tumini) Supporto da remoto i bambini con diabete e i loro caregivers (compreso il personale della scuola)
Puglia	** COReHealth
Lombardia	** ASST Lodi Cartella sociale integrata
Lombardia	Centrale di sorveglianza delle fragilità e cronicità ASST Lodi
Toscana	Valutazione multidimensionale, teleconsulto multiplo JADECARE (Distretto Piana di Lucca)
Campania	PERSILLA - Prevenzione e stili di vita sani
Valle D'Aosta	** Proximity
Campania	** (ASL Caserta) Sperimentazione Medical See & Treat e Fast Track Pronto Soccorso
Sicilia	** (ASP Ragusa) COT
Lazio	infermiere di famiglia asl RM6 (referente?)
Emilia-Romagna	ASL Ferrara - sperimentazione gestionale pubblico-privato ASL-Uni Ferrara
Veneto	ULSS Verona COT

 Pratiche valutate

 Pratiche in attesa di integrazioni da ente e/o in attesa di valutazione

Modello Agenas di valutazione multidimensionale della performance manageriale nelle Aziende Ospedaliere

Obiettivi del progetto

Realizzazione di un sistema integrato di valutazione della performance manageriale delle Aziende Ospedaliere e Ospedaliero-Universitarie

PERFORMANCE MANAGERIALE

Capacità del management di conseguire gli obiettivi assistenziali (ESITI e ACCESSIBILITÀ), coerentemente con le risorse disponibili (FINANZIARIE, PROFESSIONALI E TECNOLOGICHE), attraverso il governo dei processi e l'adozione di modelli organizzativi adeguati

PROGRAMMA NAZIONALE ESITI



What's New?

NUOVO MODELLO DI VALUTAZIONE

- ✓ Sistema istituzionale di monitoraggio della performance aziendale
- ✓ Nuovi ambiti di valutazione
- ✓ Strumento sintetico, dinamico e condiviso

Cosa ci può aiutare nel lavoro per raggiungere l'integrazione ?

CO - PROGETTAZIONE

COMUNITA' DI PRATICA

Luogo operativo di scambio e condivisione tra Regioni, referenti, Aziende, stakeholders con diversi gradi di esperienza rispetto a una o più priorità strategiche, che può al contempo stimolare il trasferimento di conoscenza e promuovere e consolidare nella cultura condivisa dagli operatori il passaggio dalla medicina di attesa (aspettare che una persona si ammali per poi assisterla), **alla medicina di iniziativa** (misura del rischio di ammalarsi per affiancare la persona nelle scelte quotidiane di prevenzione e cura).



Long-Term Care EIGHT

Gli Stati Generali dell'Assistenza
a lungo termine

EDIZIONE 2023

GRAZIE

Francesco Enrichens

enrichens@agenas.it

