



Verso un
NUOVO SISTEMA SANITARIO
EQUO - SOLIDALE - SOSTENIBILE

26-29 NOVEMBRE 2024
AREZZO FIERE E CONGRESSI

#ForumRisk19

Arezzo 29 Novembre 2024
Francesco Enrichens



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali



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»





OSSERVATORIO
CRONICITÀ



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

agenas.  AGENZIA NAZIONALE PER
I SERVIZI SANITARI REGIONALI

Il Contesto di riferimento: 4,2 milioni vivono da soli

- 34 milioni popolazione sana o apparentemente sana (57% della popolazione complessiva)
- 23,4 milioni di persone con cronicità semplice (39% della popolazione complessiva);
- 14 milioni di persone sopra i 65 anni (23% della popolazione complessiva);
- 2,5 milioni di persone con forme di cronicità complessa e avanzata di cui circa 800.000 con bisogni di cure palliative (4% della popolazione complessiva);
- 650.000 persone con disabilità (1,1% della popolazione complessiva);
- 780.000 persone con patologie psichiatriche assistite in un anno (1,3% della popolazione complessiva).


Ministero della Salute

 **UNIONE EUROPEA**
Fondo Sociale Europeo
Fondo Europeo di Sviluppo Regionale

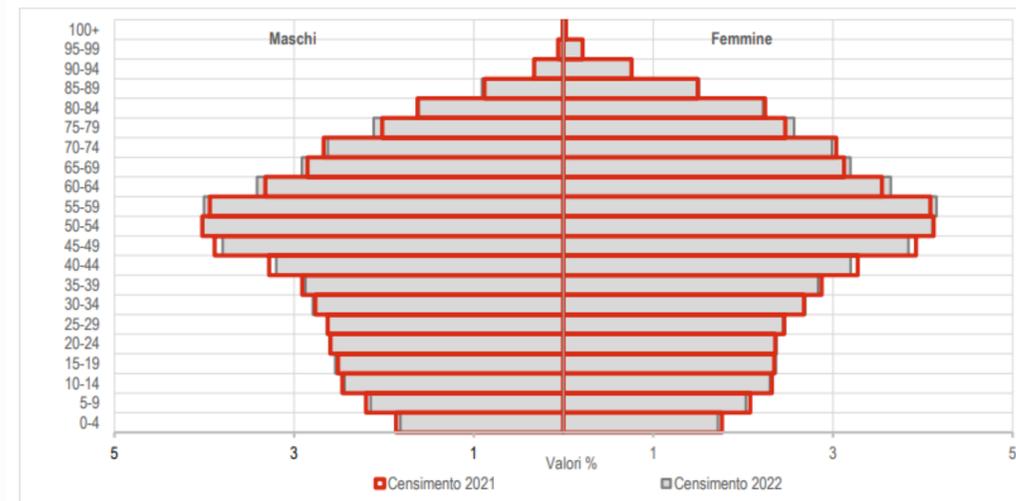

Agenzia per la Coesione Territoriale


Dipartimento della Funzione Pubblica

 **GOVERNANCE
E CAPACITÀ
ISTITUZIONALE
2014-2020**

La piramide della popolazione

FIGURA 1. PIRAMIDE DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE NEGLI ANNI 2022 E 2021



Fonte: ISTAT



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

3,9 milioni di non autosufficienti :

1,1 milioni hanno la badante

300000 in RSA

1.5 milioni IDA

2,5 milioni non ricevono servizi

Dati sda bocconi longo



OSSERVATORIO
CRONICITÀ

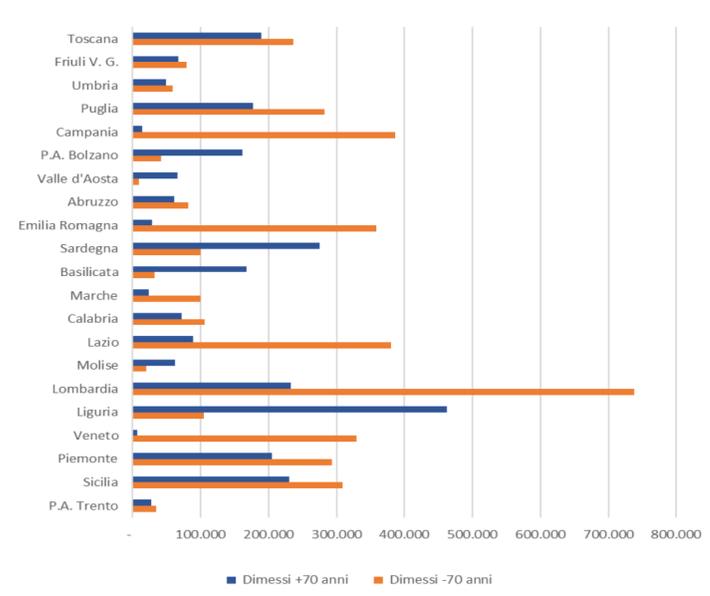


Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali



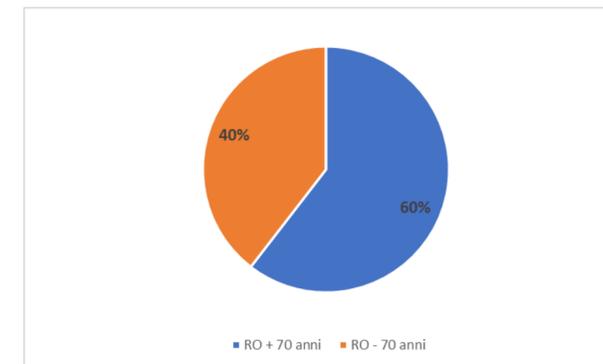
AGENZIA NAZIONALE PER
I SERVIZI SANITARI REGIONALI

Il contesto di riferimento

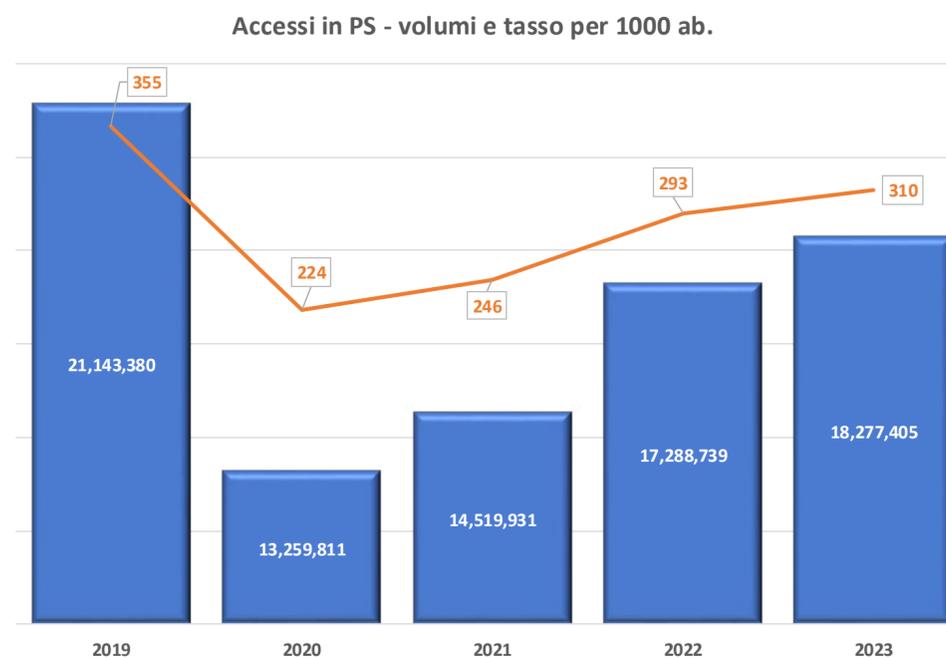


In Italia nel 2019 ci sono stati circa **6.743.354 ricoveri in regime ordinario** di cui:

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



Trend degli accessi in PS e relativi tassi per 1000 ab.



7

Alcuni numeri di interesse...

Focus 0 - 64 anni

	Dimissioni Totali (SDO)	Dimissioni SDO (0-64 anni)	Accessi in PS (0-64 anni)	Provenienti da PS (0-64 anni)	Passaggi da PS (0-64 anni)
ITALIA	7.646.540	4.252.190	12.189.688	1.119.649	9,19%

Focus over 65 anni

	Dimissioni Totali (SDO)	Dimissioni SDO (over 65 anni)	Accessi in PS (over 65 anni)	Provenienti da PS (over 65 anni)	Passaggi da PS (over 65 anni)
ITALIA	7.646.540	3.447.761	5.029.502	1.377.721	27,38%

Focus over 90 anni

	Dimissioni Totali (SDO)	Dimissioni SDO (over 90 anni)	Accessi in PS (over 90 anni)	Provenienti da PS (over 90 anni)	Passaggi da PS (over 90 anni)
ITALIA	7.646.540	299.454	505.708	188.944	37,36%

Fonte dati SDO e flusso EMUR 2022 - elaborazione Agenas

Alcuni numeri sulle giornate di degenza – SDO 2022

	Dimissioni Totali (SDO)	N° gg degenza	N° gg degenza over 65 anni	% gg degenza over 65 anni	N° gg degenza over 90 anni	% gg degenza over 90 anni
ITALIA	7.646.540	48.560.245	29.819.778	61,4%	3.185.616	6,6%

Fonte dati SDO 2022 elaborazione Agenas

Focus per patologia over 65 anni e over 90 anni – SDO 2022

Diabete – Ipertensione - Malattie respiratorie croniche

Focus over 65 anni

	Dimissioni SDO (over 65 anni)	Provenienti da PS (over 65 anni)	Provenienti da PS con patologia DIABETE	Provenienti da PS con patologia IPERTENSIONE	Provenienti da PS con patologia MALATTIE RESPIRATORIE CRONICHE
ITALIA	3.447.761	1.377.721	216.742 (15,73%)	315.977 (22,93%)	242.838 (17,62%)

Focus over 90 anni

	Dimissioni SDO (over 90 anni)	Provenienti da PS (over 90 anni)	Provenienti da PS con patologia DIABETE	Provenienti da PS con patologia IPERTENSIONE	Provenienti da PS con patologia MALATTIE RESPIRATORIE CRONICHE
ITALIA	299.454	188.944	16.680 (8,82%)	33.399 (17,67%)	39.797 (21,06%)

Fonte dati SDO e flusso EMUR 2022 - elaborazione Agenas

10

Alcuni numeri sul Pronto Soccorso... - anno 2022

	Totale accessi in PS	Over 65 anni		Over 90 anni	
		Totale accessi	% accessi	Totale accessi	% accessi
ITALIA	17.219.190	5.029.502	29,2%	505.708	2,94%

Focus over 65 anni

	Totale Accessi in PS over 65	Codici Bianchi e verdi	Codici Azzurri, Gialli, Arancioni e Rossi	Codici Neri + N/Av
ITALIA	5.029.502	2.518.261 (50,1%)	2.289.806 (45,5%)	221.435 (4,4%)

Focus over 90 anni

	Totale Accessi in PS over 90	Codici Bianchi e verdi	Codici Azzurri, Gialli, Arancioni e Rossi	Codici Neri + N/Av
ITALIA	505.708	192.544 (38,07%)	297.435 (58,82%)	15.729 (3,11%)

Fonte dati Flusso EMUR 2022 elaborazione Agenas

**Il dm 70 e l'attuazione di HUB
e SPOKE e dei volumi ed esiti**

**Il dm 77 e la presa in carico
dei cittadini con la medicina
di prossimità**

12

Il 116117 e le Cot come spartiacque della trasformazione

La trasformazione però non è solo tecnologica ed organizzativa ma deve essere soprattutto culturale attraverso una piena responsabilizzazione di tutti gli attori che si esprime nella coprogettazione di un nuovo sistema di cure



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali



Emergenza Urgenza

Rete Ospedaliera

Rete Territoriale

Se cambia una....si muovono tutte!

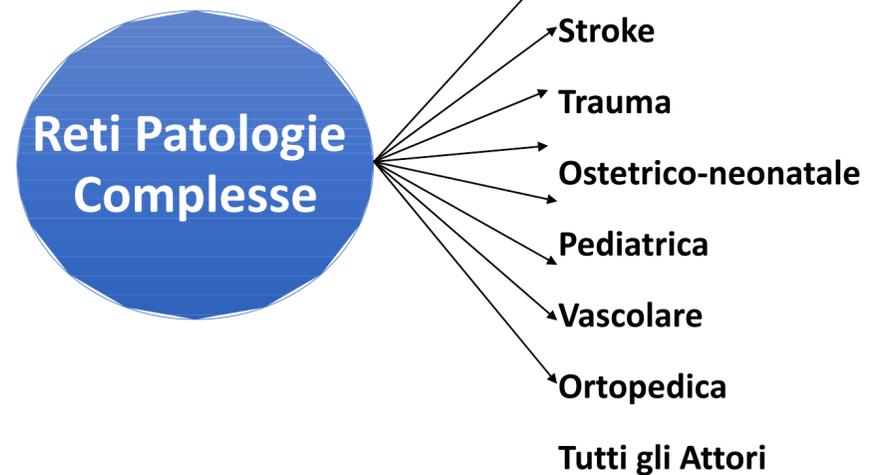




Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali



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





OSSERVATORIO
CRONICITÀ

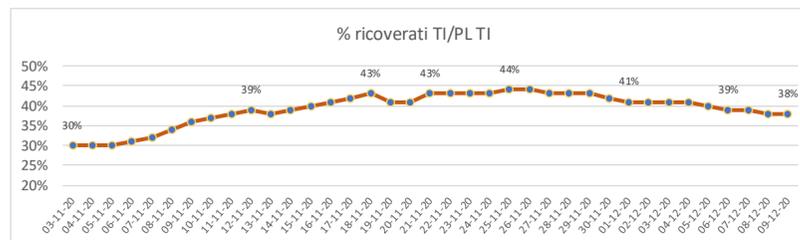
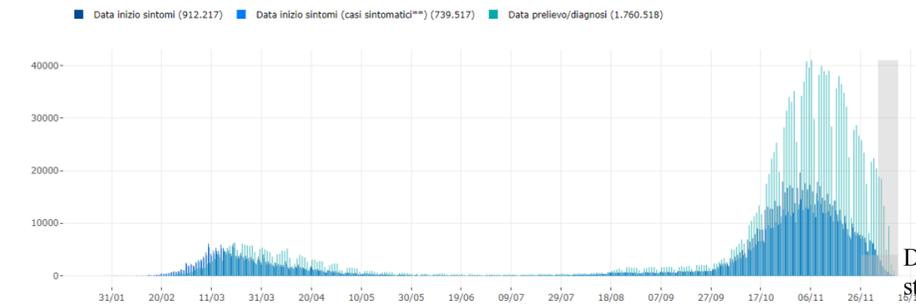


Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

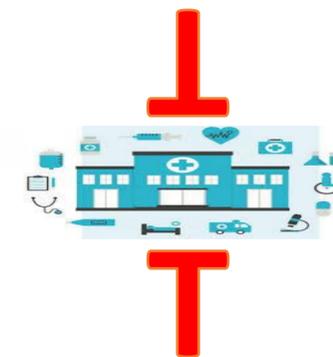


Il DL 34 e la pandemia da COVID-19

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 stentato 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



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



OSSERVATORIO
CRONICITÀ

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

Ministero della Salute

UNIONE EUROPEA
Fondo Sociale Europeo
Fondo Europeo di Sviluppo Regionale

Agenzia per la Coesione Territoriale

Dipartimento della
Funzione Pubblica

PN
GOVERNANCE
E CAPACITÀ
ISTITUZIONALE
2014-2020



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali



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 in capo al Ministero della salute e alle Regioni
- Riorganizzazione degli ambienti di cura in funzione di professioni sanitarie multidisciplinari e multiprofessionali (intensità di cure) ;
- Funzione di assolvimento delle sole acuzie e governance clinica.
- Apertura al territorio





Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali



Rimodulazione delle reti assistenziali, delle
strutture complesse ospedaliere
e rilancio del territorio

Rilancio del territorio



CONSENSO

A tal fine, si è ritenuto opportuno istituire un apposito Gruppo di Lavoro (G.d.L.), coordinato dal Ministero della Salute, Direzione generale della Programmazione, con la collaborazione del Ministero dello Sviluppo Economico, al quale sono invitati a partecipare rappresentanti di Agenas e delle Regioni, esperti per l'area dell'Emergenza- Urgenza e l'area delle Cure primarie.

L'obiettivo generale del GdL, anche in attuazione all'art. 5, comma 12 del Patto per la Salute 2014-2016 (Intesa del 10 luglio 2014) che prevede la definizione di un Accordo tra le Regioni ed il Ministero della Salute per la definizione di *modalità e tempi per la realizzazione del numero unico "116 117" su tutto il territorio nazionale*, è quello di definire i requisiti tecnici ed operativi minimi che le Regioni dovranno garantire al momento dell'attivazione del numero 116117.

Con la presente si chiede, pertanto, alla SV di indicare, in rappresentanza di codesta Agenzia, i nominativi di due referenti, uno per l'area dell'Emergenza ed uno per l'area delle Cure primarie, da inserire nel gruppo di lavoro.

Con l'occasione, si informa che in data **15 ottobre p.v.**, dalle ore 10.30 alle ore 16.00, si terrà la prima riunione del GdL presso la sede del Ministero della Salute di via G. Ribotta, 5 -Roma, sala A325.

Integrazione Reti: quale Commitment?
Nel nuovo scenario post Covid19
16 settembre 2020

www.ipacs.it

Regione Lazio
Sala Tirreno- Piazza Oderico da Pordenone 15
Palazzina C- Roma



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali



7 /2/ 2013 Accordo Stato Regioni

24/11/2016 Accordo Stato Regioni

Art 1 dl 34 Rilancio

**21/12/2022 accordo Agenas Mds Mef Regioni su
standard di personale con allegato agenass su
csm, npia, serd, penitenziaria**



UNIONE EUROPEA
Fondo Sociale Europeo
Fondo Europeo di Sviluppo Regionale





**STANDARD PER L'ASSISTENZA TERRITORIALE DEI SERVIZI
SALUTE MENTALE ADULTI, DIPENDENZE PATOLOGICHE,
NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA E
SALUTE IN CARCERE**

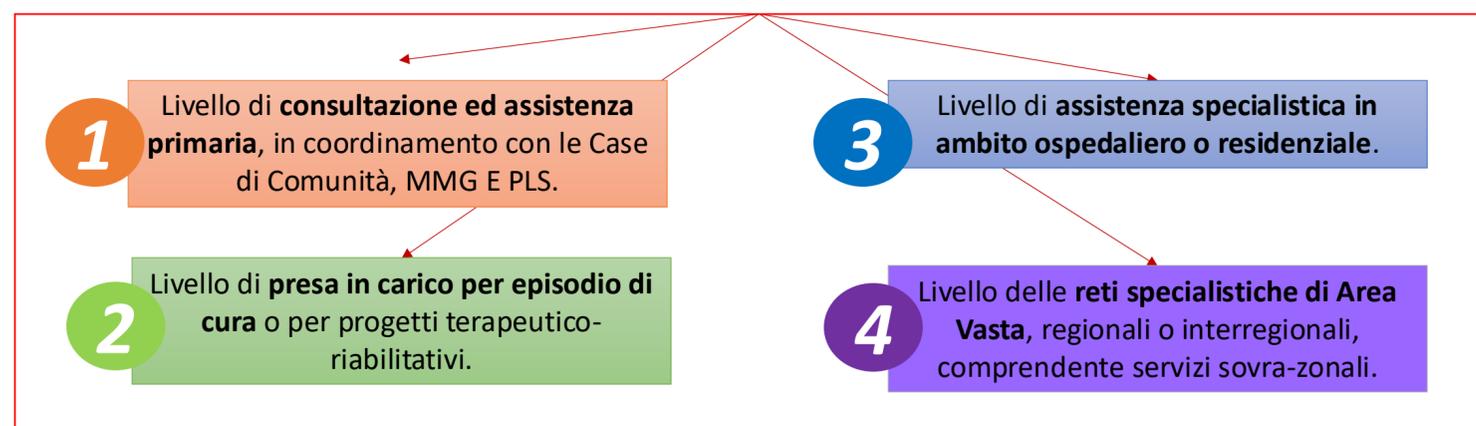
Gruppo di lavoro Salute mentale, Npia,
Serd e Tossicodipendenze ,Penitenziaria

Istituzione GdL coordinato da Agenas: Regioni – Esperti Agenas – PONGOV – Ministero della Salute

Proposta GdL: i livelli di Assistenza per complessità di cura

L'assistenza sanitaria in materia di salute mentale, dipendenze patologiche e neuropsichiatria infantile è assicurata in ciascuna regione attraverso servizi di base e specialistici organizzati in **quattro livelli**.

LIVELLI



Per ciascun livello sono definiti standard di risorse

Proposta GdL organizzazione territoriale: **Area Salute Mentale Adulti**

- **Livello 1** → *CdC* (40-50.000 ab.) trattamento dei disturbi psicopatologici dell'adulto di minore gravità (MMG), miglioramento appropriatezza invio Livello 2 (CSM);
- **Livello 2** → *Centri di Salute Mentale* (80-100.00 ab.) **con apertura h12, 6/7 gg.**

In particolari contesti territoriali (ad esempio in quelli a bassa densità abitativa, nelle cosiddette “zone interne”) è possibile avere un CSM per il bacino di utenza di una sola Casa di Comunità.

équipe di primo livello operanti presso le Case della Comunità del territorio di riferimento.

percorsi di assistenza territoriale (Budget di Salute), semiresidenzialità e domiciliarità, collaborazione con scuola, lavoro ed enti locali.

Proposta GdL organizzazione territoriale Area Salute Mentale Adulti: **standard**

- **Livello 1 e 2** → dotazione organica minima è quella indicata nel DPR 1/11/99 (almeno 1 operatore/1.500 abitanti), articolato come segue:
 - dirigenza sanitaria (medico psichiatra e psicologo psicoterapeuta): 1-1,5 per 10.000 abitanti;
 - professioni sanitarie (infermieri, educatori prof, tecnici riabilitazione psichiatrica) e assistenti sociali: 5-5,5. per 10.000 abitanti;
 - altro personale (incluso personale amministrativo): 0.2 per 10.000 abitanti .

I suddetti parametri non comprendono le risorse umane necessarie per i livelli 3 e 4

- **Livello 3** { SPDC → confermato quello relativo ai reparti di sub-intensiva (DM 70/2015)
Strutture residenziali sanitarie e sociosanitarie → definiti su base regionale

- **Livello 4** → definiti sulla base della programmazione di Area Vasta, regionale od interregionale.

- **REMS** → confermato quanto disposto dalla L.N. 9/12, e dal DM 1/10/2012

Requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi delle strutture residenziali destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia

Personale del dipartimento di salute mentale per qualifica e tipo di rapporto di lavoro

Fonte: Conto Annuale - Tabella 1D al 31/12/2019

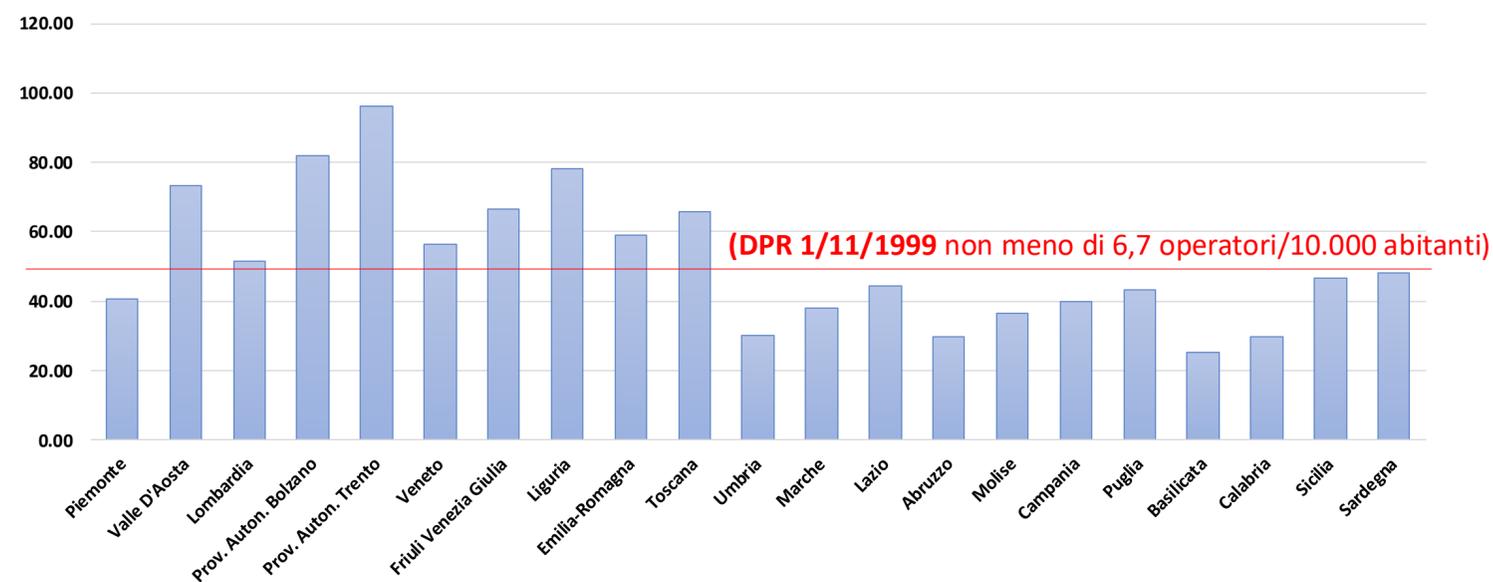
QUALIFICA	Numero dipendenti				Altre forme di rapporto professionale	TOTALE
	TEMPO PIENO	PART-TIME		TOTALE		
		FINO AL 50%	OLTRE IL 50%			
MEDICO	5.014	16	62	5.092	197	5.289
DI CUI PSICHIATRI	3.515	11	48	3.574	156	3.730
PSICOLOGO	1.678	27	66	1.771	173	1.944
PERSONALE INFERMIERISTICO	11.909	147	755	12.811	88	12.899
TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA	305	5	22	332	44	376
EDUCATORE PROFESSIONALE	1.411	30	162	1.603	181	1.784
OTA/O.S.S.	2.578	29	158	2.765	463	3.228
ASSISTENTE SOCIALE	1.026	15	74	1.115	37	1.152
SOCIOLOGO	73	2	4	79	4	83
PERSONALE AMMINISTRATIVO	588	20	56	664	28	692
ALTRO	1.172	37	102	1.311	49	1.360
TOTALE	25.754	328	1.461	27.543	1.264	28.807

Personale del dipartimento di salute mentale per qualifica e tipo di rapporto di lavoro (tassi * 100.000 abitanti)

Fonte: Conto annuale - Tabella 1D al 31/12/2019

QUALIFICA	PIEMONTE	VALLE D'AOSTA	LOMBARDIA	PA BOLZANO	PA TRENTO	VENETO	FRIULI VENEZIA GIULIA	LIGURIA	EMILIA ROMAGNA	TOSCANA	UMBRIA	MARCHE	LAZIO	ABRUZZO	MOLISE	CAMPANIA	PUGLIA	BASILICATA	CALABRIA	SICILIA	SARDEGNA	ITALIA
MEDICO	8,0	9,5	9,7	13,0	15,5	7,0	9,5	16,0	12,6	15,0	8,1	7,1	10,3	9,0	11,2	10,8	8,8	7,8	8,8	13,4	13,8	10,5
DI CUI PSICHIATRI	5,7	6,6	5,6	12,0	11,5	6,9	9,3	13,8	10,7	9,8	7,8	4,3	7,8	8,2	11,2	4,4	6,3	-	6,3	8,9	12,9	7,4
PSICOLOGO	1,6	19,0	3,2	7,6	12,8	2,2	2,2	6,9	4,8	6,1	3,6	2,0	5,4	2,5	2,7	2,1	5,1	1,1	3,2	4,4	5,2	3,9
PERSONALE INFERMIERISTICO	21,3	29,4	26,7	42,8	29,7	28,0	40,1	39,9	35,0	31,2	20,4	24,7	23,9	15,4	20,8	22,2	18,7	14,0	15,5	24,7	21,3	25,7
TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA	0,2		0,9	1,6	-	0,4	0,3	0,4	2,4	1,2	-	-	0,5	0,5	0,8	1,0	0,5	-	0,2	0,9	0,1	0,7
EDUCATORE PROFESSIONALE	2,3	8,5	5,8	0,2	23,9	4,6	2,4	2,3	5,8	7,5	-	2,9	0,7	0,3	-	2,6	3,6	0,8	1,0	0,1	3,7	3,6
OTA/O.S.S.	4,4	1,9	8,2	22,9	16,6	19,9	16,0	10,5	4,6	7,7	0,5	6,0	1,6	1,9	0,4	3,5	2,1	3,0	1,8	3,8	3,8	6,4
ASSISTENTE SOCIALE	0,9	1,9	2,2	4,9	-	1,8	2,1	3,5	1,6	2,1	1,8	1,2	3,1	2,5	1,9	1,8	2,9	1,5	2,8	4,1	2,5	2,3
SOCIOLOGO	0,4	-	-	-	-	0,0	-	-	0,1	0,1	-	-	-	0,2	1,9	0,5	0,2	0,2	0,3	0,5	-	0,2
PERSONALE AMMINISTRATIVO	1,2	12,3	1,0	3,2	3,1	1,6	2,1	3,6	1,1	0,2	0,3	0,4	1,1	1,5	1,2	1,9	2,3	1,1	1,0	1,5	1,3	1,4
ALTRO	0,4	-	3,6	4,9	14,4	1,2	2,6	6,7	1,8	5,8	0,5	0,2	1,2	0,8	0,8	1,8	6,9	-	0,8	2,3	3,4	2,7
TOTALE	40,6	86,3	61,3	101,1	116,0	66,8	77,4	89,6	69,8	76,9	35,2	44,5	47,7	34,6	41,7	48,2	51,2	29,4	35,3	55,8	55,2	57,4

Personale del dipartimento di salute mentale (* 100.000 abitanti)



Fonte: elaborazione AGENAS su dati CA (MEF) 2019

Proposta GdL organizzazione territoriale: Area Dipendenze patologiche

▪ Livello 1 e 2

Dotazione minima:

1 Ser.D. almeno ogni 80-100.000 abitanti della popolazione target 15-64 anni, con apertura per almeno 5 giorni alla settimana, per 12 ore al giorno, prevedendo nella programmazione regionale la definizione di macroaree (2-3 distretti) nelle quali sia presente un servizio con apertura per 6-7 giorni alla settimana per garantire la massima continuità assistenziale.

Drivers programmatori (n. strutture, orario di apertura):

- Numero e tipologia di utenti in trattamento;
 - Caratteristiche oro-geografiche e socio-culturali del territorio;
 - Organizzazione generale della Azienda Sanitaria (ad es.: disponibilità di strutture dell'Azienda stessa, centri unici di accesso durante i periodi festivi, disponibilità di unità mobili, integrazione con servizi del privato accreditato o convenzionato).
 - Presenza Istituti Penitenziari
- Livello 3 → programmazione e standard definiti su base regionale.
- Livello 4 → definiti sulla base della programmazione di Area Vasta, regionale od interregionale.

Personale dedicato all'assistenza degli utenti con problemi di dipendenza per profilo professionale e tipo di rapporto di lavoro (tassi * 100.000 abitanti)

REGIONE	Popolazione	MEDICO			DI CUI PSICHIATRI			PSICOLOGO			PERSONALE INFERMIERISTICO			EDUCATORE PROFESSIONALE			ASSISTENTE SOCIALE								
		Totale	Tasso per 100.000 ab (15-64 anni)	di cui tempo pieno	Tasso per 100.000 ab (15-64 anni)	Totale	Tasso per 100.000 ab (15-64 anni)	di cui tempo pieno	Tasso per 100.000 ab (15-64 anni)	Totale	Tasso per 100.000 ab (15-64 anni)	di cui tempo pieno	Tasso per 100.000 ab (15-64 anni)	Totale	Tasso per 100.000 ab (15-64 anni)	di cui tempo pieno	Tasso per 100.000 ab (15-64 anni)	Totale	Tasso per 100.000 ab (15-64 anni)	di cui tempo pieno	Tasso per 100.000 ab (15-64 anni)				
PA BOLZANO	343.756	11	3,2	7	2,0	9	2,6	5	1,5	58	16,9	24	7,0	22	6,4	13	3,8	2	0,6	3	0,9	11	3,2	5	1,5
FRIULI VENEZIA GIULIA	743.537	33	4,4	32	4,3	14	1,9	13	1,7	23	3,1	22	3,0	95	12,8	84	11,3	15	2,0	15	2,0	25	3,4	25	3,4
VALLE D'AOSTA	78.641	4	5,1	4	5,1					1	1,3	1	1,3	7	8,9	4	5,1	6	7,6	6	7,6	3	3,8	1	1,3
PIEMONTE	2.669.819	157	5,9	129	4,8	16	0,6	16	0,6	86	3,2	45	1,7	191	7,2	143	5,4	146	5,5	109	4,1	84	3,1	67	2,5
LIGURIA	919.450	45	4,9	43	4,7	26	2,8	24	2,6	34	3,7	24	2,6	85	9,2	78	8,5	11	1,2	5	0,5	25	2,7	19	2,1
MARCHE	944.082	49	5,2	49	5,2	40	4,2	40	4,2	25	2,6	23	2,4	60	6,4	58	6,1	2	0,2	2	0,2	25	2,6	25	2,6
SARDEGNA	1.040.554	51	4,9	51	4,9	22	2,1	22	2,1	33	3,2	32	3,1	70	6,7	70	6,7	18	1,7	16	1,5	15	1,4	15	1,4
EMILIA ROMAGNA	2.809.030	111	4,0	109	3,7	46	1,6	41	1,5	61	2,2	53	1,9	194	6,9	174	6,2	101	3,6	93	3,3	66	2,3	58	2,1
CALABRIA	1.226.513	57	4,6	57	4,6	20	1,6	20	1,6	27	2,2	25	2,0	83	6,8	83	6,8	7	0,6	7	0,6	22	1,8	22	1,8
UMBRIA	537.784	25	4,6	17	3,2	5	0,9	4	0,7	19	3,5	11	2,0	40	7,4	35	7,3	4	0,7	2	0,4	15	2,8	15	2,8
TOSCANA	2.292.476	112	4,9	109	4,5	28	1,2	26	1,1	41	1,8	37	1,6	151	6,6	146	6,4	50	2,2	49	2,1	55	2,4	52	2,3
PUGLIA	2.553.640	90	3,5	82	3,2	15	0,6	15	0,6	83	3,3	79	3,1	150	5,9	144	5,6	35	1,4	35	1,4	82	3,2	80	3,1
LOMBARDIA	6.388.684	220	3,4	171	2,7	45	0,8	37	0,6	169	2,6	105	1,6	249	3,9	187	2,9	112	1,8	82	1,3	175	2,8	130	2,0
SICILIA	3.156.690	112	3,5	112	3,5	58	1,8	58	1,8	67	2,1	66	2,1	122	3,9	121	3,8	10	0,3	10	0,3	77	2,4	77	2,4
VENETO	3.109.692	71	2,3	67	2,2	28	0,9	28	0,9	53	1,6	50	1,6	119	3,8	100	3,2	82	2,6	68	2,2	56	1,8	46	1,5
CAMPANIA	3.798.435	137	3,6	116	3,1	7	0,2	6	0,2	80	2,1	73	1,9	160	4,2	156	4,1	10	0,3	9	0,2	74	1,9	74	1,9
ABRUZZO	821.350	28	3,4	28	3,4	5	0,6	5	0,6	13	1,6	13	1,6	31	3,8	30	3,7	8	1,0	7	0,9	18	2,2	18	2,2
BASILICATA	358.505	9	2,5	9	2,5	4	1,1	4	1,1	5	1,4	5	1,4	15	4,2	15	4,2	4	1,1	4	1,1	5	1,4	5	1,4
LAZIO	3.724.796	120	3,2	84	2,3	6	0,2	3	0,1	80	2,1	61	1,6	182	4,9	170	4,6	6	0,2	4	0,1	50	1,3	40	1,1
PA TRENTO	346.352	9	2,6	8	2,3	5	1,4	5	1,4					10	2,9	8	2,3	7	2,0	5	1,4	7	2,0	7	2,0
ITALIA	37.863.786	1.451	3,8	1.272	3,4	403	1,1	372	1,0	956	2,5	749	2,0	2.036	5,4	1.823	4,8	636	1,7	529	1,4	902	2,4	780	2,1

Fonte: elaborazione AGENAS su dati CA (MEF) 2019 - TAB 1SD Conto Annuale al 31/12/2019 e popolazione 15- 64 anni ISTAT al 31/12/2019

Standard di riferimento del personale SerDP (tassi su 100.000 residenti di età 15-64 anni)

Figura professionale	Standard di qualità (ogni 100.000 abitanti di età 15-64 anni)	Standard minimi (ogni 100.000 abitanti di età 15-64 anni)	Ip. Carico lavoro STD di qualità (pz per professionista) (prevalenza ut. 1%)	Ip. Carico lavoro STD minimi (pz per professionista) (prevalenza ut. 1%)	DM 444/1990 per SerT (tossicodip) da 100 a 150 pz	Media nazionale	Media alta regioni	1° quartile	2° quartile	3° quartile	4° quartile
Medico*, di cui almeno uno psichiatra	4,0	3,0	250,0	333,3	4	3,4 (2,3 - 5,9)	4,9 (10 regioni)	3,4	3,8	4,9	5,9
Psicologo	3,5	3,0	285,7	333,3	4	2,5 (0 - 16,9)	2,5 (6 regioni)	1,8	2,2	3,2	16,9
Infermiere	6,0	4,0	166,7	250,0	4	5,4 (2,9 - 12,8)	7,2 (10 regioni)	4,1	6,4	7,0	12,8
Educatore professionale /TeRP	3,5	2,5	285,7	400,0	2	1,7 (0,6 - 7,6)	5,6 (3 regioni)	0,6	1,3	2,1	7,6
Assistente Sociale	3,0	2,0	333,3	500,0	4	2,4 (1,3 - 3,9)	3,5 (1,9 - 3,9)	1,9	2,4	2,9	3,9
Amministrativo	1,0	0,5	1.000,0	2.000,0	1						
Altro personale, ma non rientra negli standard*	-	-				1,6 (0,2 - 4,1)	3,9 (3 regioni)	1,1	1,6	2,4	4,1
TOT	21,0	15,0			2	18,5 (12,1 - 36,9)	30,8 (5 regioni)	14,6	20,0	24,5	36,9

Tasso psicologo 4° quartile è un errore di imputazione dati della PA

*Secondo quanto previsto dal DM 444/90 e delle discipline di equipollenza ministeriali.

Proposta GdL organizzazione territoriale: **Area Neuropsichiatria Infantile**

- **Livello 1 e 2** → assicurato da UOC di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (MMG/PLS, Servizi Sociali, Consultorio Familiare, Servizi per le Dipendenze, Salute mentale adulti, unità operative ospedaliere)

Standard organizzativo minimo:

Almeno un servizio territoriale di NPIA ogni 150.000-250.000 abitanti, articolato su più Poli territoriali, in genere uno per ogni unità di popolazione riferibile a due Case di Comunità, prevedendo la presenza di una équipe multidisciplinare completa almeno di tutte le figure professionali sottoindicate, che possa garantire tutte le 4 diverse tipologie di attività (neurologia, psichiatria, disabilità complessa, disturbi specifici), con la seguente dotazione organica:

- a. dirigenza sanitaria (medico neuropsichiatra infantile e psicologo psicoterapeuta): 6 per 10.000 abitanti popolazione target 1-17 anni;
- b. professioni sanitarie (terapista della neuropsicomotricità dell'età evolutiva, Educatore professionale/Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, Infermiere, Fisioterapista e altri professionisti, anche di supporto, e assistenti sociali): 10 per 10.000 abitanti popolazione target 1-17 anni;
- c. altro personale (incluso personale amministrativo): 0.2 per 10.000 abitanti popolazione target 1-17 anni.

Proposta GdL organizzazione territoriale: **Area Neuropsichiatria Infantile**

Percorsi di cura *family centered* con priorità specifiche e intensità differenziate per fascia d'età (2-4 anni; 4-7 anni; 7-11 anni, 11-13 anni, 13-18 anni; in prospettiva verso l'età adulta);

- **Livello 3** → Le Regioni devono prevedere nella loro programmazione sufficienti posti letto di NPIA e sufficienti servizi per la diagnostica ospedaliera, in coerenza con quanto previsto dal DM70/2015 in armonia con quanto descritto nell'Intesa in Conferenza Unificata del 25 luglio 2019.
- **Livello 4** → standard definiti sulla base della programmazione di Area Vasta, regionale o interregionale.

Gli standard minimi di personale per i servizi di *Salute in carcere* prevedono:

- un *dirigente sanitario* con funzione di responsabile del servizio *Salute carcere*;
- un *dirigente medico* con funzione di responsabilità clinica della presa in carico per le prestazioni di cure primarie e specialistiche, con compiti di cura e monitoraggio dei pazienti con patologia acuta o cronica;
- *medici specialisti* (in base ai fabbisogni e alla presenza di eventuali standard regionali; le figure specialistiche minime devono comprendere lo psichiatra, lo specialista SerD, il cardiologo/internista e l'infettivologo);
- *medici di assistenza primaria e continuità assistenziale* (c.d. medici di guardia) per le attività connesse alla gestione delle visite mediche giornaliere, dell'emergenza/urgenza, delle cure primarie, delle certificazioni, ecc.;
- *psicologo psicoterapeuta* con le funzioni di prevenzione, diagnosi, cura e gestione del disagio psichico e dei disturbi psicopatologici (in base ai fabbisogni e alla presenza di eventuali standard regionali);
- un *coordinatore infermieristico* referente dei processi organizzativo-assistenziali;
- *infermieri* con funzioni di erogare le principali attività di tipo ambulatoriale, gestione emergenze, distribuzione dei farmaci, medicazioni, ecc. (in base ai fabbisogni e alla presenza di eventuali standard regionali);
- *operatori sanitari e sociali* di supporto all'attività sanitaria di base (in base ai fabbisogni e alla presenza di eventuali standard regionali);
- *educatore professionale/Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica (TeRP)* per garantire le attività di prevenzione, promozione e educazione sanitaria e di accompagnamento (in base ai fabbisogni e alla presenza di eventuali standard regionali);
- un *assistente sanitario* a garanzia delle attività di sanità pubblica con compiti di prevenzione, screening e vaccinazione (in base ai fabbisogni e alla presenza di eventuali standard regionali).

All'interno dell'equipe dei servizi di Salute in carcere sono inoltre presenti le figure di:

- un *collaboratore amministrativo* (in base ai fabbisogni e alla presenza di eventuali standard regionali);
- *mediatori culturali con specifica formazione* (in base ai fabbisogni e alla presenza di eventuali standard regionali).

L'erogazione delle prestazioni di cure primarie viene garantita 7 giorni su 7, preferibilmente h 24 (in particolare negli Istituti penitenziari con un numero maggiore di 250 detenuti) e comunque con una presenza di operatori sanitari almeno dalle ore 08:00 alle 22:00.

Soluzioni strutturali: il Numero Unico Europeo per cure mediche non urgenti 116117

Promuovere la riduzione dei ricoveri inappropriati ed i percorsi di deospedalizzazione, garantendo un'omogenea risposta assistenziale territoriale in tutto il territorio nazionale è possibile anche grazie [all'implementazione del numero NEA 116117](#).

NEA 116117 il numero per il portale che garantisce al cittadino l'accesso alle cure mediche non urgenti e ad altri servizi sanitari territoriali raccordandosi con il servizio di continuità assistenziale.

NEA 116117 raccordo con il 118 emergenza urgenza ed il N112 per continuo scambio delle rispettive inappropriatezze



36



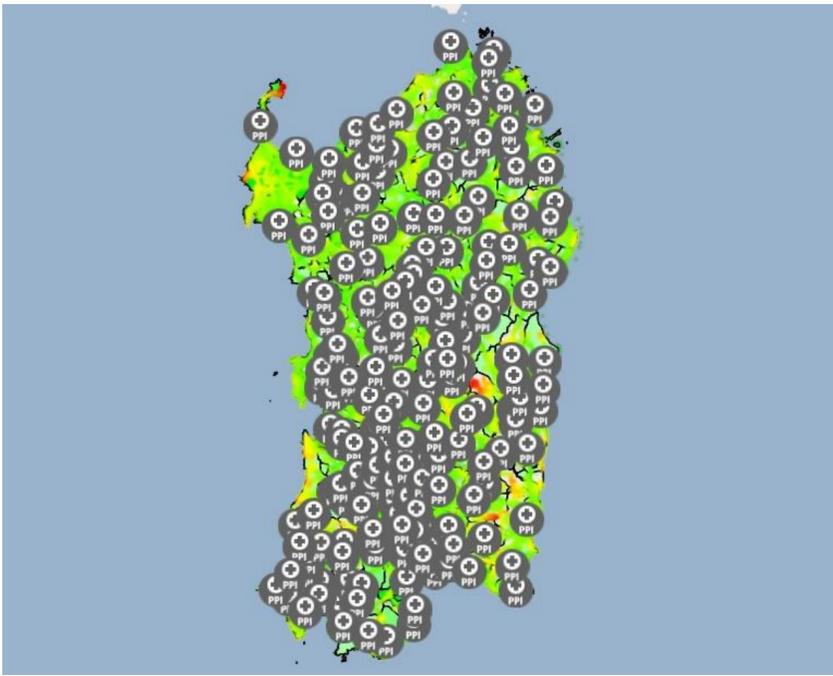
OSSERVATORIO CRONICITÀ



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali



agenas. AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI



A map of Italy showing the distribution of Primary Health Care Units (PPI) across various regions. The map is color-coded with green and yellow, and numerous circular markers labeled 'PPI' are overlaid on the map.



Ministero della Salute



UNIONE EUROPEA
Fondo Sociale Europeo
Fondo Europeo di Sviluppo Regionale



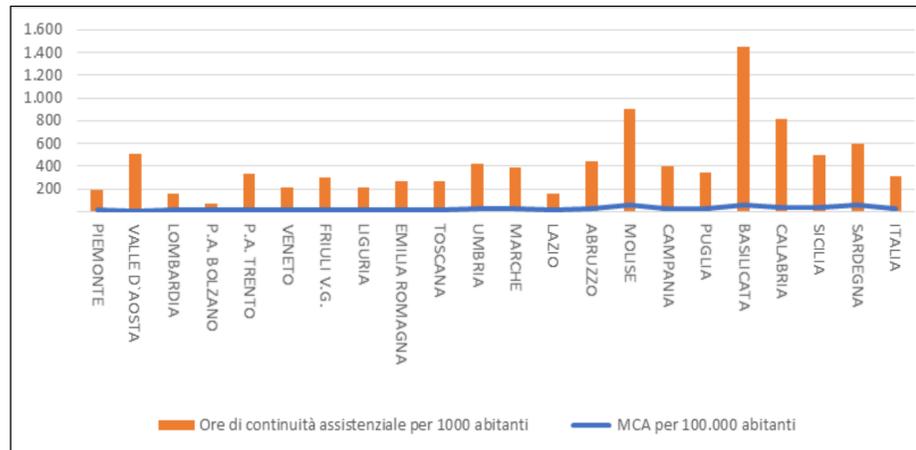
Agenzia per le Politiche Territoriali



Dipartimento della Funzione Pubblica



GOVERNANCE E CAPACITÀ ISTITUZIONALE
2014-2020



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

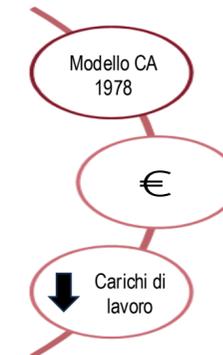
Continuità assistenziale ER dott. Pastori

- 155 punti di continuità assistenziale
- Ore di guardia attiva: 1.190.887
- Spesa: **46.164.624 €**

Attività	2022
Visite domiciliari	44.791 (1 ogni 26 ore)
Prestazioni ambulatoriali	231.451 (1 ogni 5 ore)
Consigli telefonici	557.005 (1 ogni 2 ore)



Non sono presenti i dati relativi al 2020

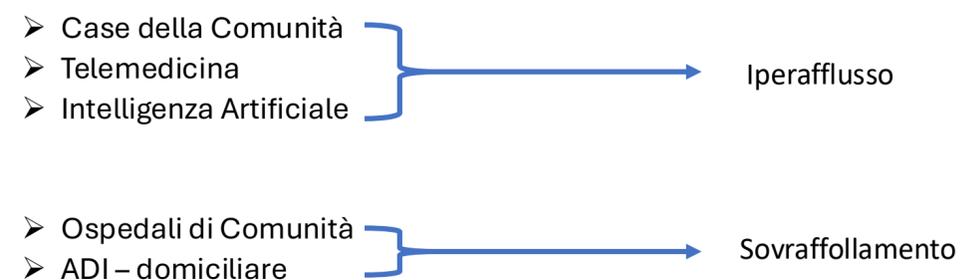


Promuovere un senso di giustizia organizzativa

DM 77/2022 Fare in fretta : non è solo un aiuto alla gestione dell'inappropriatezza

Finalmente con il **DM 77/2022** "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale" **esiste un riferimento normativo nazionale comune per la presa in carico sul territorio che garantisce una prospettiva non solo sanitaria ma anche sociosanitaria.**

Il territorio ha la presa in carico di tutti i cittadini che vengono consegnati all'ospedale a seconda delle reali necessità e ripresi in carico mediante:



40

Casa della Comunità

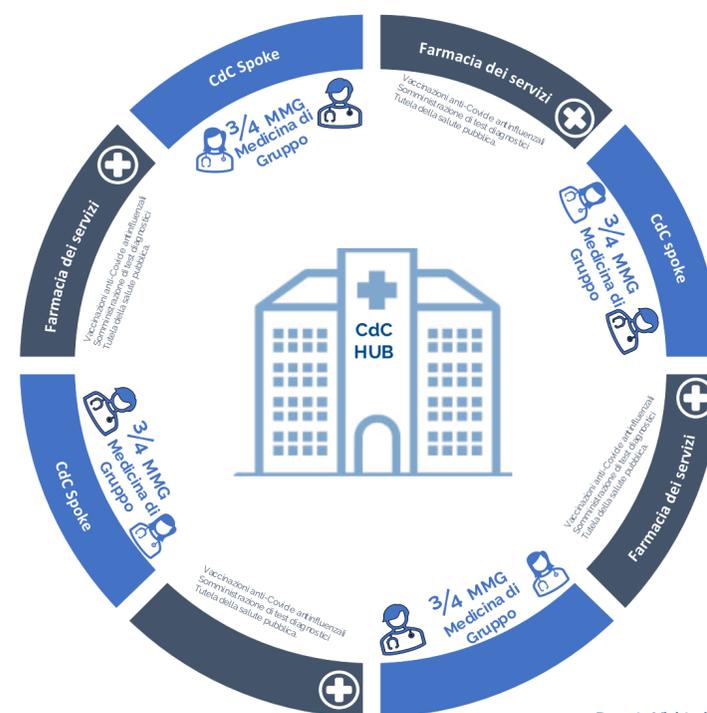
Il modello organizzativo della Casa della Comunità prevede tra i 33 e 36 MMG afferenti alla CdC HUB

Il personale della Casa della Comunità

- 1 Medico di Assistenza Primaria h 24
- 7-11 Infermiere di Famiglia o Comunità h 12/24
 - 1 Coordinatore Infermieristico
 - 2-3 IFoC per attività ambulatoriali
 - 1-2 IFoC triage e valutazione dei bisogni di salute
 - 3-5 IFoC assistenza domiciliare, prevenzione e teleassistenza
 - 5-8 unità di personale di supporto (amministrativo, sociosanitario)
- 1 assistente sociale (integrazione con i Servizi Sociali)

I servizi attivi nella Casa della Comunità

- Punto prelievi
- Specialistica ambulatoriale
- Servizi diagnostici di base
- Sistema di prenotazione collegato al CUP Aziendale
- Partecipazione della comunità
- PUA aperto 8.00-18.00 – 6 giorni su 7
- Continuità assistenziale - notturno e festivi h 24 - 7 giorni su 7

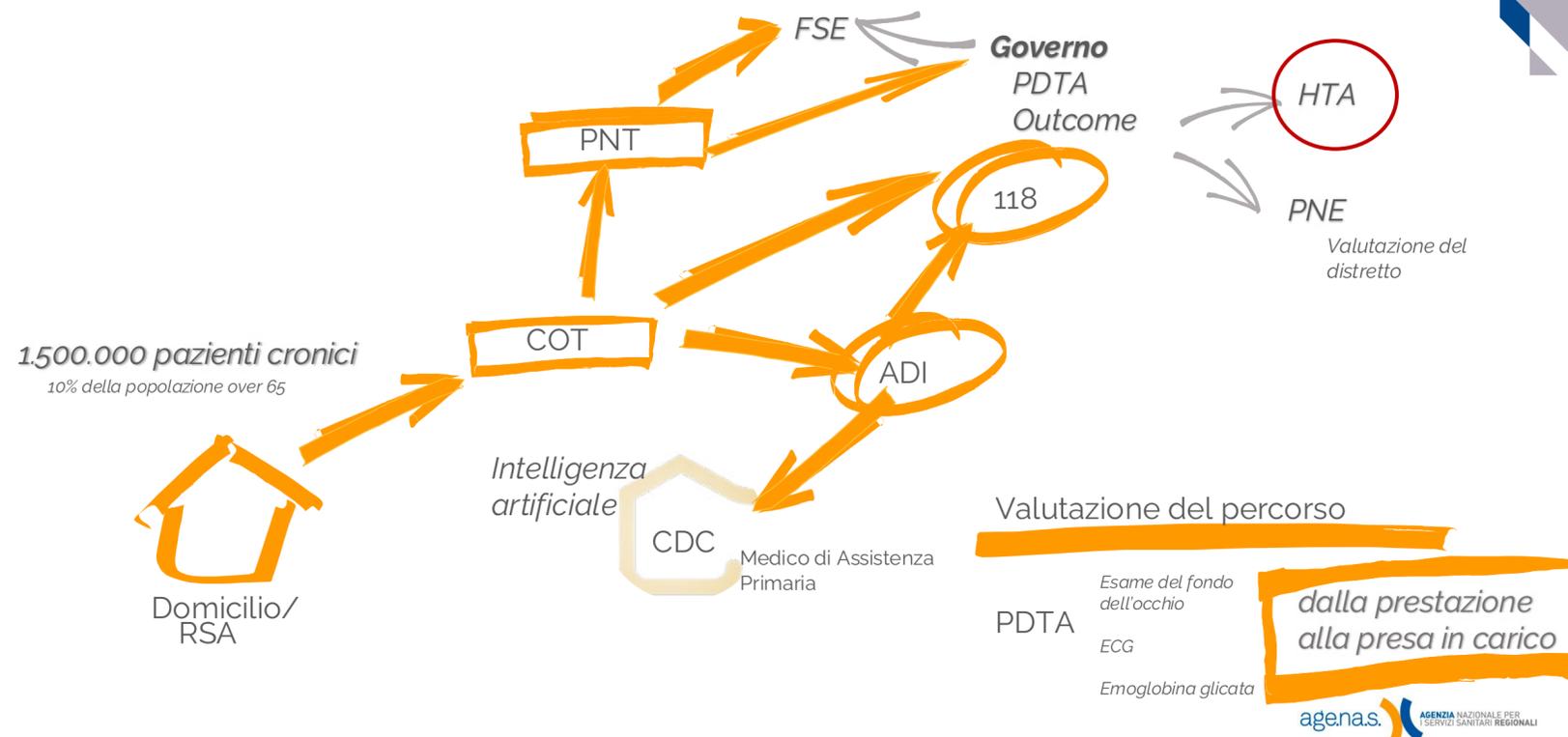


Decreto Ministeriale n.77 del 23 maggio 2022



La presa in carico del paziente

Dal modello basato sulle prestazioni al modello di presa in carico attraverso la sanità digitale



La formazione e l'occupazione dei medici nel confronto europeo



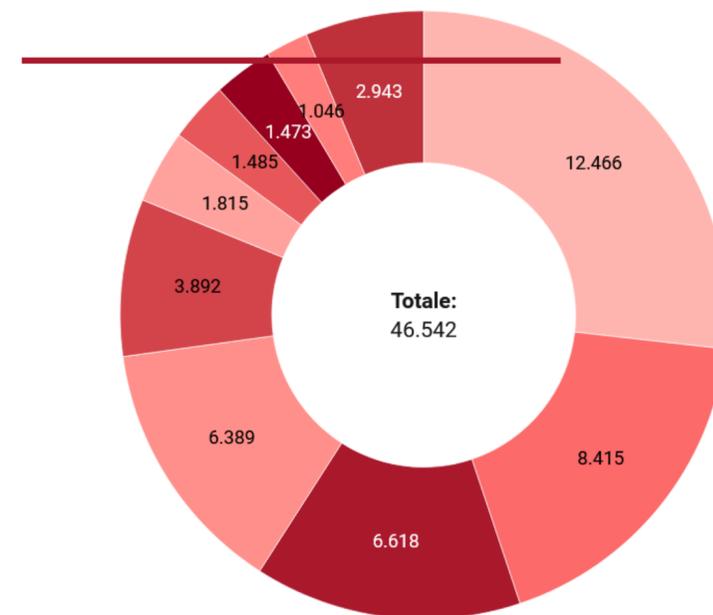
Tabella 2 – Medici in base al luogo di formazione e occupati in ambito sanitario e sociale (anno 2020)

Descrizione	Italia*	Germania	Spagna	Francia	UK
Medici con formazione nazionale	429.415	n.d.	n.d.	188.888	129.682
Medici con formazione estera	4.229	52.194	n.d.	26.593	66.211
<i>Dei quali nativi ma con formazione estera</i>	<i>1.966</i>	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	<i>803</i>	<i>816</i>
Medici con luogo di formazione non noto	987	n.d.	n.d.	241	11.715
Totale	434.631	378.629	n.d.	215.722	207.596
% di medici con formazione estera	0,97%	13,78%	n.d.	12,33%	31,89%
Ingressi annuali di dottori formati all'estero	291	1.254	n.d.	1.251	12.609
Totale occupati in ambito sanitario o sociale	2.017.800	6.268.000	1.663.400	4.035.000	4.189.592
Occupati in ambito sanitario o sociale x1.000 abitanti	34,18	75,34	35,08	59,54	62,21
% occupati in amb. sanitario o sociale rispetto alla pop.	8%	13,94%	8,30%	13,9%	12,93%
% medici su occupati in ambito sanitario o sociale	21,54%	6,04%	n.d.	5,35%	4,96%

Fonte: Rapporto ANVUR 2023

Grafico 2. Ambiti di esercizio professionale e occupazionale degli/le assistenti sociali

Enti locali Cooperative Non lavora/non lavora come AS Sanità Altri Enti
 Non specificato Ministero Giustizia Associazioni Libera professione Altro



La sezione "altro" comprende: Fondazioni (680); Docente (459); Imprese sociali (442); Contratti di collaborazione diversi (397); Ministero Interno (283); Ipab (244); In pensione (228); Inail (133); Inps (41); Ministero Lavoro (36). Dati aggiornati al 31/12/2022.

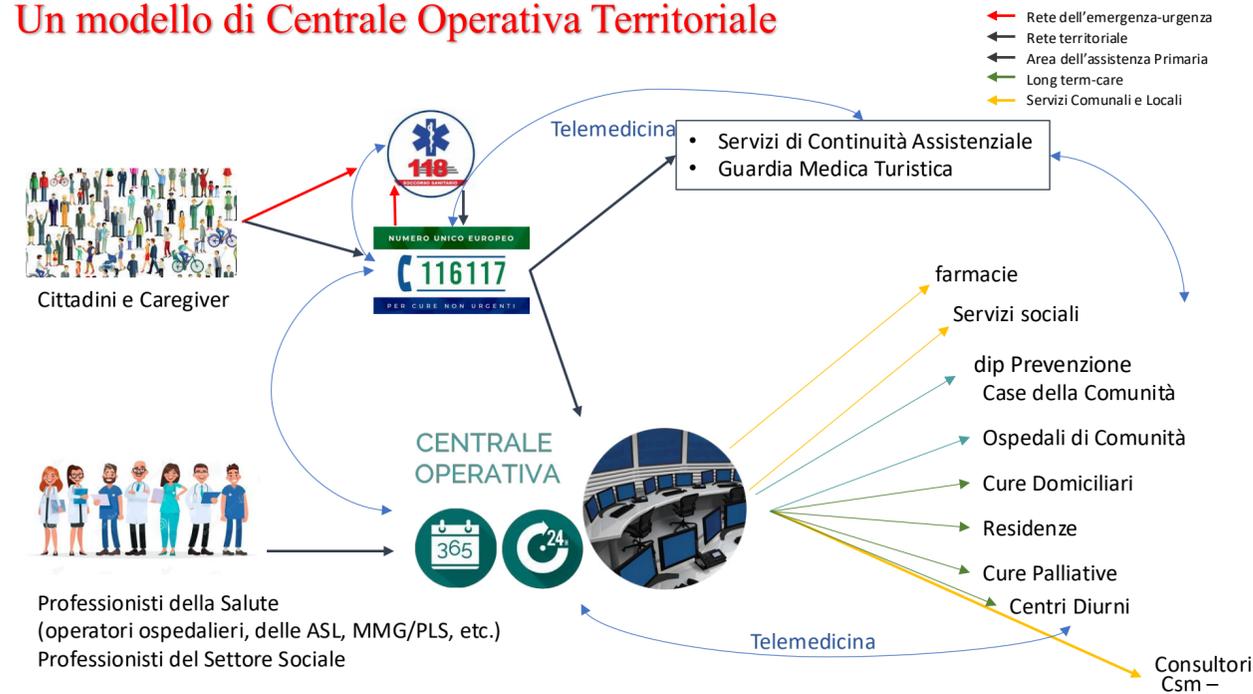
Fonte: CNOAS - Scaricare i dati - Creato con Datawrapper



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali



Un modello di Centrale Operativa Territoriale



La Cot è uno strumento di coordinamento organizzativo al servizio del Distretto,

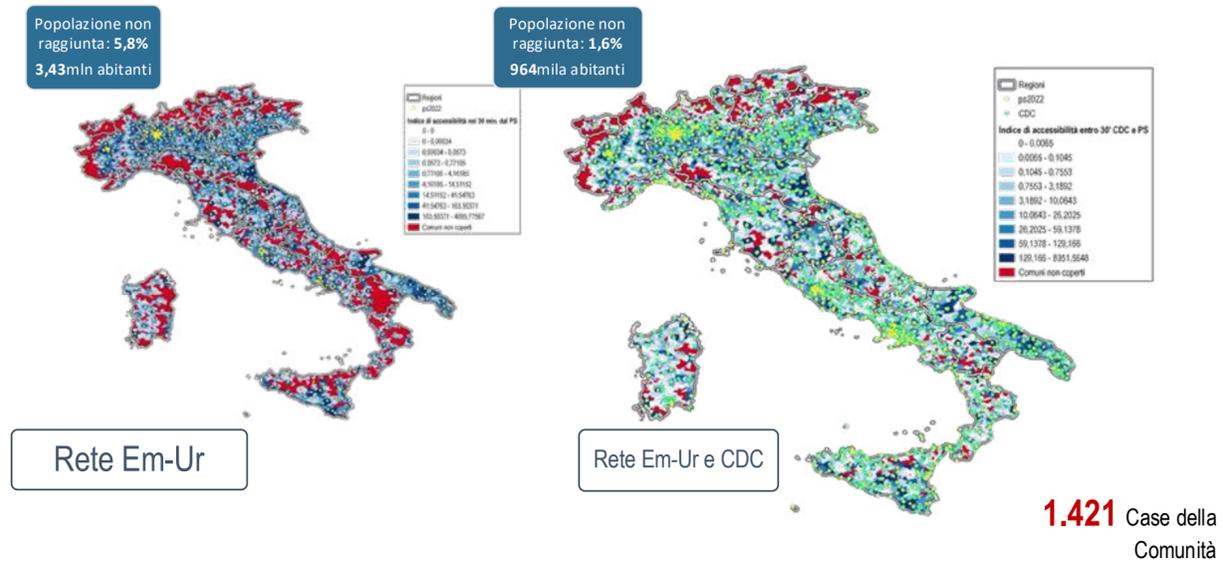
- **Stratificazione**
- **Prevenzione**
- **Presenza in carico**
- **Conoscenza dei dati**
- **Proattività**
- **Connessione**

- 1) disponibilità di un **sistema informativo di supporto** unico ed omogeneo a livello regionale, che garantisca le possibilità di connessione interaziendale per facilitare i percorsi su tutto il territorio; la piattaforma che sarà sviluppata deve essere integrata/interfacciabile con i principali applicativi di gestione aziendale, con accesso al FSE (Fascicolo Sanitario Elettronico) e ai principali database aziendali;
- 2) **riorganizzazione dell'offerta (servizi/linee produttive) aziendale** in modo che i servizi siano in grado di rispondere 7/7 giorni per assicurare efficienza ed efficacia dei percorsi gestiti dalla COT;

3) **attuazione del piano di investimenti** per disporre di logistica idonea e di risorse tecnologiche (tra cui una **piattaforma di telemedicina**) e umane da dedicare alla COT (nuove professionalità e/o riconversione di personale);

4) programmazione di **formazione continua** per tutti i professionisti coinvolti in modo da assicurare una corretta gestione delle interfacce tra Ospedale e Distretto; rete dei servizi sanitari e sociali; professionalità diverse; contesti organizzativi diversi

Accessibilità PS e CDC entro 30 minuti





OSSERVATORIO
CRONICITÀ



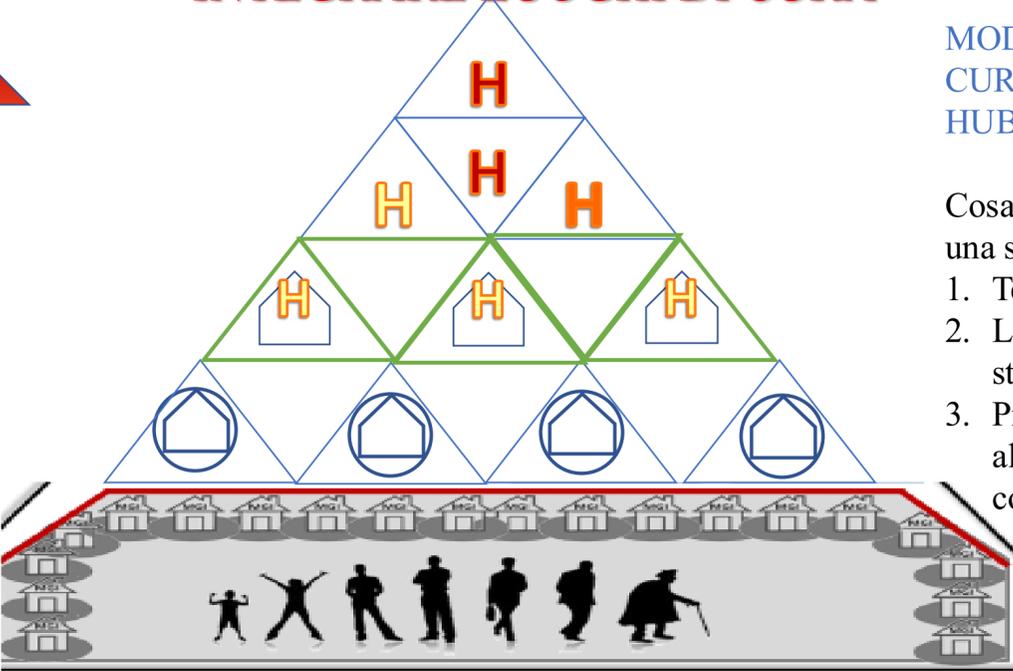
Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali



agenas. AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI

INTEGRARE LUOGHI DI CURA

MAGGIORE INTENSITÀ 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



Ministero della Salute



UNIONE EUROPEA
Fondo Sociale Europeo
Fondo Europeo di Sviluppo Regionale



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

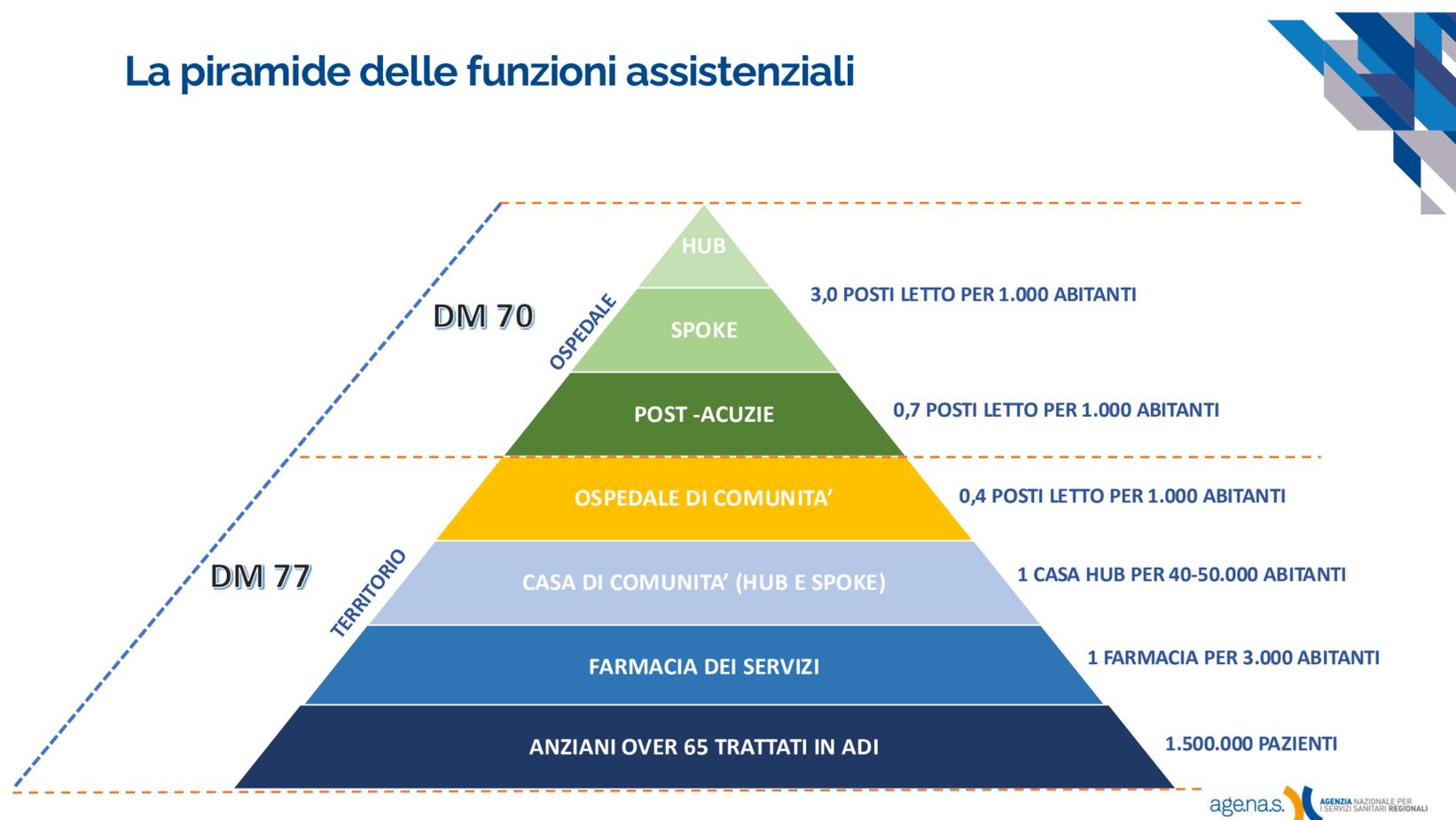


Dipartimento della Funzione Pubblica



GOVERNANCE E CAPACITÀ Istituzionale 2014-2020

La piramide delle funzioni assistenziali



Regione	Assistiti ov 65 - 2023	Obiettivo Assistiti 2023 ADI (over 65) da DM (Baseline 2019+ Obiettivo intermedio 2023)	Baseline 2019	Obiettivo Incrementale Assistiti 2023 ADI (over 65) da DM 23 gennaio 2023	Incremento 2023	% Incremento
PROV. AUTON. TRENTO	14.708	10.017	6.541	3.476	8.167	235,0%
UMBRIA	26.570	17.790	9.528	8.262	17.042	206,3%
PUGLIA	82.013	62.980	20.780	42.200	61.233	145,1%
TOSCANA	113.703	101.996	75.401	26.595	38.302	144,0%
PIEMONTE	106.544	96.984	56.977	40.007	49.567	123,9%
MOLISE	7.601	7.138	4.620	2.518	2.981	118,4%
PROV. AUTON. BOLZANO	8.243	7.250	361	6.889	7.882	114,4%
LAZIO	95.824	89.567	30.999	58.568	64.825	110,7%
LIGURIA	34.578	33.113	15.638	17.475	18.940	108,4%
FRIULI VENEZIA GIULIA	29.626	28.755	17.108	11.647	12.518	107,5%
VALLE D'AOSTA	2.080	2.001	227	1.774	1.853	104,5%
LOMBARDIA	178.233	175.577	92.551	83.026	85.682	103,2%
EMILIA ROMAGNA	118.051	117.565	91.391	26.174	26.660	101,9%
VENETO	125.159	124.780	88.598	36.182	36.561	101,0%
MARCHE	29.745	29.644	14.579	15.065	15.166	100,7%
BASILICATA	11.253	11.237	6.449	4.788	4.804	100,3%
ABRUZZO	26.726	26.697	14.666	12.031	12.060	100,2%
CALABRIA	28.185	29.136	8.233	20.903	19.952	95,5%
SARDEGNA	25.650	29.644	12.236	17.408	13.414	77,1%
CAMPANIA	60.685	80.623	28.733	51.890	31.952	61,6%
SICILIA	50.174	89.095	49.974	39.121	200	0,5%
ITALIA	1.175.351	1.171.590	645.590	526.000	529.761	100,7%

The picture can't be displayed.

IL PONGOV ICT e CRONICITA': La Comunità di Pratica

Iniziato nel 2018 e finanziato dal Fondo Sociale Europeo si inserisce nell'ambito del PON GOV Capacità Istituzionale 2014-2020.

Nello specifico, il Progetto PON GOV ha fornito indirizzi strategici, metodologie e strumenti volti a:

- promuovere la riorganizzazione dei processi di gestione della cronicità tramite l'utilizzo delle tecnologie digitali (ICT);
- definire a livello nazionale cosa si intenda per «Buona Pratica»;
- creare una COMUNITA' di PRATICA quale luogo ideale di confronto tra i professionisti, fondamentale non solo come laboratorio di idee, ma come vero e proprio strumento operativo sia nell'affrontare le criticità emerse, comuni a tutti i territori, sia nel contribuire ad individuare gli obiettivi prioritari per il rafforzamento di una rete territoriale, che superi la logica del luogo di cura e crei un modello unico che segue le persone nel processo di cura dalla prossimità fino ai centri di alta specialità, eliminando le disomogeneità nell'erogazione dei servizi, implementando l'utilizzo delle nuove tecnologie e garantendo la completa realizzazione del Pnrr in linea con le indicazioni del Ministero della Salute e di AGENAS.

53



PONGOV Cronicità



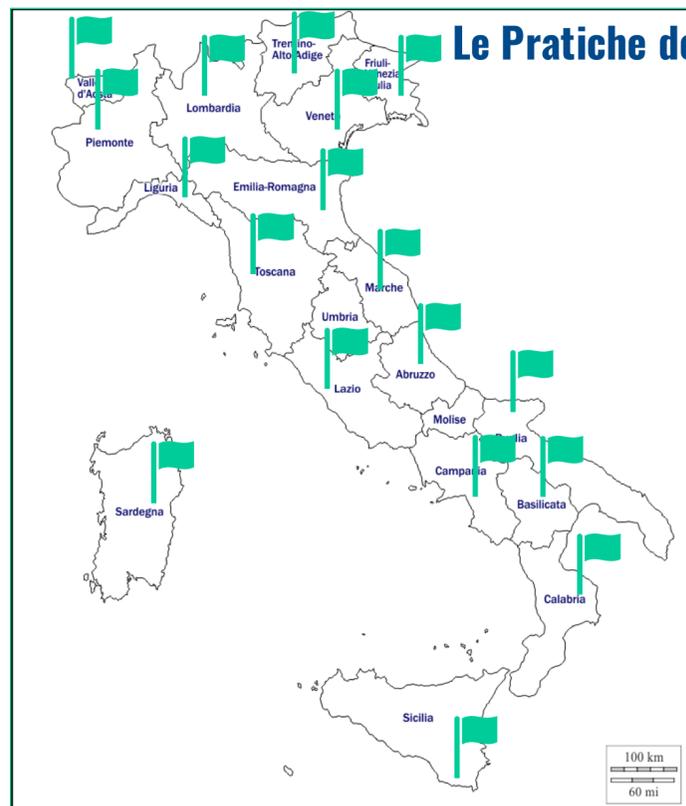
Dal 2019 al 2021
 Buone Pratiche validate: 29
 Best Practices: 6



NUOVA RILEVAZIONE 2021-2023



AD OGGI
 Pratiche validate: 20
 Best Practices: 8
 Buone Pratiche: 7



Le Pratiche del progetto PONGOV

TOTALE A FINE PROGETTO
Pratiche validate: 49
Best Practices: 14
Buone Pratiche: 30

Laboratorio multiregionale per lo sviluppo dell'integrazione socio-sanitaria del paziente anziano

Osservatorio delle Buone Pratiche di Integrazione Federsanità ANCI AGENAS

14 dicembre 2023

Auditorium
IRCCS INRCA POR Ancona
Via della Montagnola, 81



Integrazione COT e CO 116117 regione Piemonte

Autorizzazione ministeriale 26/11/2019

Ministero della Salute
Direzione Generale della Programmazione Sanitaria
Ufficio 2

Al Direttore Regionale
Dott. Danilo Boio
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
Mariakosma Dell'antaghi



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 Cuneo e Pinerolo

Azienda Sanitaria Locale "Città di Torino"
Regione Piemonte

agenas. AGENZIA NAZIONALE PER I PROGETTI SANITARI REGIONALI

COMUNITA' DI PRATICA

Progetto Sperimentale di ricerca:
attivazione COT

Centrali Operative nate dal periodo Covid nella 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.



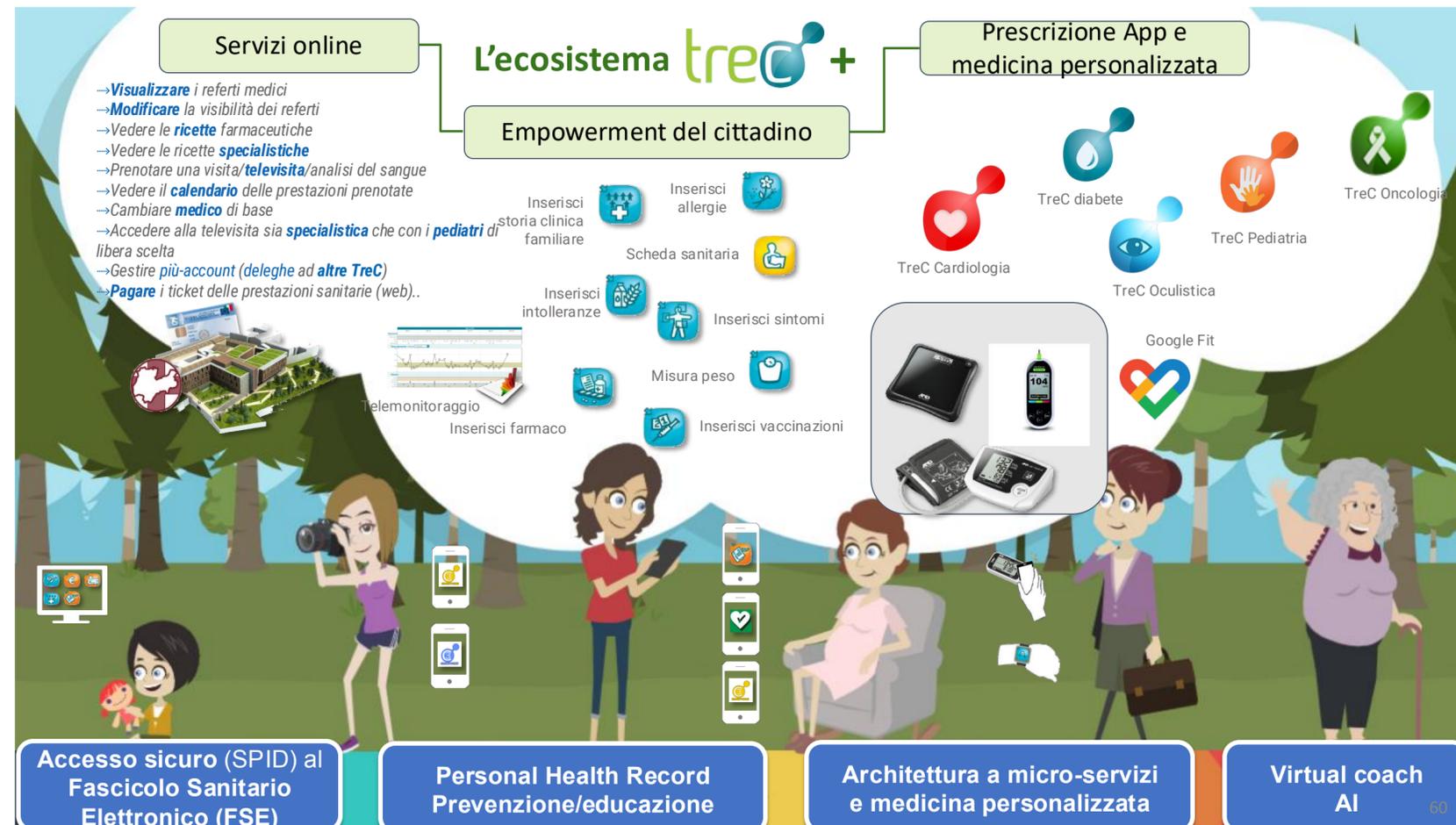
Telemonitoraggio domiciliare, per ottenere dati clinici e ambientali (pressione arteriosa, peso corporeo, frequenza cardiaca, ECG e SO₂, sensore di cadute, parametri ambientali: fumo, acqua, gas, temperatura).



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.



The picture can't be displayed.

Ruolo dei Sindaci nella Sanità

- Responsabile sanitario in corso di Maxi-emergenze
- Disposizione di Trattamenti Sanitari Obbligatorii (TSO)
- Legge Bindi- Direttori Generali
- Distretto :Definizione dei fabbisogni
- Ruolo chiave all'interno del processo di Integrazione socio- sanitaria
- Osservatorio socio sanitario
- Coprogettazione → ricostruiamo insieme il territorio partendo dai bisogni sanitari e sociali, o meglio, **SOCIO SANITARI!**

I RISULTATI DELL'INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO SECONDO LE LOGICHE DEL DM77

18 giugno 2024 ore 10
Facoltà di Medicina e Psicologia
Sapienza Università di Roma

Il 116117 e le Cot come spartiacque della trasformazione

Francesco Enrichens AGENAS
enrichens@agenas.it



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali



parola chiave : Telemedicina

- 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 Protocollo n. 2021/0008736 del 20/10/2021 (Allegato) Pagina 1 di 9



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

CONVENZIONE

TRA

Federsanità – Confederazione Federsanità Anci regionali, C.F. 97413840584 (di seguito Federsanità) con sede legale in Roma, via dei Prefetti 46, rappresentata dal Presidente Tiziana Frittelli e domiciliato per la carica presso la medesima sede legale e aventi i poteri per il presente atto;

E

l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, C.F. 97113690586 (di seguito Agenzia), con sede in via Puglie, 23 - 00187 Roma, nella persona del Presidente del Cda, Prof. Enrico Coscioni, domiciliato per la carica presso la sede dell'Agenzia medesima, e avente i poteri per il presente atto; di seguito indicate come "le Parti"



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali



GRAZIE DELL'ATTENZIONE

Francesco Enrichens
enrichens.ext@agenas.it

AGENAS dir. Domenico Mantoan

