



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

M6C1 – Recovery Fund

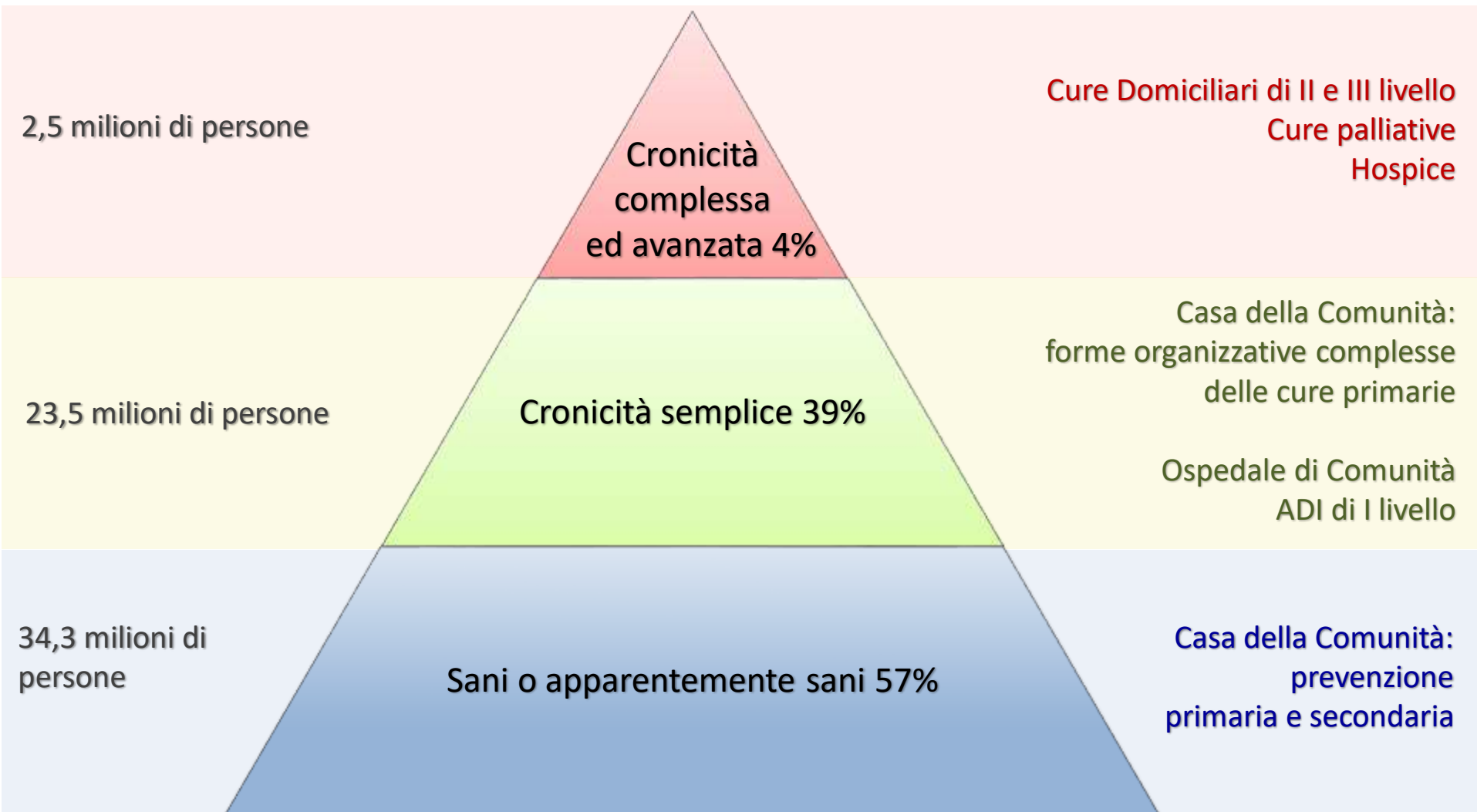
Potenziamento dell'assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale

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

Misura	Sub-misura	Totale
Misura di Riforma: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale		0 €
	Submisura 1.1: Casa della Comunità al centro del territorio	2.000.000.000 €
Misura di Investimento: Potenziamento dell'assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale	Submisura 1.2: La Casa come primo luogo di cura per il cittadino attraverso un approccio multilaterale e il ricorso a nuove tecnologie <ul style="list-style-type: none"> - 1.2.1 <i>La casa come primo luogo di cura</i> - 1.2.2 <i>Lo sviluppo di un nuovo modello organizzativo: la Centrale Operativa Territoriale</i> - 1.2.3 <i>La telemedicina a supporto dei pazienti con patologie croniche</i> 	4.000.000.000 €
	Submisura 1.3: Rafforzare le cure intermedie e le sue strutture (l'Ospedale di Comunità)	1.000.000.000 €
		7.000.000.000 €

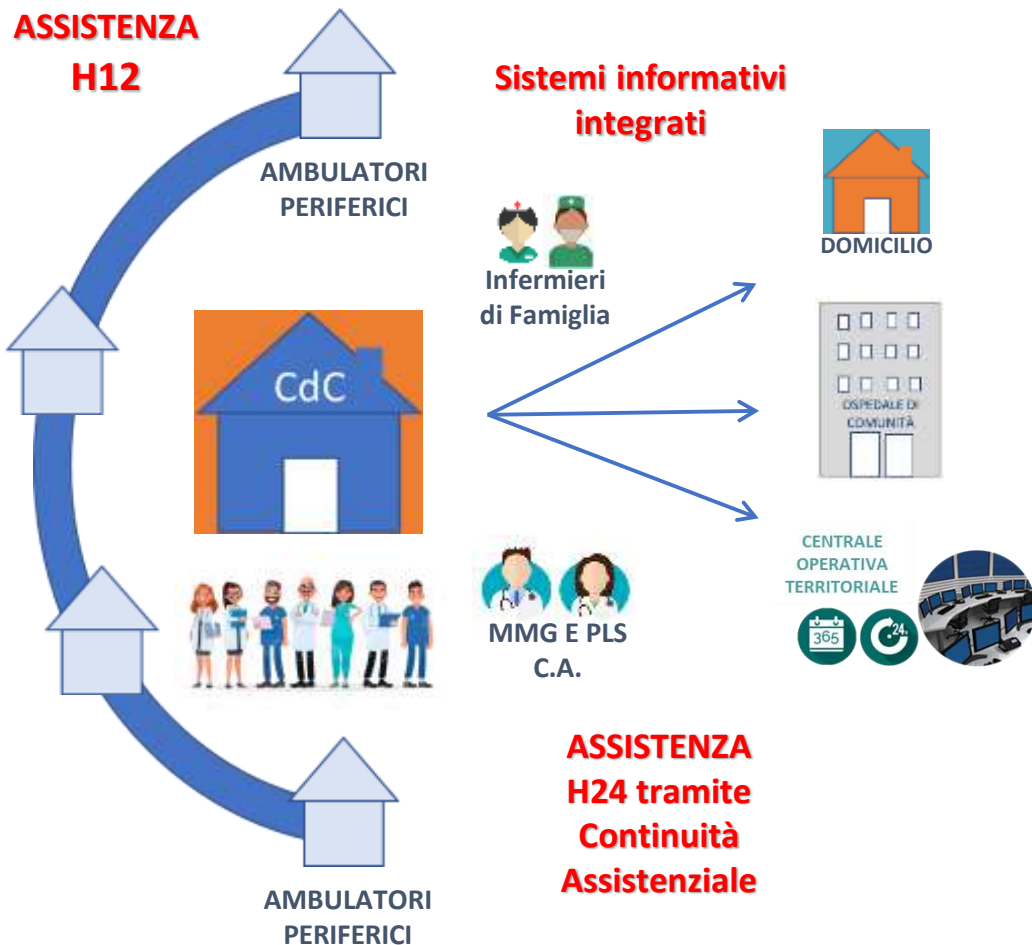
L'assistenza per bisogni assistenziali

Setting Assistenziale



Submisura 1.1: Casa della Comunità al centro del territorio

Standard: 1 ogni 15.000-25.000 ab



- **Organizzazione capillare** su tutto il territorio.
- Una struttura fisica in cui opera un **team multidisciplinare** di: MMG, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute e può ospitare anche assistenti sociali.
- Un punto di **riferimento continuativo per la popolazione** che, anche attraverso una infrastruttura informatica, un punto prelievi, la strumentazione polispecialistica permette di garantire la presa in carico della comunità di riferimento.

Submisura 1.1: Casa della Comunità al centro del territorio

Regione/PA	Popolazione (01/01/2020)	CdC da standard (1 ogni 20.000 ab.)	CdC attive in Regione*	CdC da realizzare con fondo recovery	CdC attive nel 2026
Piemonte	4.341.375	217	71	93	164
Valle d'Aosta	125.501	6	0	3	3
Lombardia	10.103.969	505	0	216	216
PA Bolzano	532.080	27	0	11	11
PA Trento	542.739	27	0	12	12
Veneto	4.907.704	245	77	105	182
Friuli Venezia Giulia	1.211.357	61	0	26	26
Liguria	1.543.127	77	4	33	37
Emilia Romagna	4.467.118	223	124	95	219
Toscana	3.722.729	186	76	80	156
Umbria	880.285	44	4	19	23
Marche	1.518.400	76	21	32	53
Lazio	5.865.544	293	22	125	147
Abruzzo	1.305.770	65	0	28	28
Molise	302.265	15	6	6	12
Campania	5.785.861	289	0	124	124
Puglia	4.008.296	200	0	86	86
Basilicata	556.934	28	1	12	13
Calabria	1.924.701	96	13	41	54
Sicilia	4.968.410	248	55	106	161
Sardegna	1.630.474	82	15	35	50
ITALIA	60.244.639	3.010	489	1.288	1.777

*Fonte dati:

Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale.»

Documentazione e Ricerche. N. 144. 1 marzo 2021. Dipartimento Affari Sociali del Servizio Studi della Camera dei deputati - XVIII legislatura.

Submisura 1.2.1: La Casa come primo luogo di cura per il cittadino – Assistenza Domiciliare

Decreto del presidente del consiglio dei ministri 12 gennaio 2017

Articolo 22 – Cure domiciliari:

Comma 1 - Il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali a domicilio costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita. L'azienda sanitaria locale assicura la continuità tra le fasi di assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio.

Comma 3 - In relazione al bisogno di salute dell'assistito ed al livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale, le cure domiciliari, si articolano nei seguenti livelli:

Livello	Coefficiente Intensità Assistenziale (CIA)
Cure domiciliari di livello base	$CIA < 0,14$
ADI di I livello	$0,14 < CIA < 0,30$
ADI di II livello	$0,31 < CIA < 0,50$
ADI di III livello	$CIA > 0,50$

CIA = GEA/GdC

GEA: giornate di effettiva assistenza nelle quali è stato effettuato almeno un accesso domiciliare

GdC: giornate di cura dalla data della presa in carico alla cessazione del programma

Submisura 1.2.1: La Casa come primo luogo di cura per il cittadino – Assistenza Domiciliare

Decreto del presidente del consiglio dei ministri 12 gennaio 2017:

Articolo 23 – Cure palliative domiciliari:

Comma 1 - Il Servizio sanitario nazionale garantisce le cure domiciliari palliative di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38, nell'ambito della Rete di cure palliative a favore di persone affette da patologie ad andamento cronico ed evolutivo 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. **Le cure sono erogate dalle Unità di Cure Palliative (UCP) sulla base di protocolli formalizzati nell'ambito della Rete e sono costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci di cui all'art. 9 e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, nonché dei preparati per nutrizione artificiale, da aiuto infermieristico, assistenza tutelare professionale e sostegno spirituale. Le cure palliative domiciliari si articolano nei seguenti livelli:**

Livello	Coefficiente Intensità Assistenziale (CIA)
Livello base	CIA < 0,50
Livello specialistico	CIA > 0,50

CIA = GEA/GdC

GEA: giornate di effettiva assistenza nelle quali è stato effettuato almeno un accesso domiciliare

GdC: giornate di cura dalla data della presa in carico alla cessazione del programma

Submisura 1.2.1: La Casa come primo luogo di cura per il cittadino – Assistenza Domiciliare

Standard: 10% della popolazione over 65

Metodologia:

Lo standard è stato costruito tenendo conto delle esperienze regionali più virtuose, come Emilia-Romagna e Veneto. Un'analisi di dettaglio della popolazione in assistenza domiciliare di queste 2 regioni ha permesso di ripartire la popolazione italiana over 65 nei seguenti livelli di intensità assistenziale:

- 60% in cure domiciliari di base (484.782 persone) ;
- 20% in cure domiciliari integrate di I livello (161.594 persone);
- 10% in cure domiciliari integrate di II livello (80.797 persone);
- 4% in Cure domiciliari integrate di III livello (32.319 persone);
- 6% in Cure palliative domiciliari (48.478 persone).

Per raggiungere lo standard del 10% della popolazione italiana over 65 è stato calcolato l'incremento delle prese in carico in Assistenza Domiciliare sulle proiezioni di popolazione over 65 al 2026.

Submisura 1.2.1: La Casa come primo luogo di cura per il cittadino – Assistenza Domiciliare

Regione/PA	Popolazione over 65 attuale	Assistiti over 65 con PIC erogate (SIAD 2019)	% utenti trattati complessivamente per Regione 2019	Target Popolazione >65 anni presa in carico al 10% al 2026	Numero pazienti da incrementare in Cure Domiciliari per raggiungere il target del 10%
Piemonte	1.115.960	61.667	5,5%	117.802	56.135
Valle d'Aosta	30.309	227	0,7%	3.241	3.014
Lombardia	2.295.835	108.959	4,7%	250.058	141.099
PA Bolzano	105.656	365	0,3%	11.889	11.524
PA Trento	122.248	7.291	6,0%	13.599	6.308
Veneto	1.135.667	100.143	8,8%	124.841	24.698
Friuli Venezia Giulia	319.905	17.782	5,6%	33.648	15.866
Liguria	438.344	15.838	3,6%	45.062	29.224
Emilia Romagna	1.079.476	98.894	9,2%	115.261	16.367
Toscana	950.428	79.172	8,3%	100.661	21.489
Umbria	225.810	9.752	4,3%	24.026	14.274
Marche	381.026	14.974	3,9%	40.622	25.648
Lazio	1.276.877	31.731	2,5%	141.744	110.013
Abruzzo	314.288	15.166	4,8%	34.019	18.853
Molise	75.887	5.430	7,2%	8.100	2.670
Campania	1.099.634	29.244	2,7%	124.273	95.029
Puglia	891.842	23.297	2,6%	98.710	75.413
Basilicata	130.001	6.666	5,1%	14.215	7.549
Calabria	419.874	8.338	2,0%	46.742	38.404
Sicilia	1.056.210	51.246	4,9%	116.958	65.712
Sardegna	393.813	15.662	4,0%	44.345	28.683
ITALIA	13.859.090	701.844	5,1%	1.509.814	807.970,10

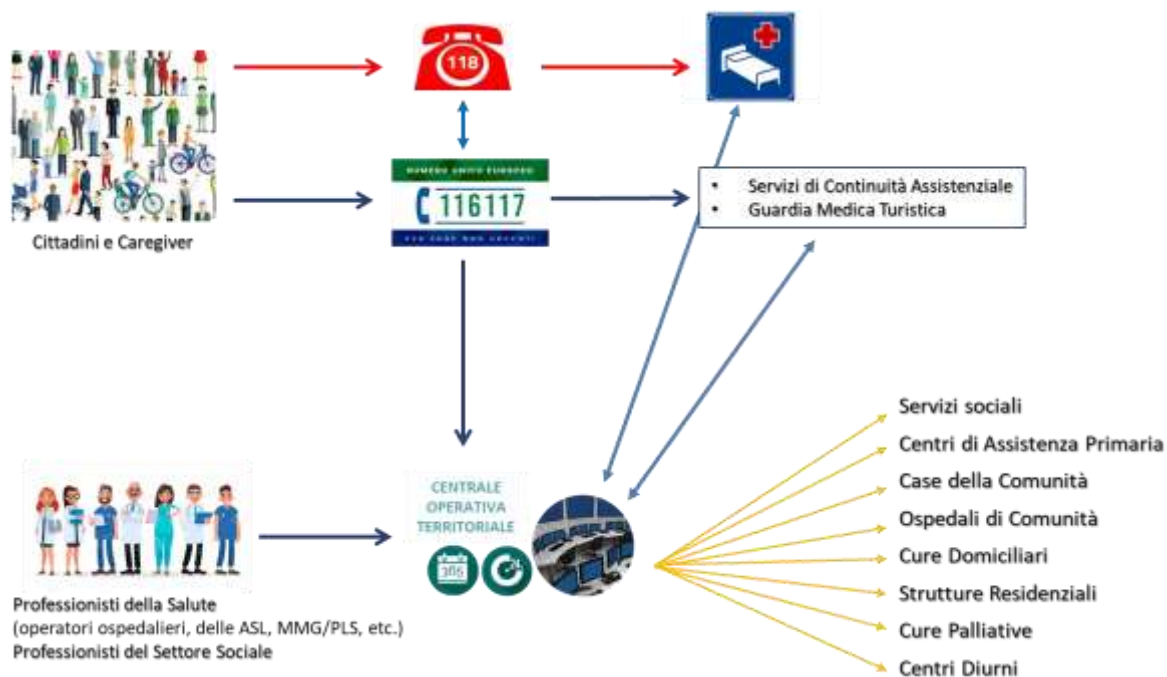
Submisura 1.2: La Casa come primo luogo di cura per il cittadino – Assistenza Domiciliare

Modello organizzativo:

Il servizio di assistenza domiciliare è garantito attraverso la presenza di **personale sanitario** (infermieri, OSS, tecnici e medici) **7 giorni su 7 dalle 07.00 alle 21.00**. La programmazione degli accessi infermieristici a domicilio dovrà essere sviluppata nell'arco dell'intera settimana (ossia 7 giorni su 7), tenendo conto della complessità clinico-assistenziale dei pazienti.

Submisura 1.2.2: Lo sviluppo di un nuovo modello organizzativo: Centrale Operativa Territoriale

Standard: 1 ogni 100.000 ab



- Piattaforma di **interconnessione** con tutte le strutture presenti sul territorio
- **Device** per pazienti ed operatori
- Sperimentazione di strumenti di **Intelligenza Artificiale e Machine Learning** a supporto della gestione clinica e organizzativa dei pazienti
- **Infermieri di Famiglia**

Submisura 1.2.2: Lo sviluppo di un nuovo modello organizzativo: Centrale Operativa Territoriale

Regione/PA	Popolazione (01/01/2020)	COT standard (1 ogni 100.000)
Piemonte	4.341.375	43
Valle d'Aosta	125.501	1
Lombardia	10.103.969	101
PA Bolzano	532.080	5
PA Trento	542.739	5
Veneto	4.907.704	49
Friuli Venezia Giulia	1.211.357	12
Liguria	1.543.127	15
Emilia Romagna	4.467.118	45
Toscana	3.722.729	37
Umbria	880.285	9
Marche	1.518.400	15
Lazio	5.865.544	59
Abruzzo	1.305.770	13
Molise	302.265	3
Campania	5.785.861	58
Puglia	4.008.296	40
Basilicata	556.934	6
Calabria	1.924.701	19
Sicilia	4.968.410	50
Sardegna	1.630.474	16
ITALIA	60.244.639	602

Submisura 1.2.2: Lo sviluppo di un nuovo modello organizzativo: Centrale Operativa Territoriale

Modello organizzativo:

La Centrale Operativa Territoriale è uno **strumento organizzativo innovativo** che svolge una **funzione di coordinamento** della presa in carico del cittadino/paziente e **raccordo tra servizi e soggetti coinvolti nel processo assistenziale nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e della rete di emergenza-urgenza**. L'obiettivo della COT è quello di **assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria**, attraverso un servizio rivolto prevalentemente ad operatori sanitari e socio-sanitari.

Submisura 1.2.3: La telemedicina a supporto dei pazienti con patologie croniche

Obiettivi:

1. contribuire a ridurre la variabilità geografica dell'assistenza territoriale, grazie all'armonizzazione degli standard di cura garantiti dalla tecnologia;
2. garantire una migliore "esperienza di cura" per i cittadini;
3. migliorare i livelli di efficienza dei sistemi sanitari regionali, attraverso approcci di cura domiciliare e protocolli di monitoraggio da remoto dei pazienti.



Submisura 1.2.3: La telemedicina a supporto dei pazienti con patologie croniche

Metodologia:

- Finanziamento di Progetti di Telemedicina selezionati attraverso un bando di gara nazionale rivolto alle Regioni.
- Selezione dei Progetti sarà rivolta a quei progetti che mireranno:
 - all'integrazione delle soluzioni proposte con il Fascicolo Sanitario Elettronico;
 - al raggiungimento di target quantitativi di performance legati ai principali obiettivi della telemedicina;
 - progettati a supporto del nuovo modello di sanità territoriale.

Submisura 1.3: Rafforzare le cure intermedie e le sue strutture (l'Ospedale di Comunità)

Standard previsti da Accordo Stato-Regioni del 20 febbraio 2020:

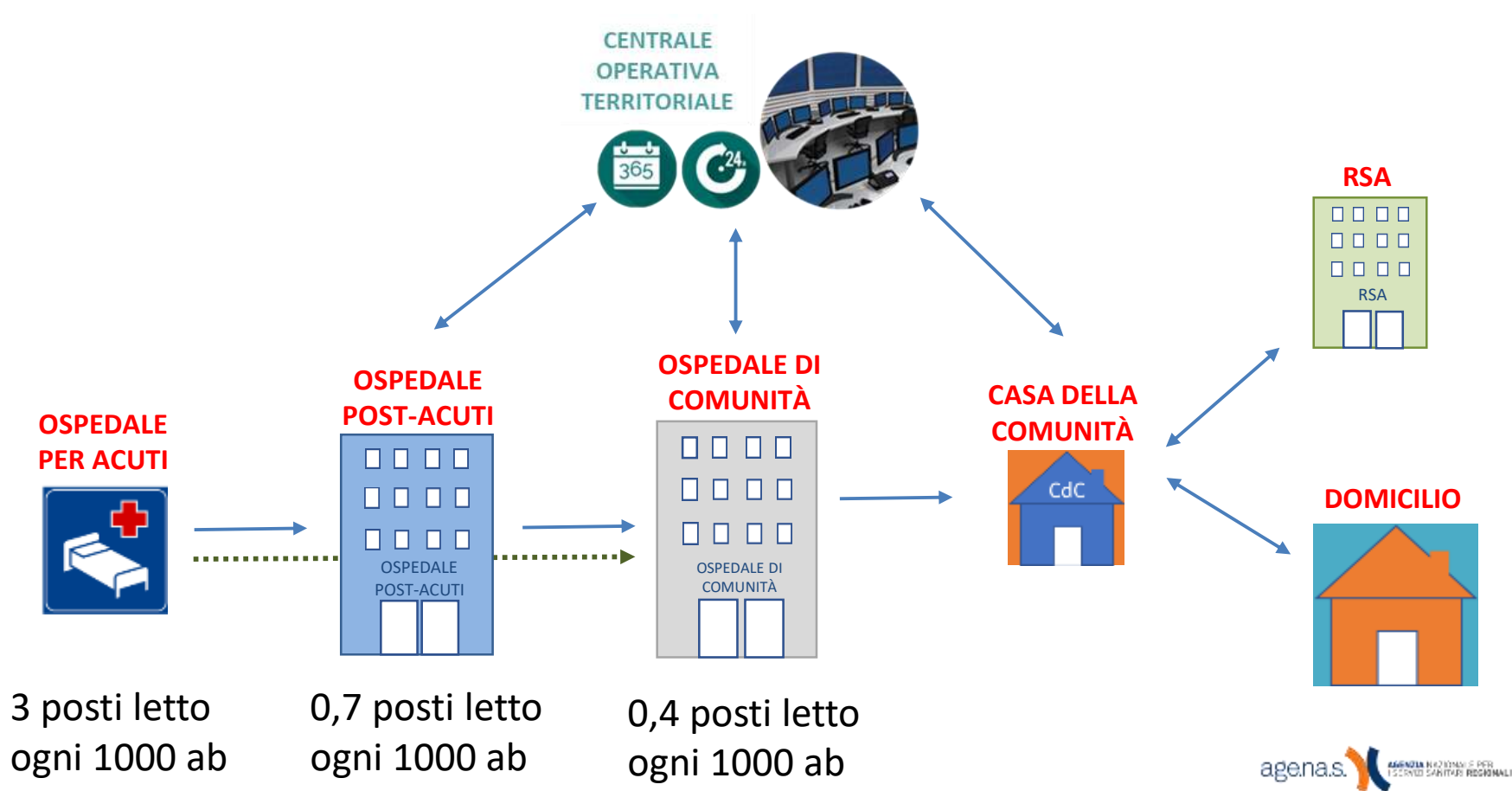
- **Strutture sanitarie** della rete territoriale a **ricovero breve** e destinati a pazienti che necessitano interventi sanitari a **bassa intensità clinica**.
- Strutture intermedie tra la rete territoriale e l'ospedale, di norma dotati di 20 posti letto (max. 40 posti letto).
- Struttura a **gestione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

OSPEDALE DI
COMUNITÀ



Submisura 1.3: Rafforzare le cure intermedie e le sue strutture (Ospedale di Comunità)

Standard 1 OdC (20 PL) ogni 50.000 abitanti



Submisura 1.3: Rafforzare le cure intermedie e le sue strutture (Ospedale di Comunità)

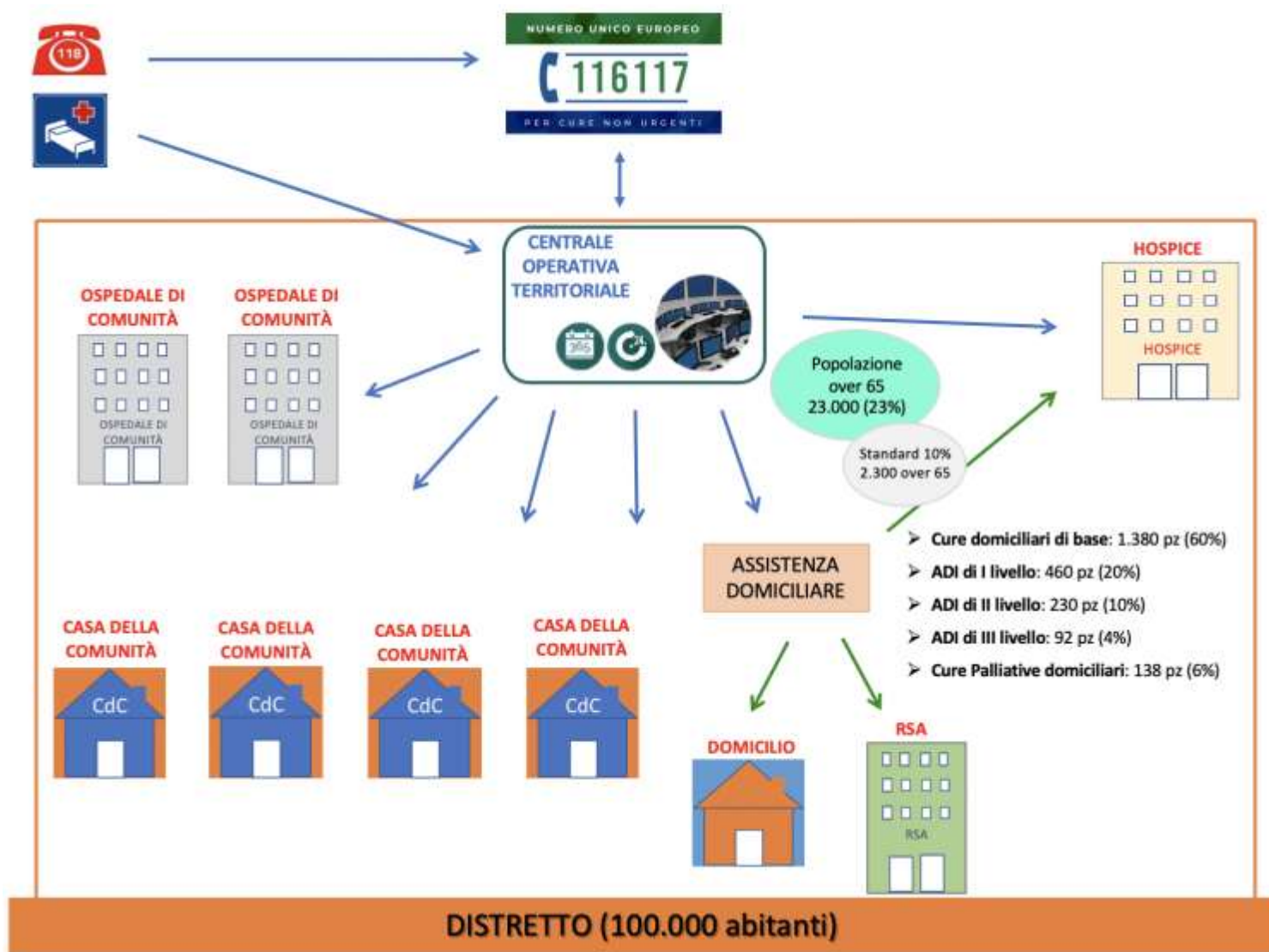
Regione/PA	Popolazione (01/01/2020)	PL OdC da standard (20 p.l. ogni 50.000 ab.)	OdC da standard (1 OdC ogni 50.000 ab.)	PL OdC attivi in Regione	PL OdC da realizzare con fondo recovery	OdC da realizzare con fondo recovery	PL attivi nel 2026
Piemonte	4.341.375	1.737	87	30	549	27	579
Valle d'Aosta	125.501	50	3	0	16	1	16
Lombardia	10.103.969	4.042	202	467	1.278	64	1.745
PA Bolzano	532.080	213	11	0	67	3	67
PA Trento	542.739	217	11	0	69	3	69
Veneto	4.907.704	1.963	98	1.426	621	31	2.047
Friuli Venezia Giulia	1.211.357	485	24	0	153	8	153
Liguria	1.543.127	617	31	20	195	10	215
Emilia Romagna	4.467.118	1.787	89	359	565	28	924
Toscana	3.722.729	1.489	74	245	471	24	716
Umbria	880.285	352	18	0	111	6	111
Marche	1.518.400	607	30	616	192	10	808
Lazio	5.865.544	2.346	117	0	742	37	742
Abruzzo	1.305.770	522	26	0	165	8	165
Molise	302.265	121	6	0	38	2	38
Campania	5.785.861	2.314	116	0	732	37	732
Puglia	4.008.296	1.603	80	0	507	25	507
Basilicata	556.934	223	11	0	70	4	70
Calabria	1.924.701	770	38	0	243	12	243
Sicilia	4.968.410	1.987	99	0	628	31	628
Sardegna	1.630.474	652	33	0	206	10	206
ITALIA	60.244.639	24.098	1.205	3.163	7.620	381	10.783

Fonte dati – Ospedali di Comunità attivi:

Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale.»

Documentazione e Ricerche. N. 144. 1 marzo 2021. Dipartimento Affari Sociali del Servizio Studi della Camera dei deputati - XVIII legislatura.

La riorganizzazione territoriale



Potenziamento dell'assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale

Gli effetti delle misure proposte sulla qualità dell'assistenza e sulla comunità di riferimento

- Sistemi sanitari con all'interno *forti* sistemi di assistenza territoriale sono associati a una migliore salute della popolazione di riferimento.
- Una rete sanitaria territoriale capillare sul territorio basato su un approccio proattivo e sulla continuità della presa in carico della popolazione è associato ad un minor rischio di sviluppo, di riacutizzazione e di progressione delle condizioni croniche.
- Il potenziamento dell'offerta sanitaria territoriale si associa ad una riduzione dei ricoveri definiti **ad alto rischio di inappropriately**, quali ad esempio diabete, malattia polmonare cronica ostruttiva e ipertensione.
- La capillare distribuzione delle **Case della Comunità** su tutto il territorio nazionale, in grado di garantire assistenza sanitaria di base H24 alla popolazione, costituirà la reale **alternativa al pronto soccorso per tutte quelle condizioni classificate come non urgenti** (codici bianchi e verdi)

Potenziamento dell'assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale

Gli effetti delle misure proposte sulla qualità dell'assistenza e sulla comunità di riferimento

- Le evidenze dimostrano inoltre che **le cure primarie** e quindi una migliore **assistenza di prossimità** (a differenza di sistemi basati sull'assistenza specialistica) **garantiscono una più equa distribuzione della salute nella popolazione** permettendo di raggiungere anche le fasce di popolazione *hard to reach*.
- Il potenziamento dell'assistenza territoriale promuovendo **un'offerta diversificata** di servizi sanitari territoriali **capillare** su tutto il territorio nazionale vuole essere un punto di **riferimento continuativo per la popolazione** che, anche attraverso una **infrastruttura informatica**, un **punto prelievi**, la **strumentazione polispecialistica** e il **personale sanitario specializzato** adeguatamente formato e dedicato, permette di garantire una migliore presa in carico della comunità di riferimento.
- Maggiore appropriatezza e **integrazione socio-sanitaria** grazie alla possibilità di **rispondere in modo personalizzato alle necessità della persona e della famiglia** (potenziamento dell'Assistenza Domiciliare e della rete degli Ospedali di Comunità).
- **Più forte** è l'assistenza territoriale minori sono i costi totali sul sistema sanitario.

Il futuro prossimo dell'Assistenza 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.
- **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.
- Rafforzare l'**empowerment** del cittadino dentro e fuori i luoghi di cura.

