

PNRR e Telemedicina: una opportunità per l'assistenza sanitaria sul territorio.



È necessario che il Distretto Sanitario si qualifichi sempre di più come riferimento basilare per il cittadino, per tutte le prestazioni sanitarie non emergenziali e per tutte le attività di prevenzione



*La riorganizzazione della Medicina Territoriale in
considerazione del nuovo Patto per la Salute e i progetti
del Piano Nazionale Ripresa e Resilienza*



M6 Salute – € 20,23
 • €15,63 RRF + €1,71
 REACT-EU + €2,89 F.do
 Compl.

Component 1 – Reti di prossimità, strutture e Telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale
 Interventi

1. Case della Comunità e presa in carico della persona	€ 2
2. Casa come primo luogo di cura, assistenza domiciliare e telemedicina	€ 4
2.1 Casa come primo luogo di cura: Assistenza Domiciliare	€ 2,72
2.2 Centrali Operative Territoriali (COT)	€ 0,28
2.3 Casa come primo luogo di cura: Telemedicina	€ 1
3. Sviluppo delle cure intermedie	€ 1

**Costo stimato
 7 miliardi di
 euro**





M6 Salute – € 20,23
 + €15,63 RRF + €1,71
 REACT-EU + €2,89 F.do
 Compl.

Component 2 – *Innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN* Interventi

1. Aggiornamento tecnologico e digitale	€ 7,36
Riforma 1.1: Riorganizzare la rete degli IRCCS	-
Intervento 1.1: Ammodernamento digitale delle attrezzature tecnologiche ospedaliere	€ 4,05 di cui €1,41 progetti avviati
Intervento 1.2: Verso un ospedale sicuro e sostenibile	€ 1,64 di cui €1 progetti avviati
Intervento 1.3: Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, elaborazione, analisi dati e simulazione	€ 1,67 di cui €0,57 progetti avviati
2. Formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico	€ 1,26
Intervento 2.1: Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN	€ 0,52
Intervento 2.2: Sviluppo delle competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali del personale SSN	€ 0,74

Costo stimato
 8,63 miliardi di euro
 di cui 2,98 di progetti avviati





LE RIFORME

Component 1:

Servizi sanitari di prossimità, strutture e standard per l'assistenza sul territorio

- Definizione di Standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l'assistenza territoriale e l'identificazione delle strutture a essa deputate;
- Definizione di un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico.



Component 2:

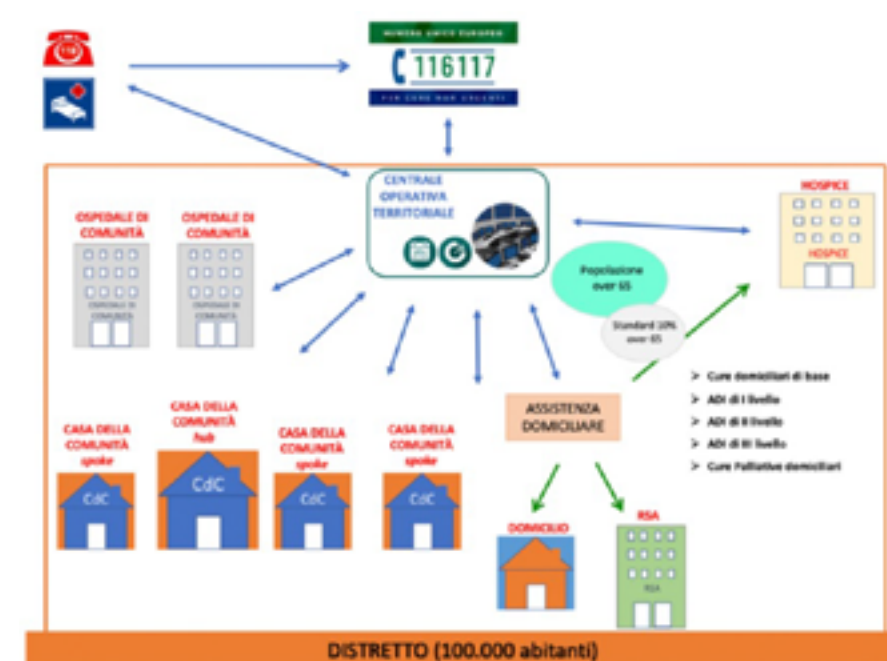
Riorganizzare la rete degli IRCCS:

- Aggiornare le politiche di ricerca del Ministero;
- Rafforzare il rapporto tra ricerca, innovazione e cure.





MODELLI E STANDARD PER LO SVILUPPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE NEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE: LA PROPOSTA DI CAMBIAMENTO



Organizzazione di un Distretto ideale/tipo di 100.000 abitanti di un'area urbana.



Le Case di Comunità

“il luogo fisico di prossimità e di facile individuazione dove la comunità può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria e socio-sanitaria. La CdC promuove un modello organizzativo di approccio integrato e multidisciplinare attraverso équipe territoriali. Costituisce la sede privilegiata per la progettazione ed l’erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale”.



Le Case di Comunità Hub

- Équipe multiprofessionali (MMG, PLS, Specialisti ambulatoriali, ...);
- Presenza medica h24 - 7 giorni su 7;
- Presenza infermieristica h12 - 7 giorni su 7;
- Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario e sociale;
- Punto prelievi;
- Programmi di screening;
- Servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicità;
- Servizi ambulatoriali specialistici;
- Servizi infermieristici inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC);
- Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale;
- Servizio di assistenza domiciliare di base;
- Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione.



Le Case di Comunità Spoke

- Équipe multiprofessionali (MMG, PLS, Specialisti ambulatoriali, ...);
- Presenza medica e infermieristica almeno h12 - 6 giorni su 7;
- PUA;
- Alcuni servizi ambulatoriali per patologie ad elevata prevalenza;
- Servizi infermieristici inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC);
- Programmi di screening;
- Collegamento con la Casa della Comunità hub di riferimento;
- Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale;
- Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione.



Il ruolo dei Dipartimenti di Prevenzione

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

1 DP ogni 500.000 abitanti (soglia massima)

Garantisce la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e della disabilità, miglioramento della qualità della vita. Le funzioni esercitate nello specifico:

- Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali
 - Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati
- Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro
 - Salute animale e igiene urbana veterinaria
 - Sicurezza alimentare
 - Tutela della salute dei consumatori
- Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale
 - Attività medico legali per finalità pubbliche.

In caso di emergenze diventa punto di riferimento tecnico-operativo tra le autorità nazionali, regionali e locali



Gli altri principali cambiamenti

L'Infermiere di Famiglia e Comunità → forte orientamento alla gestione proattiva della salute; facilitare la presa in carico e la continuità dell'assistenza, favorendo l'integrazione e la collaborazione tra le figure professionali e i servizi socio-sanitari presenti sul territorio. 1 ogni 2.000-2.500 abitanti

L'Unità Speciale di Continuità Assistenziale, attivato durante la pandemia, resterà anche in futuro. 1 medico e 1 infermiere ogni 100.000 abitanti.

La Centrale Operativa Territoriale → coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali. 1 COT ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale. 5 infermieri/IFeC, 1 coordinatore

La Centrale Operativa 116117 → Numero Europeo Armonizzato per le cure mediche non urgenti. Servizio telefonico gratuito alla popolazione per tutte le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a bassa intensità assistenziale. 1 Centrale Operativa 116117 ogni 1-2 milioni di abitanti o comunque a valenza regionale.



Gli altri principali cambiamenti

L'Assistenza Domiciliare → erogazione al domicilio di interventi nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza. 10% della popolazione over 65 (presa in carico progressiva).

L'Ospedale di Comunità → funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero al fine di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette. 1 Ospedale di Comunità (20 posti letto) ogni 50.000 abitanti. 9 infermieri, 6 Operatori Socio-Sanitari e un medico per almeno 4 ore al giorno.

L'Hospice → struttura socio-sanitaria per la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, integrata con l'ospedale e il domicilio del paziente. È rivolto a soggetti affetti da patologie oncologiche, croniche, neurodegenerative, irreversibili e in stadi avanzati, candidabili a terapie di supporto, che necessitano di un appropriato sostegno medico, psicologico e sociale nelle ultime fasi della vita. 1 Hospice fino a 10 posti letto ogni 100.000 abitanti

Il Consultorio Familiare → prevenzione, consulenza e cura per donne, minori famiglia in senso ampio.
1 Consultorio ogni 100.000 con (attività interne alle Case della Comunità hub).

Investimento e potenziamento dei servizi di Telemedicina



Nuovi indicatori di monitoraggio

Assistenza domiciliare

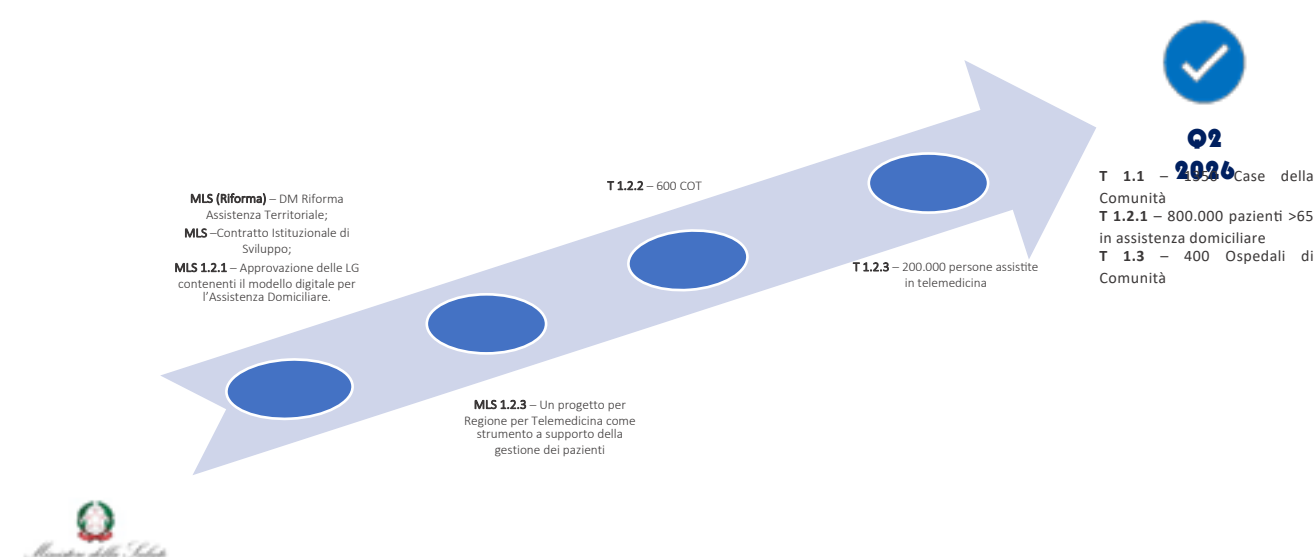
- % pazienti over 65 in assistenza domiciliare

Ospedali di Comunità

- Tasso di ricovero della popolazione > 75 anni
- Tasso di ricovero della popolazione < 14 anni
- Tasso di ricovero in Ospedale per acuti durante la degenza in OdC
- Tasso di riospedalizzazione a 90gg
- Degenza media OdC
- Degenza oltre le 6 settimane (o N di outlier)
- N pazienti provenienti dal domicilio
- N pazienti provenienti da ospedali

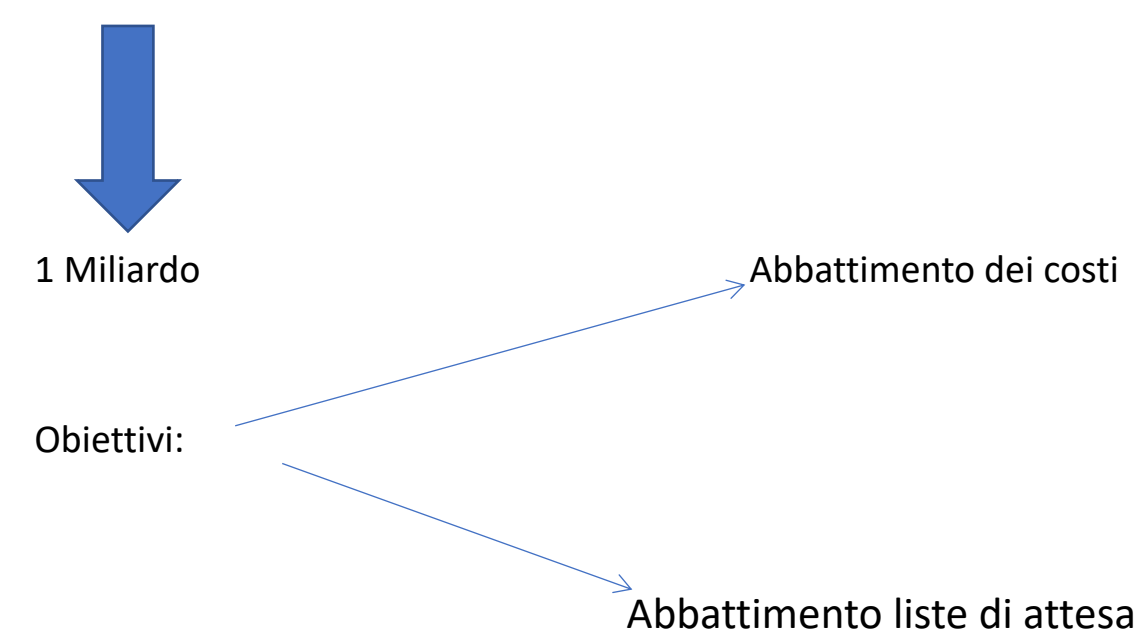


Componente 1 Milestone & Target (EU)





PNNR Innovazione Tecnologia: la Telemedicina





Prestazioni Erogabili

Televisiva
Teleassistenza
Telemonitoraggio
Teleconsulto



Supporto ma non
sostituzione al rapporto
umano fra medico e
utente



Recente Esempio: Preso in Carico Domiciliare durante la Pandemia

Criticità: Mancanza di Formazione del Professionista della Sanità.

Corsi ad hoc

Integrazione dei Piani di Studio



Riflessioni finali

- La riforma potenzia e riorganizza l'assistenza territoriale
- Riorganizzazione incentrata sulla gestione territoriale dell'emergenze epidemiche/pandemiche oltre che delle cronicità

Criticità da affrontare

- Poca chiarezza sull'organizzazione delle AFT all'interno delle Case di Comunità
- Necessità di migliorare le strategie di comunicazione e di prevenzione
- Ruolo dei Dipartimenti di Prevenzione come punto cardine della programmazione e valutazione dell'assistenza distrettuale e della prevenzione



Criticità da affrontare

- Effettivo funzionamento e effettiva accessibilità dei *CUP* distrettuali e ospedalieri e delle *Porte Uniche di Accesso*
- Carenze in medicina generale per i pensionamenti in massa
- Necessità di qualificare la rete delle emergenze e dei pronti soccorsi

PUNTI PROGETTUALI PER LA QUALIFICAZIONE DELL'ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA NELL'AREA METROPOLITANA DI NAPOLI

Assistenza territoriale

Previste in Campania:

- 169 case della comunità
 - 45 ospedali di comunità
 - 58 centrali operative
- } 38 milioni stanziati



10 distretti sanitari

Eccesso Burocratico



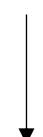
Autorizzazioni
Ispezioni



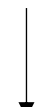
Monitoraggio



Incremento di attività di assistenza
primaria e prevenzione



CUP e porta unica di accesso
(sportello e presa in carico).



Valorizzazione e monitoraggio



Assistenza territoriale

- Potenziamento cure domiciliari → integrazione ospedale-territorio
- Reale attivazione AFT (h24) → continuità assistenziale
- Funzionamento h12 poliambulatori distrettuali (1 hub e 1 spoke per distretto) per le cure specialistiche, screening, promozione della salute.
- Utilizzo intelligente degli ausili tecnologici (telemedicina e telemonitoraggio).



Dipartimento di prevenzione

- Gli standard del PNNR prevedono 1 dipartimento di prevenzione ogni 500.000 abitanti (2 per la ASL Napoli 1 Centro)

Attualmente eccesso di carico burocratico, ispezioni, autorizzazioni, sanzioni.

Auspicabile valorizzazione della programmazione e valutazione delle attività di prevenzione, monitoraggio integrato salute ambiente.

Assistenza ospedaliera

- Necessità di potenziare la rete dell'emergenza.
- Disattivati negli ultimi cinque anni cinque pronto soccorso: vetustà ed emergenza Covid.

Attualmente attivi: Cardarelli, San Paolo, Ospedale del Mare, CTO, Pellegrini.

Non sufficienti e sovraccarichi (rapporto PS/abitanti 1/200.000; necessità di arrivare a 1/170.000).

- Riattivare San Giovanni Bosco (Area Nord)
- Attivare PS Policlinico Federico II (area collinare)
- Attivare PS Policlinico Vanvitelli (area centro storico)

- Aumento numero ambulanze

- Risoluzione problematiche del personale



CARENZA DI PROFESSIONISTI

1 Fuga da PS verso il privato →
- Anestesisti
- Medici d'urgenza
- Pneumologi

2 Problema blocco assunzioni in regioni commissariate

3 Carenza di MMG e specialisti ambulatoriali.

Necessità di soluzioni emergenziali:

- 1) Prolungare in servizio i Medici su base volontaria per 3 anni dopo la pensione
- 2) Stabilizzare le assunzioni emergenza Covid

Delitti in materia di violazione del diritto d'autore (Art. 25-novies, D.Lgs. n. 231/2001) [articolo aggiunto dalla L. n. 99/2009]

- Messa a disposizione del pubblico, in un sistema di reti telematiche, mediante connessioni di qualsiasi genere, di un'opera dell'ingegno protetta, o di parte di essa (art. 171, legge n.633/1941 comma 1 lett. a) bis)
- Reati di cui al punto precedente commessi su opere altrui non destinate alla pubblicazione qualora ne risulti offeso l'onore o la reputazione (art. 171, legge n.633/1941 comma 3)
- Abusiva duplicazione, per trarne profitto, di programmi per elaboratore; importazione, distribuzione, vendita o detenzione a scopo commerciale o imprenditoriale o concessione in locazione di programmi contenuti in supporti non contrassegnati dalla SIAE; predisposizione di mezzi per rimuovere o eludere i dispositivi di protezione di programmi per elaboratori (art. 171-bis legge n.633/1941 comma 1)
- Riproduzione, trasferimento su altro supporto, distribuzione, comunicazione, presentazione o dimostrazione in pubblico, del contenuto di una banca dati; estrazione o reimpiego della banca dati; distribuzione, vendita o concessione in locazione di banche di dati (art. 171-bis legge n.633/1941 comma 2)
- Abusiva duplicazione, riproduzione, trasmissione o diffusione in pubblico con qualsiasi procedimento, in tutto o in parte, di opere dell'ingegno destinate al circuito televisivo, cinematografico, della vendita o del noleggio di dischi, nastri o supporti analoghi o ogni altro supporto contenente fonogrammi o videogrammi di opere musicali, cinematografiche o audiovisive assimilate o sequenze di immagini in movimento; opere letterarie, drammatiche, scientifiche o didattiche, musicali o drammatico musicali, multimediali, anche se inserite in opere collettive o composite o banche dati; riproduzione, duplicazione, trasmissione o diffusione abusiva, vendita o commercio, cessione a qualsiasi titolo o importazione abusiva di oltre cinquanta copie o esemplari di opere tutelate dal diritto d'autore e da diritti connessi; immissione in un sistema di reti telematiche, mediante connessioni di qualsiasi genere, di un'opera dell'ingegno protetta dal diritto d'autore, o parte di essa (art. 171-ter legge n.633/1941)
- Mancata comunicazione alla SIAE dei dati di identificazione dei supporti non soggetti al contrassegno o falsa dichiarazione (art. 171-septies legge n.633/1941)
- Fraudolenta produzione, vendita, importazione, promozione, installazione, modifica, utilizzo per uso pubblico e privato di apparati o parti di apparati atti alla decodificazione di trasmissioni audiovisive ad accesso condizionato effettuate via etere, via satellite, via cavo, in forma sia analogica sia digitale (art. 171-octies legge n.633/1941).

[Torna all'inizio](#)