

Arezzo 25-28 Novembre 20 FORUM

UN NUOVO SISTEMA SANITARIO
LA RIFORMA IN CAMMINO

Il dm 77: la presa in carico del territorio è
la soluzione strutturale



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Enrichens Francesco Agenas



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»



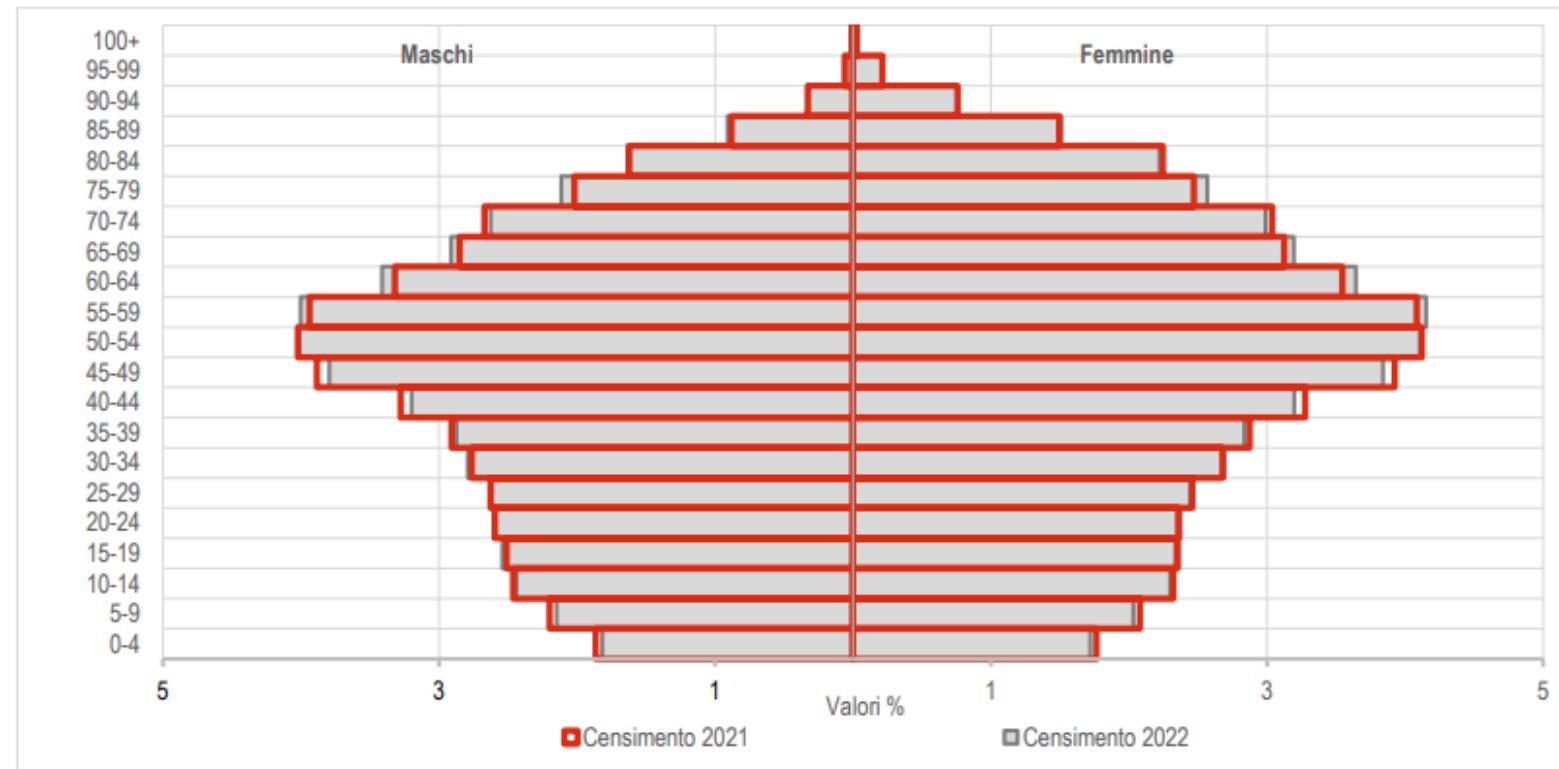
Il Contesto di riferimento: 4,2 milioni vivono da soli

- 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).

La piramide della popolazione



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



Fonte: ISTAT



3,9 milioni di non autosufficienti :

1,1 milioni hanno la badante

300000 in RSA

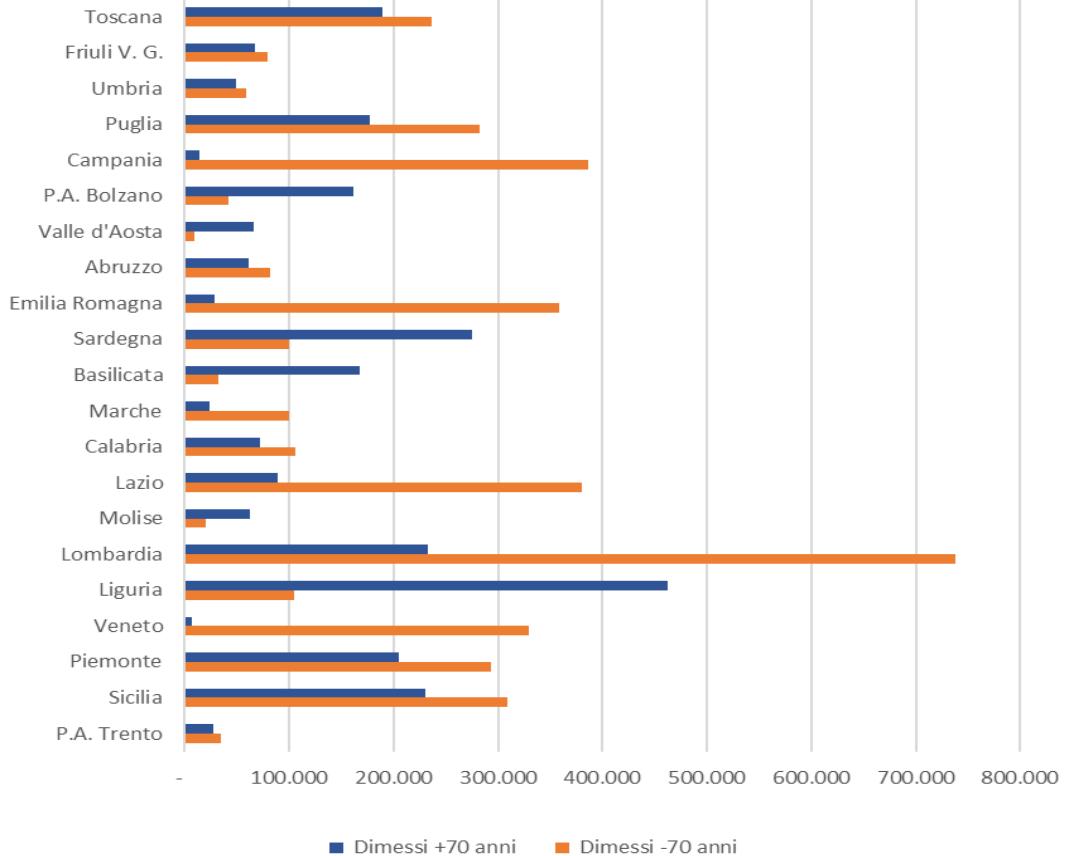
1.5 milioni IDA

2,5 milioni non ricevono servizi



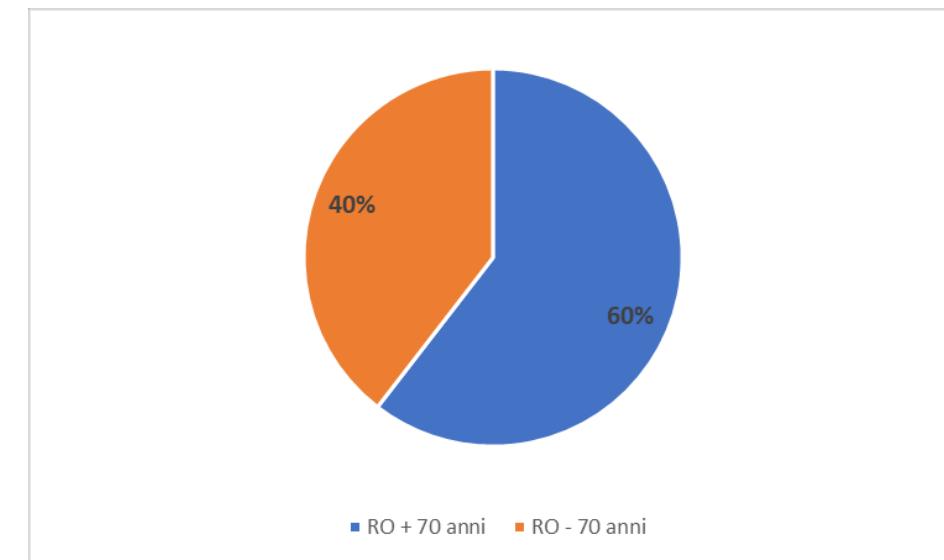
OSSERVATORIO
CRONICITÀ

Il contesto di riferimento



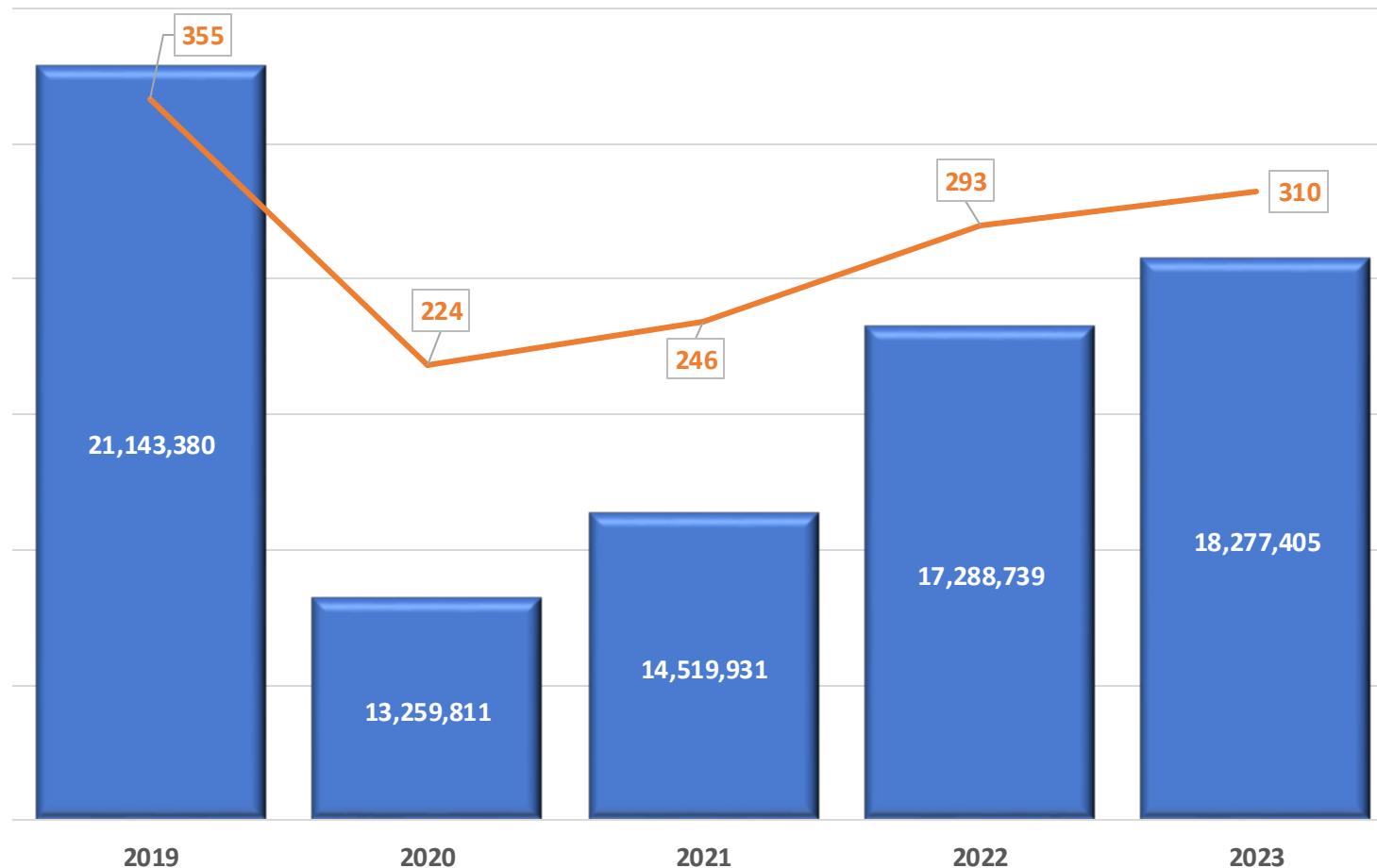
In Italia nel 2019 ci sono stati circa **6.743.354 ricoveri in regime ordinario** di cui:

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

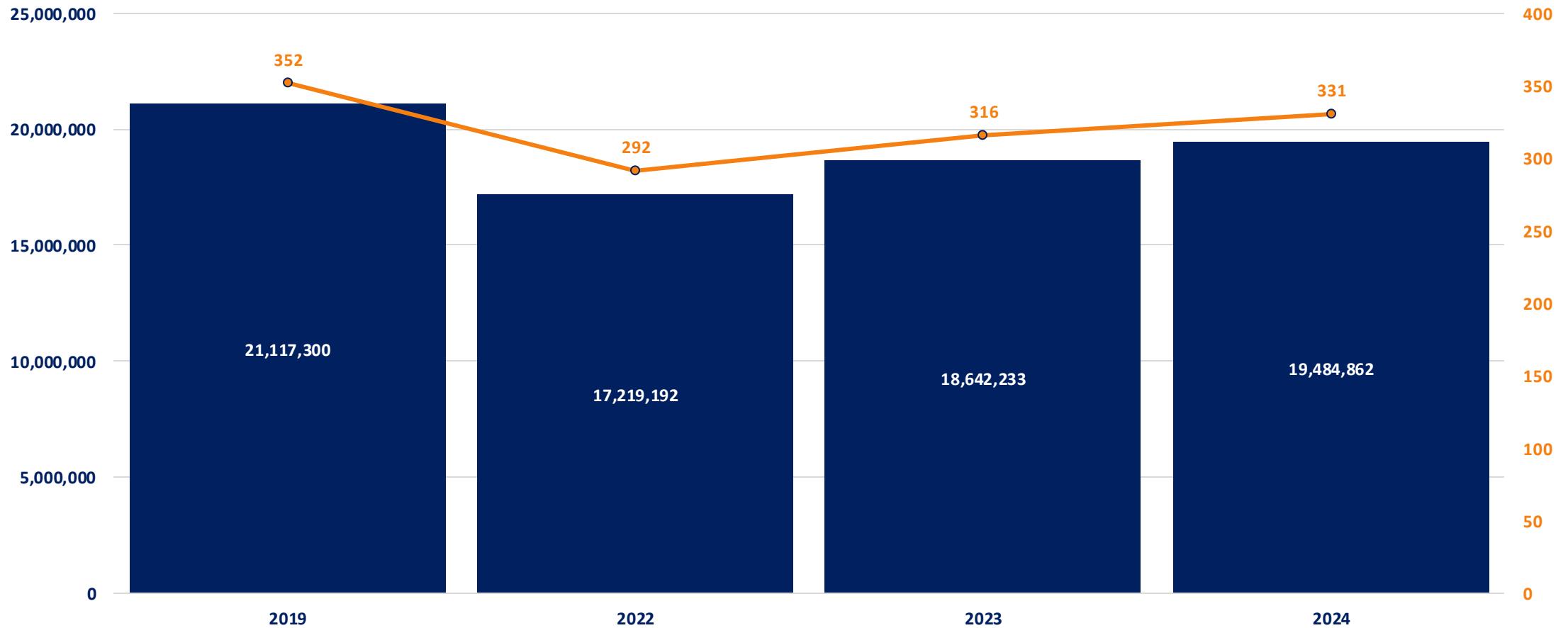


Trend degli accessi in PS e relativi tassi per 1000 ab.

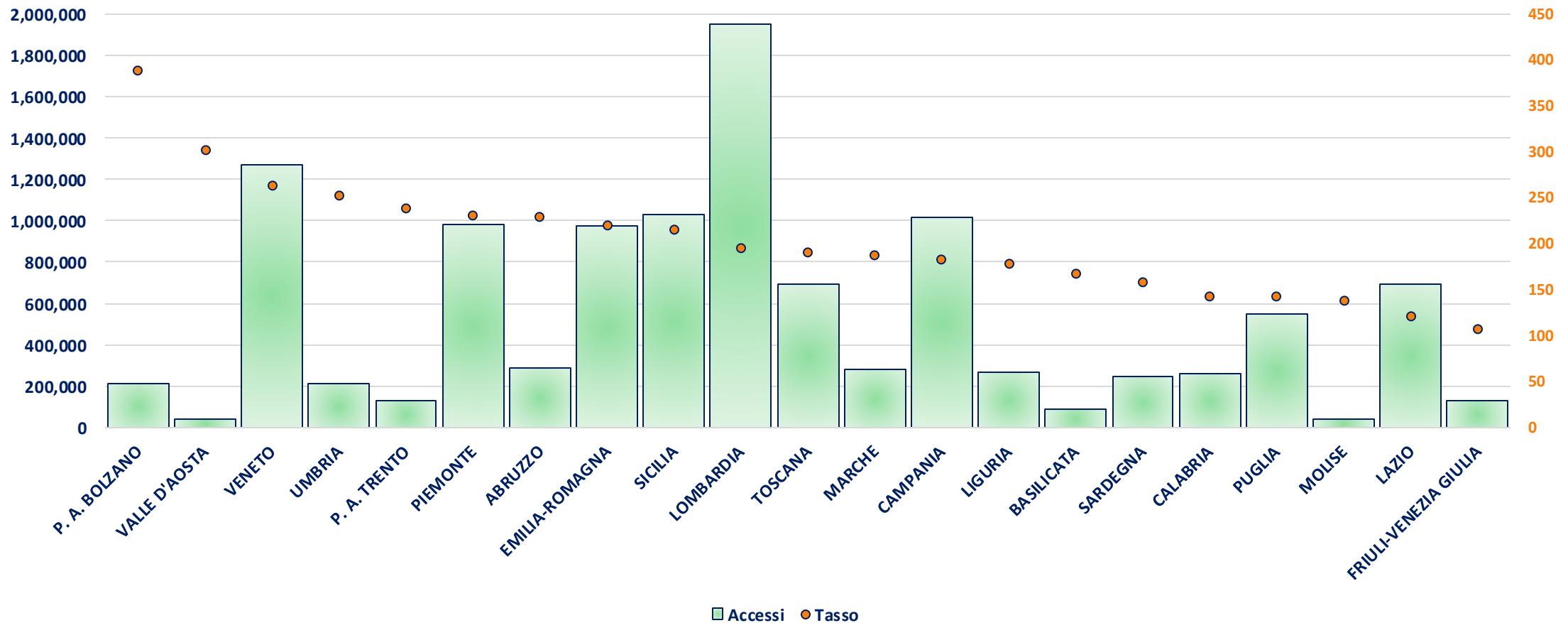
Accessi in PS - volumi e tasso per 1000 ab.



Andamento del numero di accessi annui in Pronto Soccorso (PS) e relativi tassi per 1000 abitanti



Numero di accessi in Pronto Soccorso con codice bianco o verde e relativi tassi per 1000 abitanti, per Regione (anno 2024)



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%

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%)

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

	Totali 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

	Totali 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**



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



OSSERVATORIO
CRONICITÀ



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

agenas. AGENZIA NAZIONALE PER
I SERVIZI SANITARI REGIONALI

Emergenza Urgenza

Rete Ospedaliera

Rete Territoriale

Se cambia una....si muovono tutte!



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

Cardiovascolare

Stroke

Trauma

Ostetrico-neonatale

Pediatrica

Vascolare

Ortopedica



Tutti gli Attori

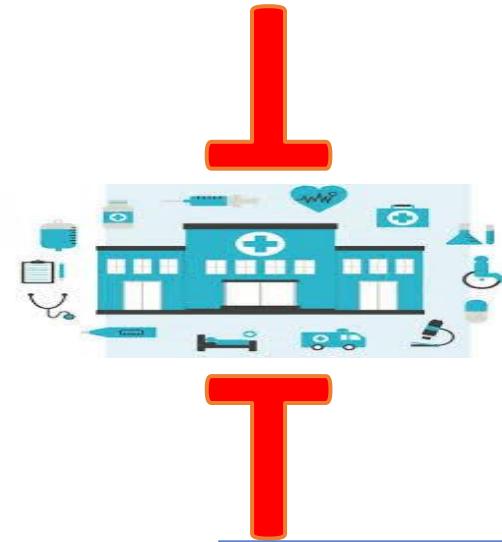
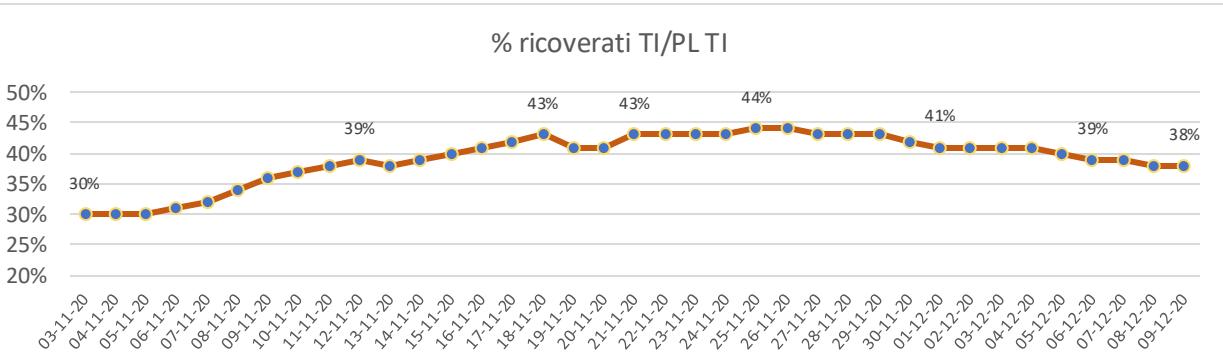
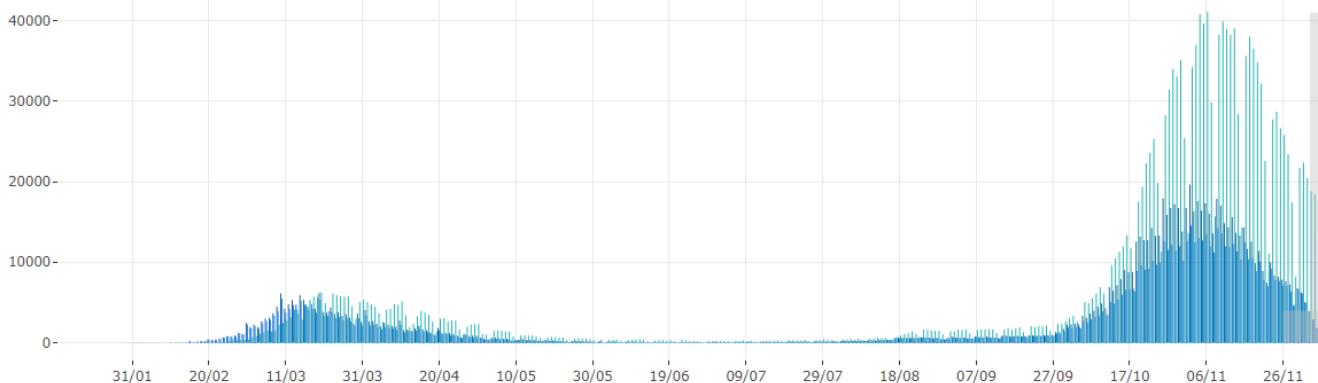


Il DL 34 e la pandemia da COVID-19

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.

■ Data inizio sintomi (912.217) ■ Data inizio sintomi (casi sintomatici**) (739.517) ■ Data prelievo/diagnosi (1.760.518)



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



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



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



OSSE
VATORIO
CRONICITÀ

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

agenas. AGENZIA NAZIONALE PER
I SERVIZI SANITARI REGIONALI

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

Rilancio del territorio

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.



OSSERVATORIO
CRONICITÀ



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

agenas.

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 agenas su
csm, npia, serd, penitenziaria**



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

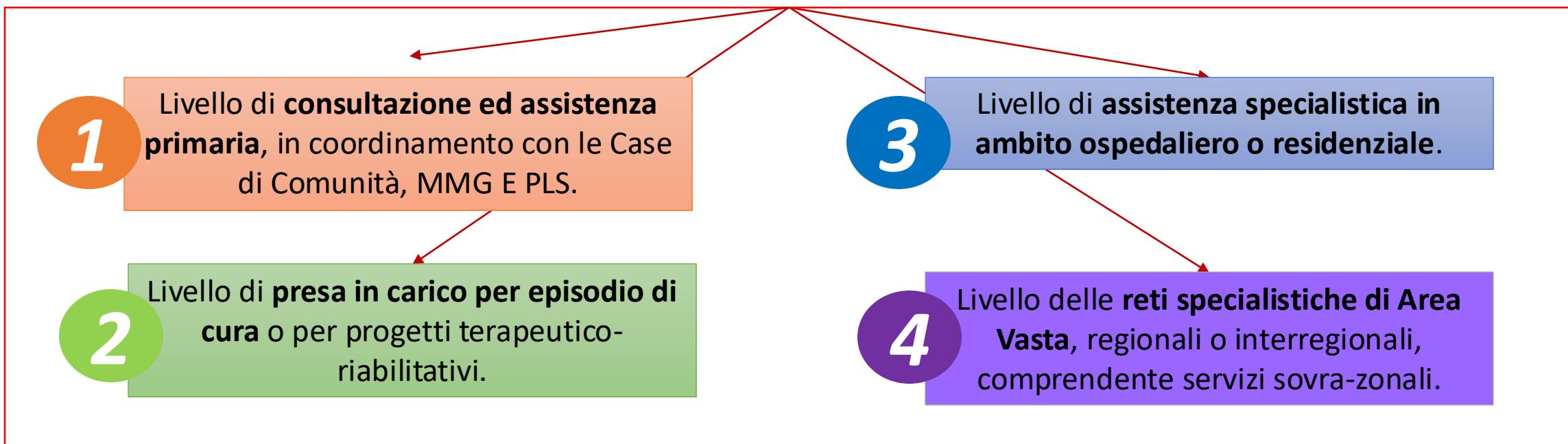
**STANDARD PER L'ASSISTENZA TERRITORIALE DEI SERVIZI
SALUTE MENTALE ADULTI, DIPENDENZE PATHOLOGICHE,
NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA E
SALUTE IN CARCERE**

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

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

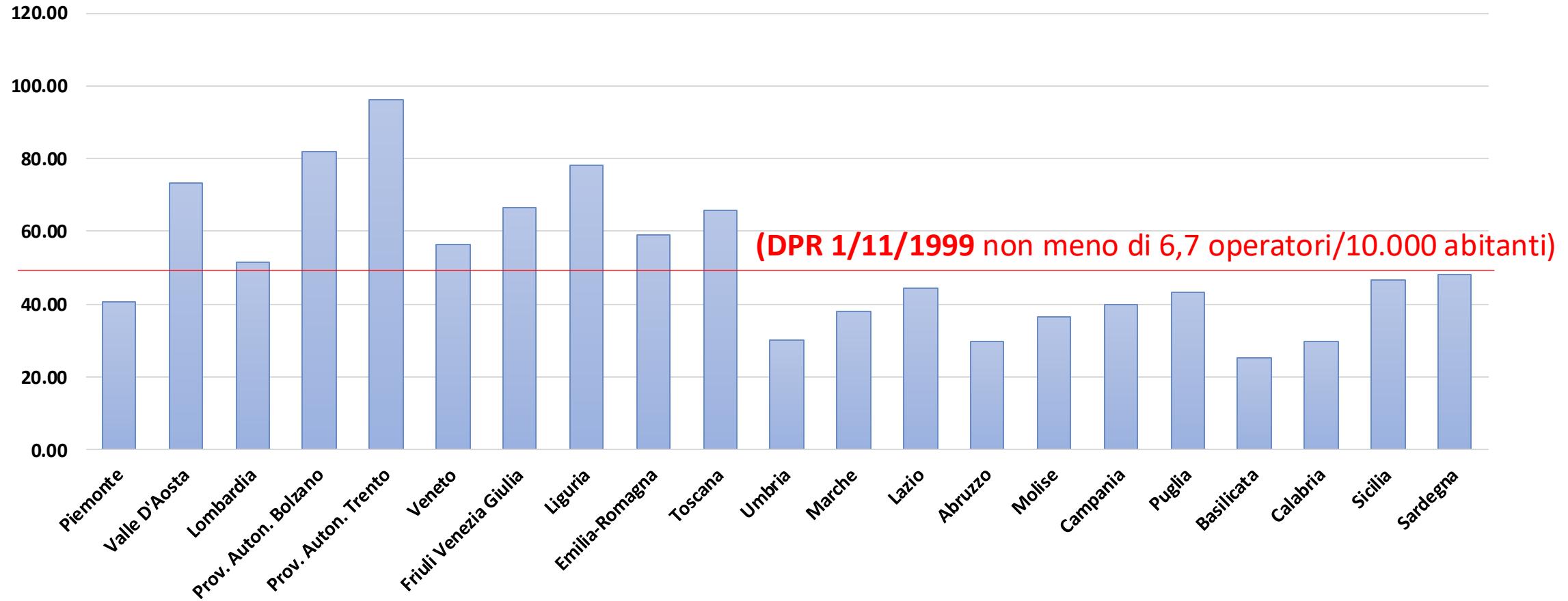
QUALIFICA	Numero dipendenti				Altre forme di rapporto professionale	TOTALE		
	TEMPO PIENO	PART-TIME		TOTALE				
		FINO AL 50%	OLTRE IL 50%					
MEDICO	5.014	16	62	5.092	197	5.289		
DI CUI PSICHIATRI	3.515	11	48	3.574	156	3.730		
PSICOLOGO	1.678	27	66	1.771	173	1.944		
PERSONALE INFERMIERISTICO	11.909	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)



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 programmatore (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)	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	1	0,3	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	29	3,9	29	3,9
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	19	1,8	15	1,4
EMILIA ROMAGNA	2.809.030	111	4,0	103	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	39	7,3	4	0,7	2	0,4	15	2,8	15	2,8
TOSCANA	2.292.476	112	4,9	103	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	49	0,8	37	0,6	169	2,6	105	1,6	249	3,9	187	2,9	112	1,8	82	1,3	179	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	51	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	2	0,6
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 equipe 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 NUE112 per continuo scambio delle rispettive inappropriatezze



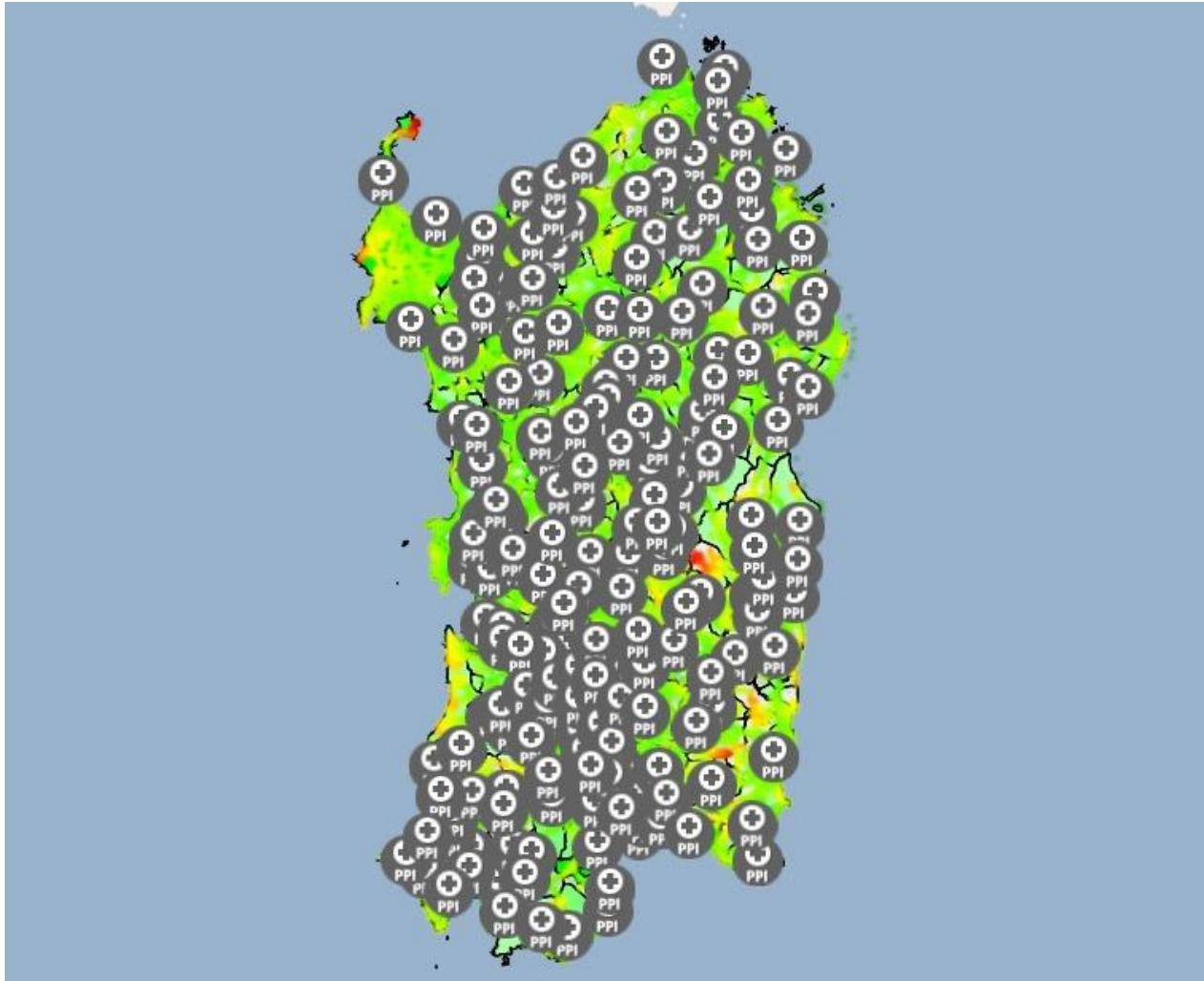


Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

agenas.

AGENZIA NAZIONALE PER
I SERVIZI SANITARI REGIONALI

OSSERVATORIO
CRONICITÀ

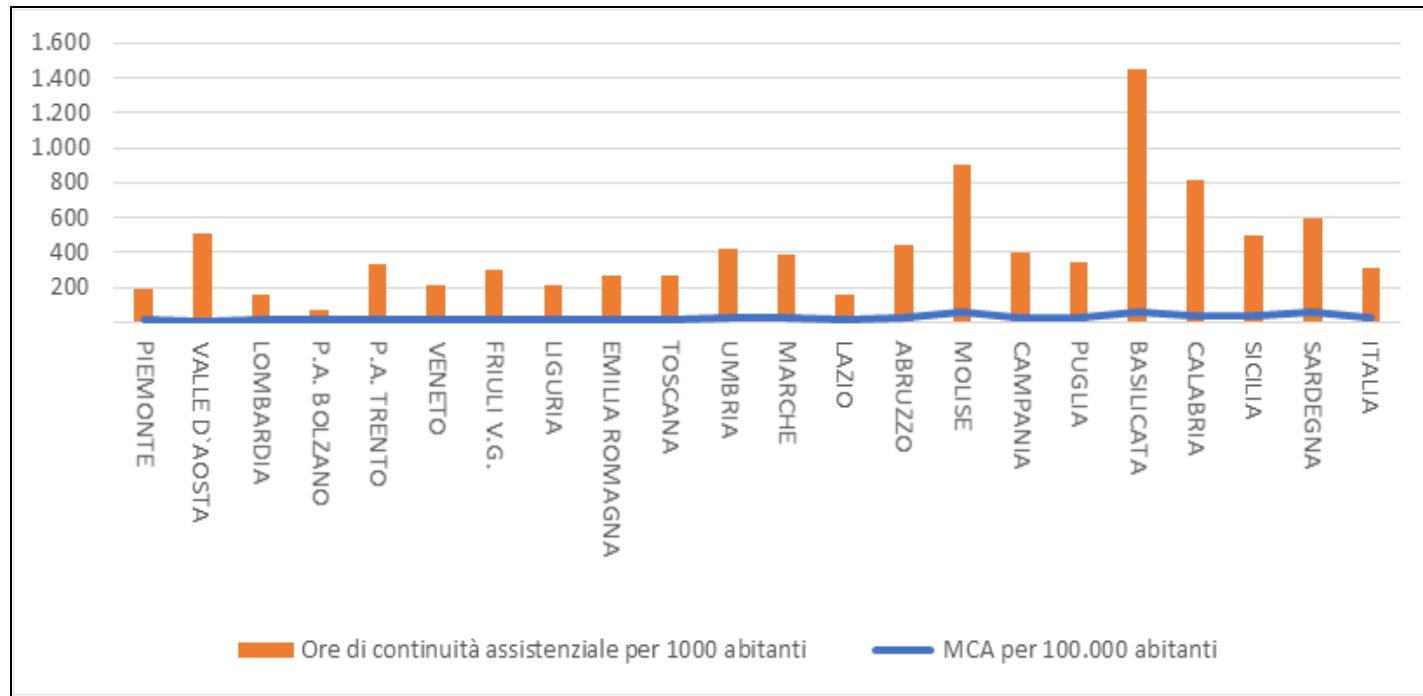


UNIONE EUROPEA

Fondo Sociale Europeo
Fondo Europeo di Sviluppo Regionale



La Continuità Assistenziale

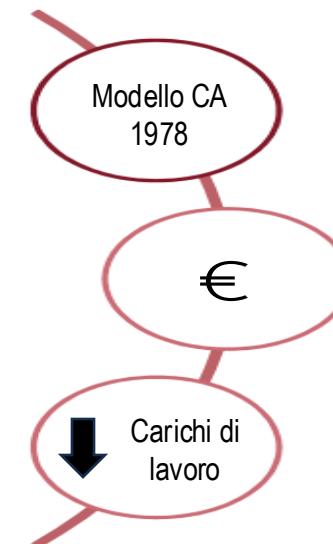


Regione	Popolazione (01/01/2020)	Punti di Guardia Medica	per ab.
PIEMONTE	4.341.375	136	31.922
VALLE D'AOSTA	125.501	9	13.945
LOMBARDIA	10.103.969	257	39.315
P.A. BOLZANO	532.080	7	76.011
P.A. TRENTO	542.739	20	27.137
VENETO	4.907.704	106	46.299
FRIULI V.G.	1.211.357	47	25.774
LIGURIA	1.543.127	52	29.676
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

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)



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:

- Case della Comunità
 - Telemedicina
 - Intelligenza Artificiale
- 
- Iperafflusso

- Ospedali di Comunità
 - ADI – domiciliare
- 
- Sovraffollamento

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

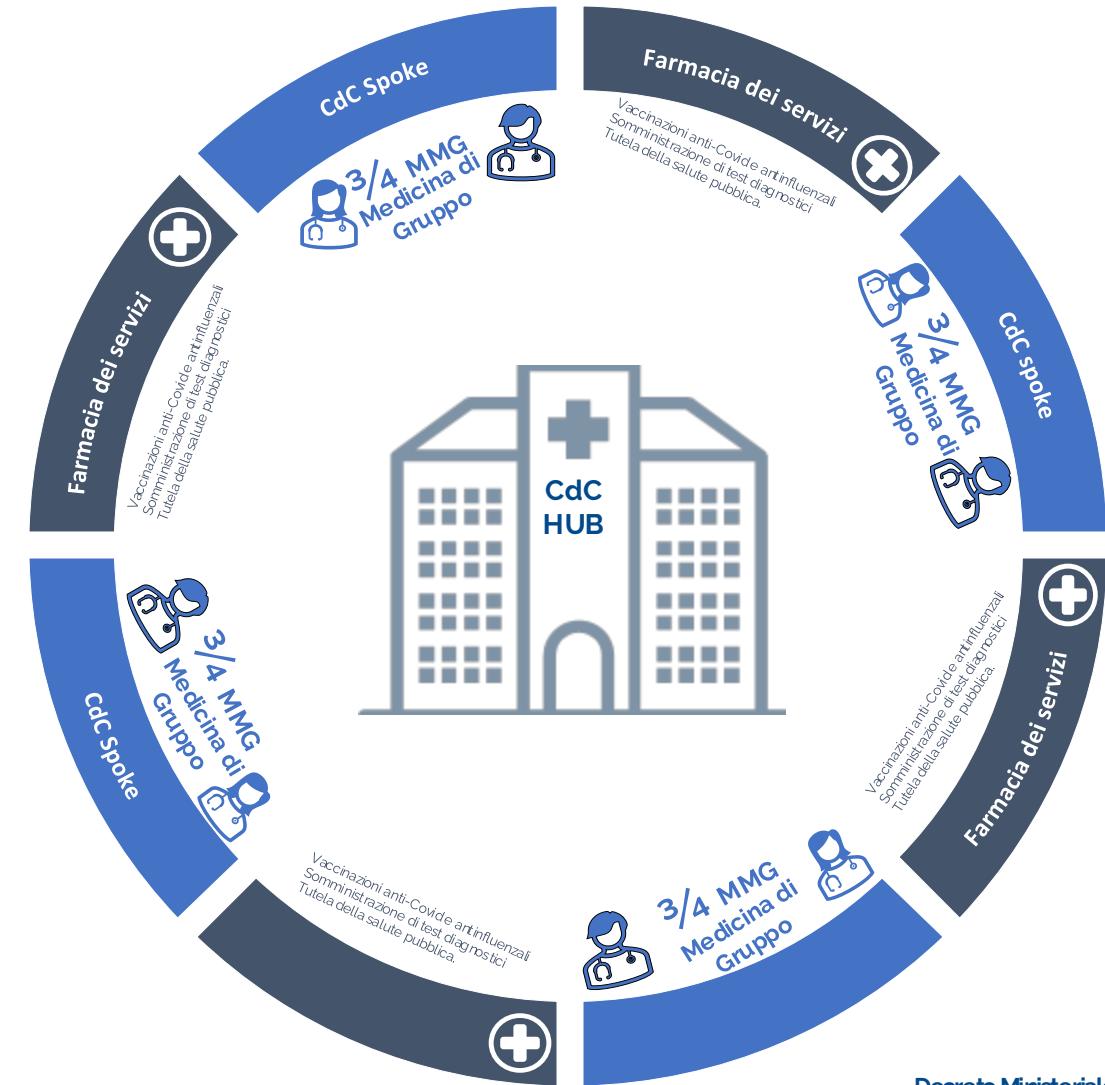
1-2 IFoC triage e valutazione dei bisogni di salute

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

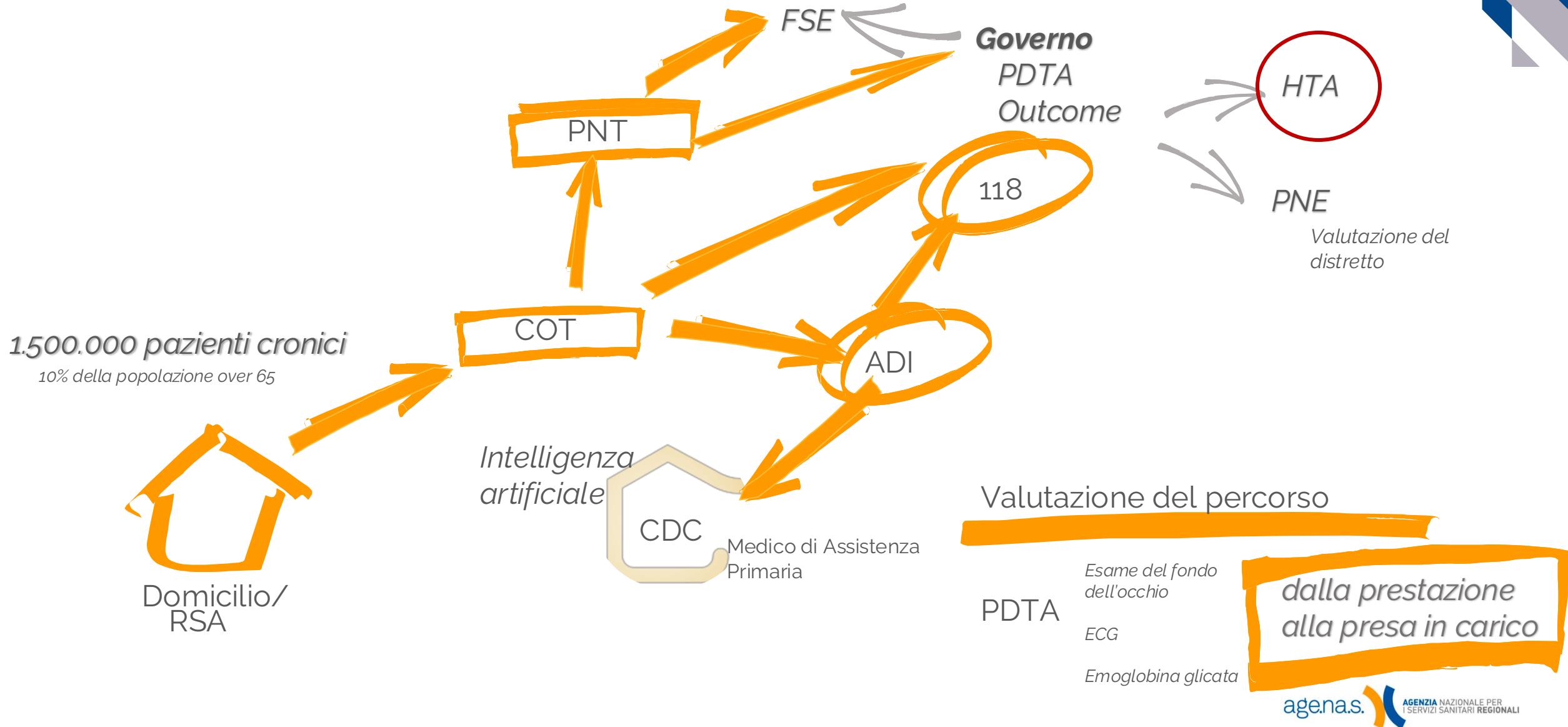
PUA aperto 8.00-18.00 - 6 giorni su 7

Continuità assistenziale - notturno e festivi h 24 - 7 giorni su 7

Decreto Ministeriale n.77 del 23 maggio 2022

La presa in cario del paziente

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



La formazione e l'occupazione dei medici nel confronto europeo



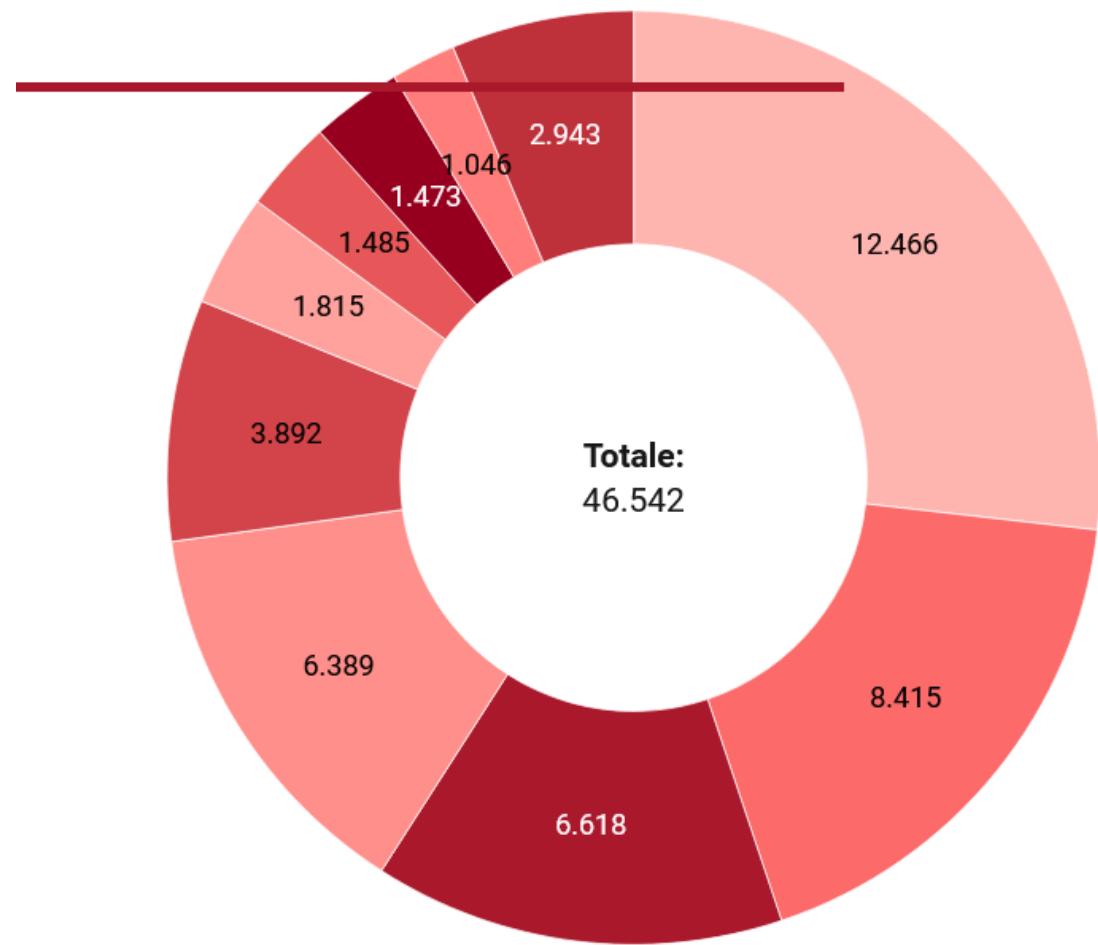
Tabella 2 – Medici in base al luogo di formazione e occupati in ambito sanitario e sociale (anno 2020)

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>	1.966	n.d.	n.d.	803	816
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/Ile assistenti sociali

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

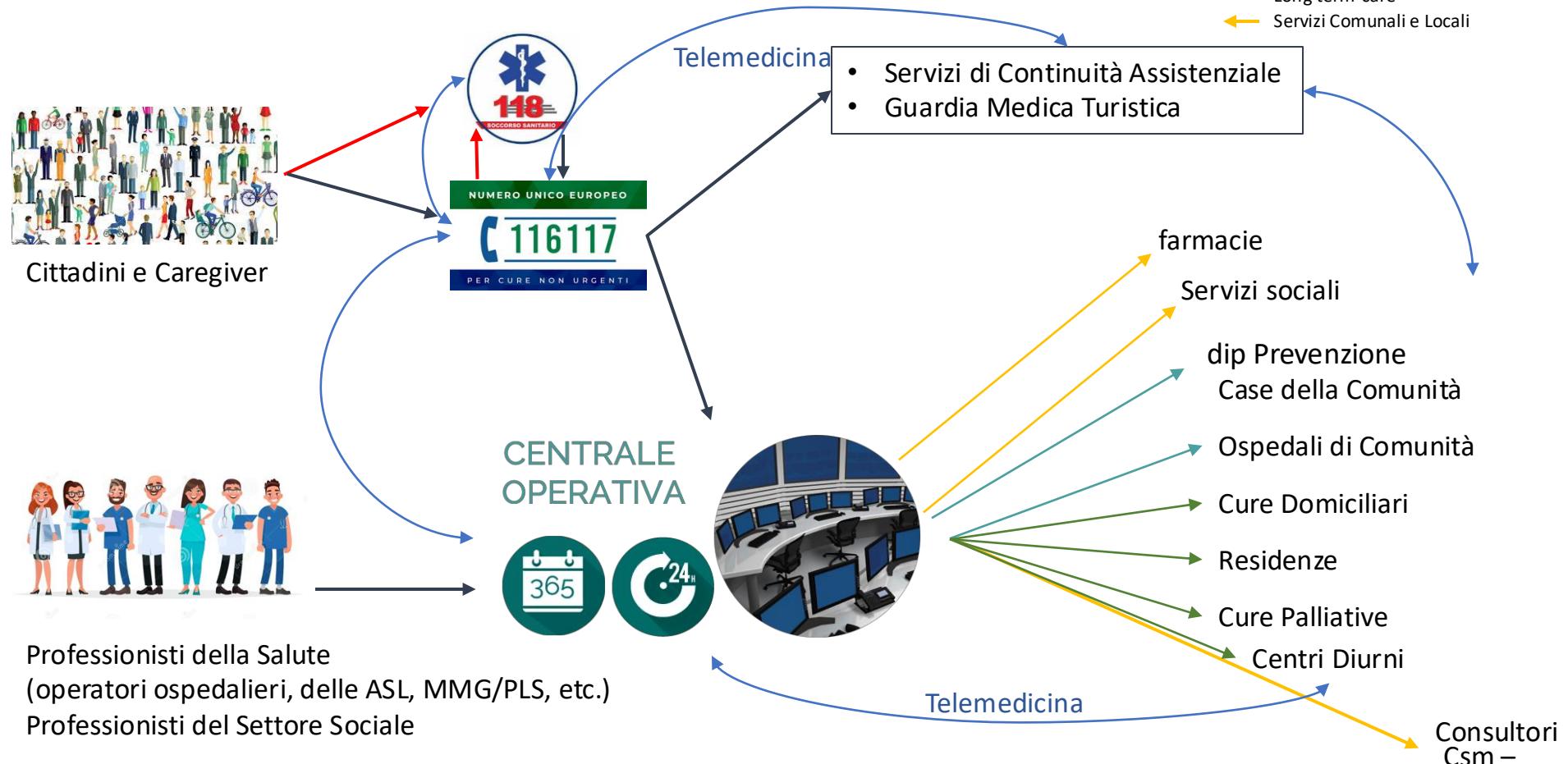


La sezione "altro" comprende: Fondazioni (680); Docente (459); Imprese sociali (442); Contratti di collaborazione diversi (397); Ministero Interno (283); Ipab (244); In pensione (228); Inail (133); Inps (41); Ministero Lavoro (36). Dati aggiornati al 31/12/2022.



Un modello di Centrale Operativa Territoriale

- ← Rete dell'emergenza-urgenza
- ← Rete territoriale
- ← Area dell'assistenza Primaria
- ← Long term-care
- ← Servizi Comunali e Locali



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

- **Stratificazione**
- **Prevenzione**
- **Presa 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;

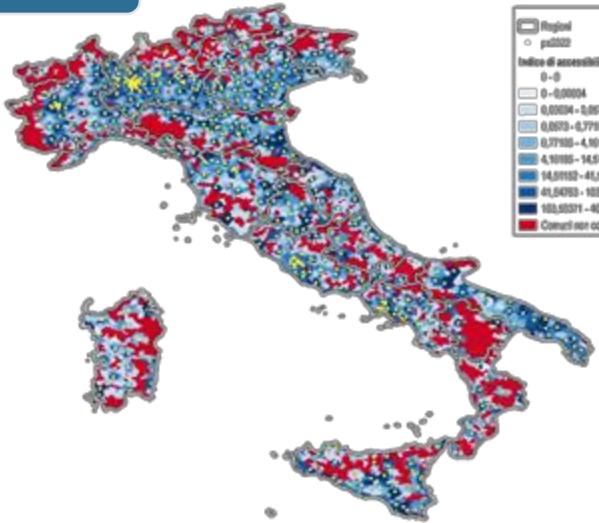
2) riorganizzazione dell'offerta (servizi/linee produttive) aziendale in modo che i servizi siano in grado di rispondere 7/7 giorni per assicurare efficienza ed efficacia dei percorsi gestiti dalla COT;

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

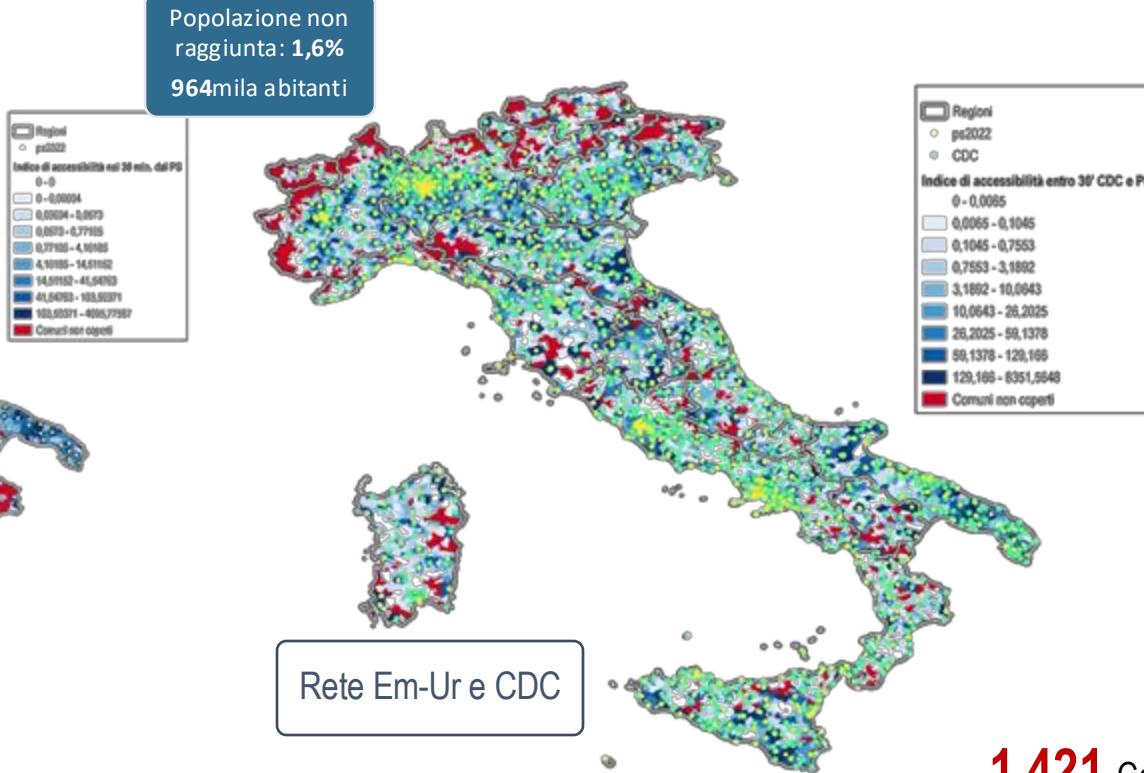
Accessibilità PS e CDC entro 30 minuti

Popolazione non
raggiunta: 5,8%
3,43mln abitanti



Rete Em-Ur

Popolazione non
raggiunta: 1,6%
964mila abitanti

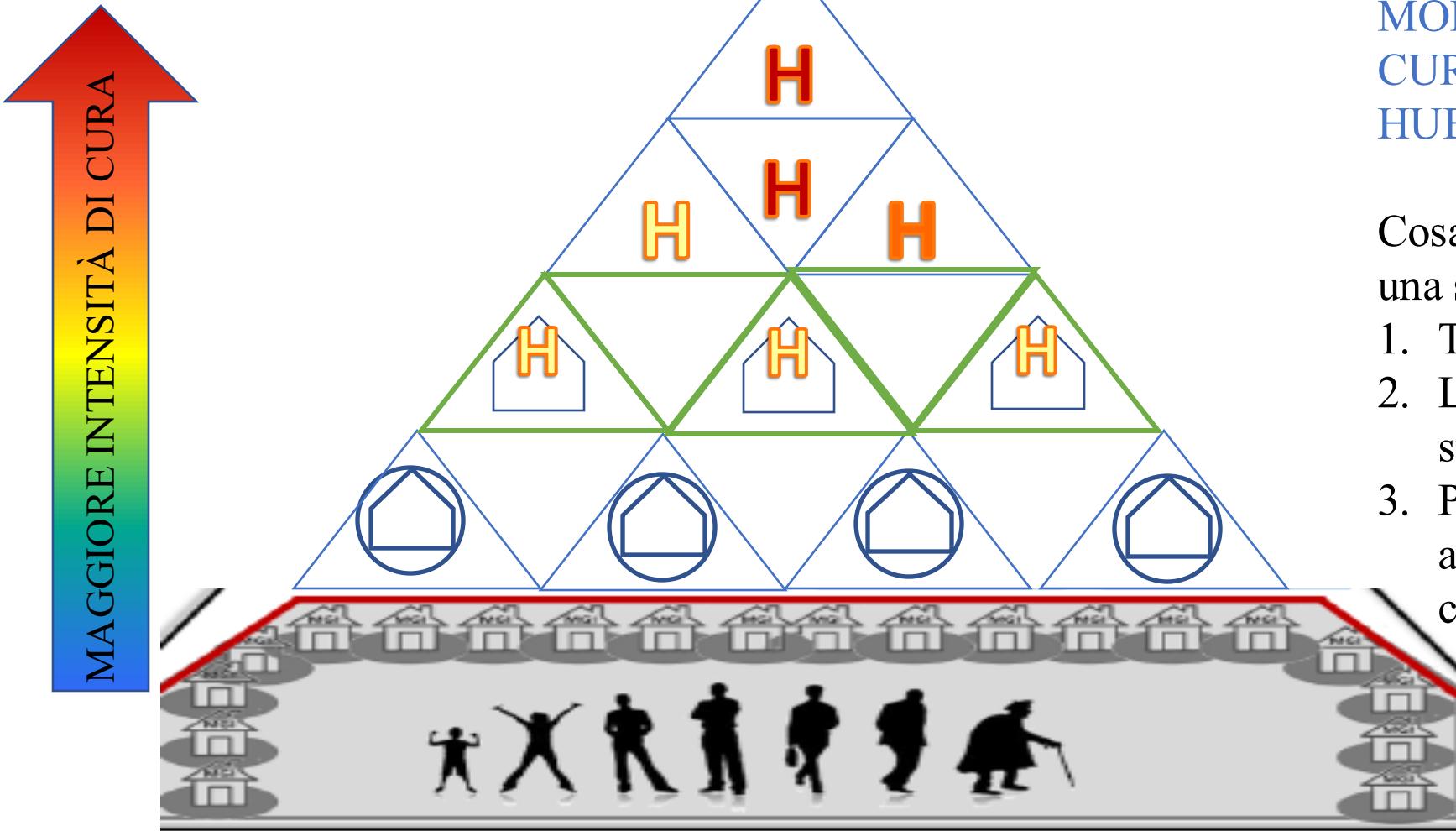


Rete Em-Ur e CDC

1.421 Case della
Comunità



OSSERVATORIO
CRONICITÀ

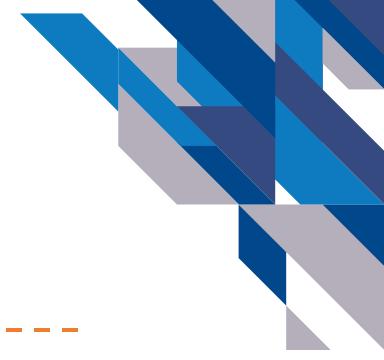


MODELLO DEI LUOGHI DI CURA OSPEDALIERI HUB& SPOKE:

Cosa identifica il livello di una struttura:

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

La piramide delle funzioni assistenziali





REPORT NAZIONALE DI SINTESI DEI RISULTATI DEL MONITORAGGIO DM 77/2022 I SEMESTRE 2025

Di seguito si riportano i dati di monitoraggio dei servizi e delle strutture che insistono sul territorio e riconducibili al DM 77/2022, purché formalmente individuate dalla Regione/P.A. negli atti ufficiali regionali/provinciali.

Le analisi sono state effettuate attraverso l'integrazione delle seguenti basi dati:

- Anagrafiche delle strutture aggiornate al 7 luglio 2024, tenendo conto delle rimodulazioni comunicate dai referenti regionali ed aziendali nell'ambito dei Nuclei Tecnici e dei Tavoli Istituzionali previsti dai Contratti Istituzionali di Sviluppo (fonte: verbali Nuclei Tecnici);
- Anagrafiche provenienti dal dataset del questionario di monitoraggio DM 77/2022 somministrato da Agenas, compilato dai referenti delle aziende sanitarie e validato da referenti regionali e provinciali con focus sulle funzionalità delle strutture (fonte: Piattaforma di Monitoraggio DM 77/2022 Agenas – 1° semestre 2025);
- Anagrafiche presenti nel Monitoraggio effettuato dal Ministero della salute - ufficio II Unità di missione per l'attuazione del PNRR (UMPNRR) (fonte: Monitoraggio UMPNRR);
- Anagrafiche ReGiS, lo strumento unico attraverso cui le Amministrazioni centrali e territoriali interessate devono adempiere agli obblighi di monitoraggio, rendicontazione e controllo delle misure e dei progetti finanziati dal PNRR. Le Amministrazioni centrali titolari delle misure sono tenute a validare i dati di monitoraggio almeno con cadenza mensile trasmettendoli al Servizio centrale per il PNRR per il tramite di ReGiS.

I seguenti dati rappresentano, con riferimento alla Piattaforma di Monitoraggio DM 77/2022 Agenas, quanto trasmesso dalle Regioni e PP.AA. fino alla data del 30/06/2025.

Standard organizzativi

DISTRETTI

Regione / P.A.	N° ASL	N° Distretti	Popolazione Residente	Popolazione media regionale per distretto
Abruzzo	4	20	1.268.430	63.422
Basilicata	2	6	529.897	88.316
Calabria	5	14	1.832.147	130.868
Campania	7	73	5.575.025	76.370
Emilia-Romagna	8	38	4.465.678	117.518
Friuli-Venezia Giulia	3	18	1.194.095	66.339
Lazio	10	46	5.710.272	124.136
Liguria	5	19	1.509.908	79.469
Lombardia	25	86	10.035.481	116.692
Marche	5	13	1.481.252	113.942
Molise	1	3	287.966	95.989
Piemonte	12	33	4.255.702	128.961
PA di Bolzano	1	4	539.386	134.847
PA di Trento	1	3	546.709	182.236
Puglia	6	45	3.874.166	86.093
Sardegna	8	24	1.561.339	65.056
Sicilia	9	55	4.779.371	86.898
Toscana	3	28	3.660.834	130.744
Umbria	2	12	851.954	70.996
Valle d'Aosta	1	2	122.714	61.357
Veneto	9	26	4.851.851	186.610
ITALIA	127	568	58.934.177	103.757

Nella tabella sono riportati il numero di ASL e distretti presenti al 20/12/2024 e in particolare la popolazione media regionale dei distretti da considerare rispetto allo standard di riferimento presente nel DM 77/2022.

*Per la popolazione residente si è fatto riferimento alla popolazione da fonte Istat al 1° gennaio 2025.

Case della Comunità

Sintesi delle Case della Comunità hub e spoke programmate da Regione/P.A.

(Target minimo PNRR M6C1-3 da raggiungere entro il 2026: 1.038)

Regione / P.A.	Case delle comunità da attivare entro il 2026 (programmazione riconducibile a CIS)	Case delle comunità da attivare entro il 2026 (programmazione riconducibile a CIS fonte dati Regis)	Case della comunità da attivare (programmazione riconducibile a extra CIS)	Aderenza della programmazione standard (bacino medio di utenza)	Strutture da programmazione regionale assimilabili a Case della Comunità (CIS ed extra CIS) con almeno uno dei servizi previsti dal DM 77 già attivo	
					CIS	EXTRA_CIS
Abruzzo	40	40	2	30.201	0	0
Basilicata	19	19	0	27.889	0	0
Calabria	61	61	2	29.082	1	1
Campania	172	170	19	29.189	0	0
Emilia-Romagna	84	84	103	23.881	47	93
Friuli-Venezia Giulia	23	23	9	37.315	22	8
Lazio	130	130	16	39.111	89	6
Liguria	32	32	1	45.755	15	1
Lombardia	192	192	12	49.194	135	7
Marche	29	29	0	51.078	20	0
Molise	13	13	0	22.151	2	0
Piemonte	82	82	14	44.330	20	11
PA di Bolzano	10	10	0	53.939	0	0
PA di Trento	12	12	0	45.559	2	0
Puglia	121	121	2	31.497	1	0
Sardegna	50	50	30	19.517	25	2
Sicilia	153	153	8	29.686	1	8
Toscana	76	76	81	23.317	23	47
Umbria	17	17	5	38.725	3	3
Valle d'Aosta	4	4	0	30.679	4	0
Veneto	95	95	4	49.009	60	3
ITALIA	1.415	1.413	308	50.000	470	190

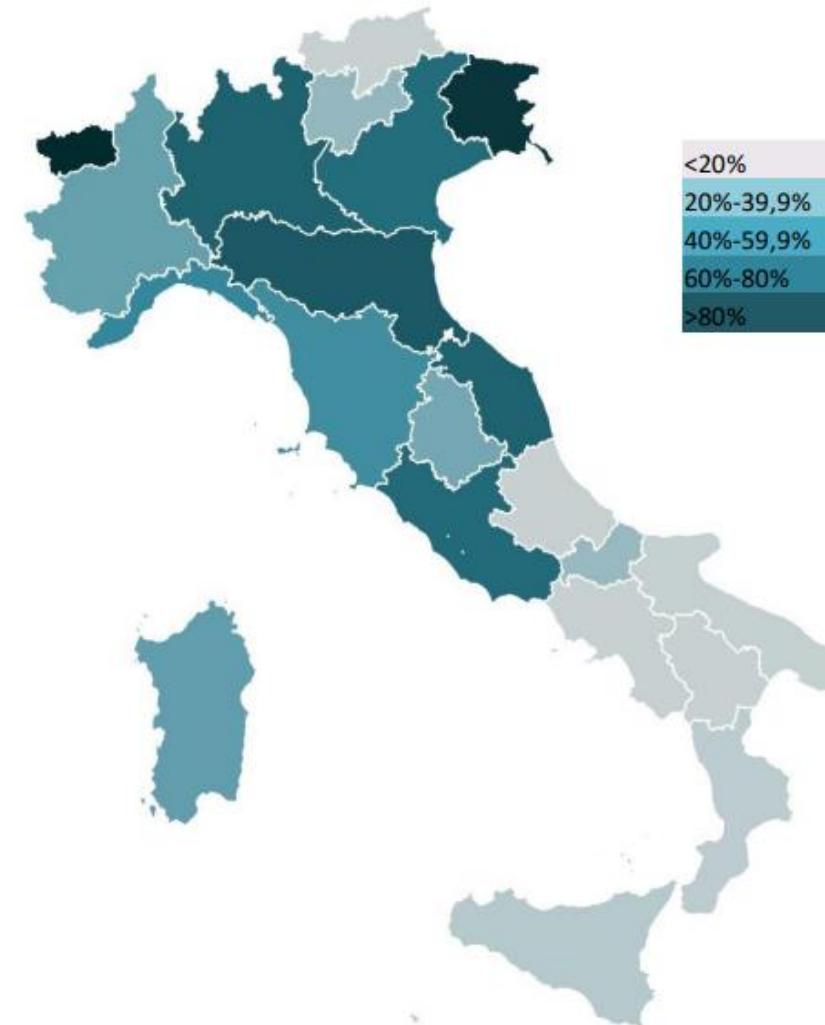
Si riporta anche la fonte dati Regis, strumento principale del monitoraggio PNRR. Tuttavia, si evidenzia che tali dati possono non coincidere con la programmazione aggiornata riconducibile al Cis, poiché l'adeguamento all'interno del sistema può avvenire in modo non contestuale rispetto alla formalizzazione delle rimodulazioni esitate attraverso i Tavoli istituzionali dei Contratti Istituzionali di Sviluppo.

Case della Comunità

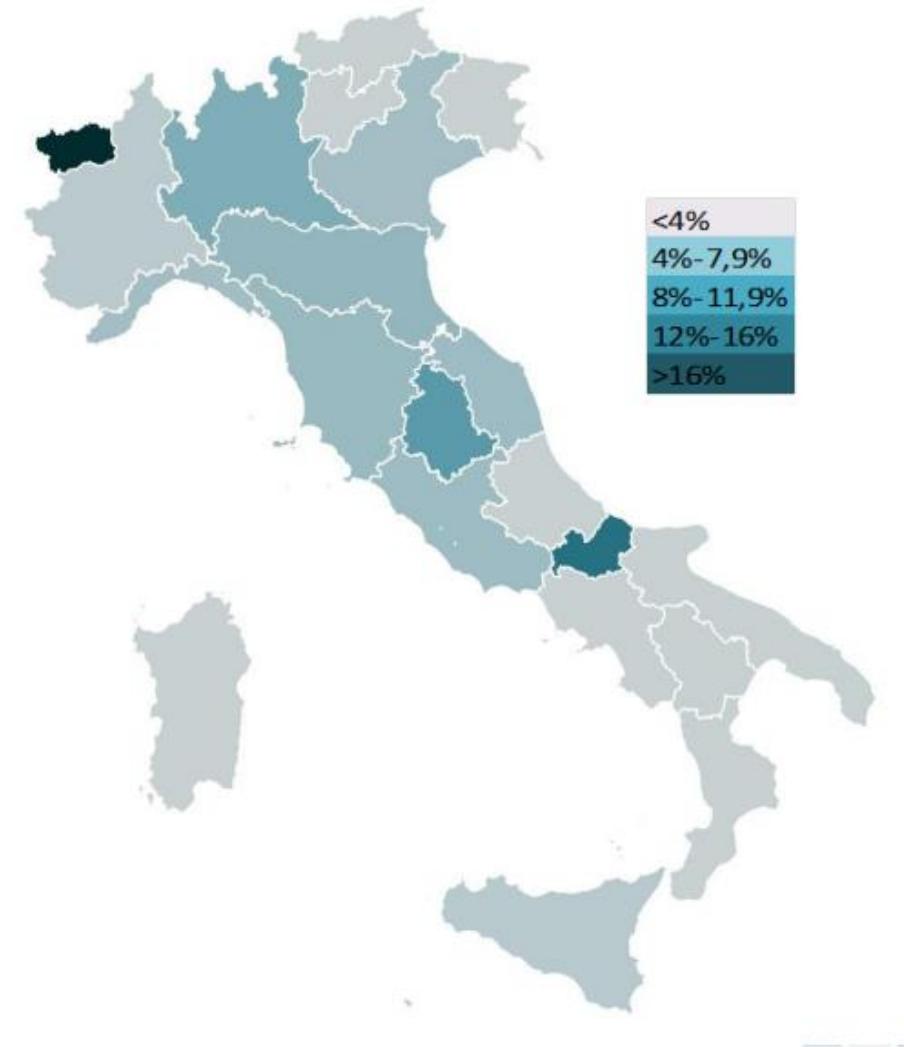
(programmazione riconducibile a Cis ed Extra Cis): sintesi dei servizi obbligatori, della presenza medica e infermieristica suddivise per Regione/P.A.

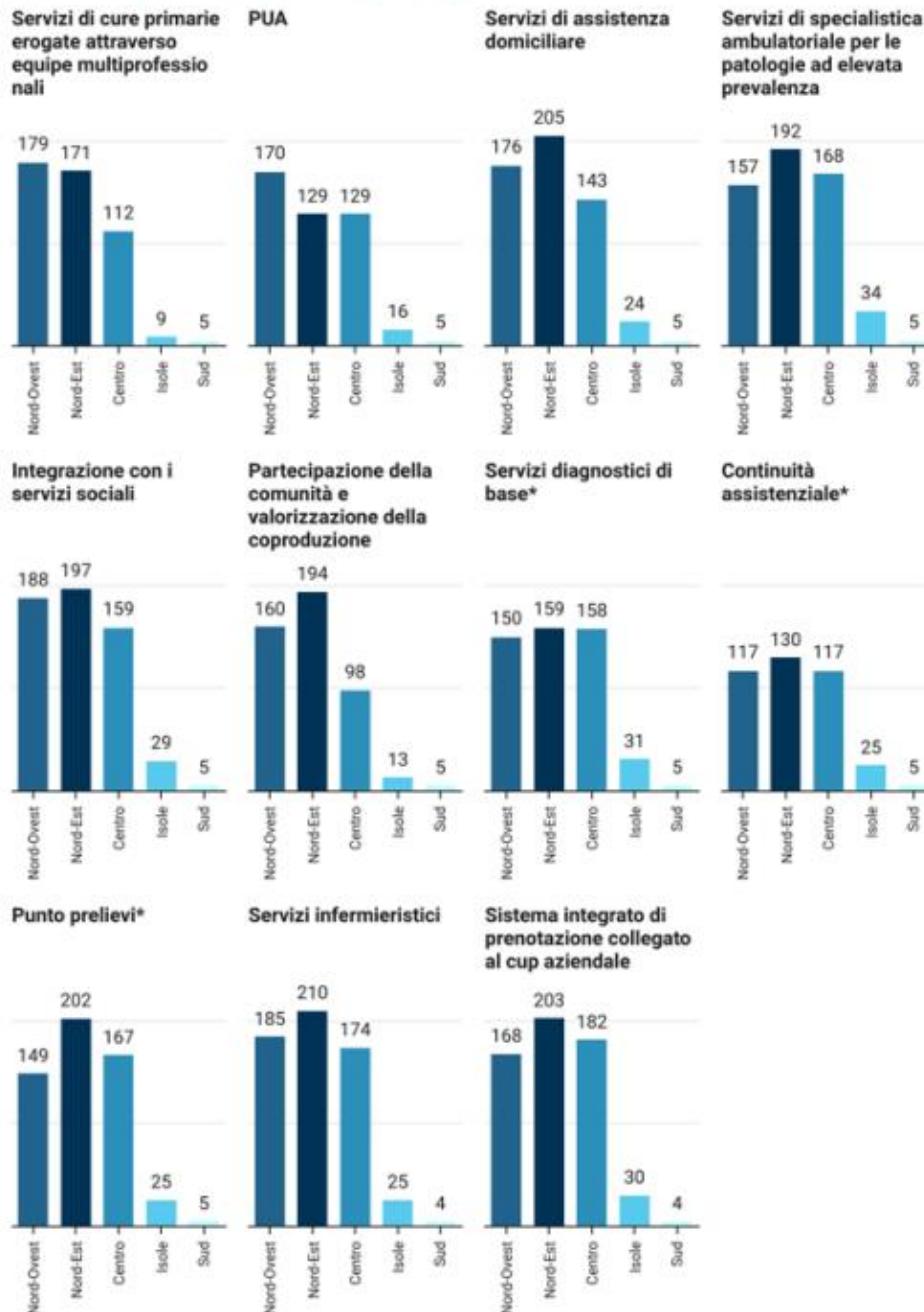
Regione / P.A.	Case della Comunità programmate (CdC)	Strutture da programmazione regionale assimilabili a CdC con almeno un servizio attivo	Strutture da programmazione regionale assimilabili a CdC con presenza medica dichiarata attiva secondo standard DM77	Strutture da programmazione regionale assimilabili a CdC con presenza infermieristica dichiarata attiva secondo standard DM77	Strutture da programmazione regionale assimilabili a CdC con tutti i servizi obbligatori dichiarati attivi (eccetto presenza medica e infermieristica)	Strutture da programmazione regionale assimilabili a CdC con tutti i servizi obbligatori dichiarati attivi incluso presenza medica e infermieristica secondo DM77/2022
Abruzzo	42	0	0	0	0	0
Basilicata	19	0	0	0	0	0
Calabria	63	2	2	0	2	0
Campania	191	0	0	0	0	0
Emilia-Romagna	187	140	22	30	32	8
Friuli-Venezia Giulia	32	30	6	3	0	0
Lazio	146	95	16	30	7	5
Liguria	33	16	3	3	6	2
Lombardia	204	142	35	25	64	12
Marche	29	20	9	10	4	1
Molise	13	2	2	2	2	2
Piemonte	96	31	7	3	5	1
PA di Bolzano	10	0	0	0	0	0
PA di Trento	12	2	0	0	1	0
Puglia	123	1	0	0	1	0
Sardegna	80	27	13	4	0	0
Sicilia	161	9	6	3	5	2
Toscana	157	70	27	35	23	7
Umbria	22	6	5	4	3	2
Valle d'Aosta	4	4	3	4	1	1
Veneto	99	63	16	6	16	3
ITALIA	1.723	660	172	162	172	46

Strutture da programmazione regionale assimilabili a Case della Comunità (Cis ed extra Cis) con almeno un servizio attivo (% rispetto alla programmazione regionale)



Strutture da programmazione regionale assimilabili a CdC con tutti i servizi obbligatori dichiarati attivi incluso presenza medica e infermieristica secondo DM77/2022 (% rispetto alla programmazione regionale)





*Servizi obbligatori presenti
nelle strutture assimilabili a
Case della Comunità
(programmazione Cis ed
Extra Cis) suddivise per area
geografica*

Case della Comunità
servizi raccomandati o facoltativi dichiarati attivi sul territorio nazionale

Regione / P.A.	Strutture da programmazione regionale assimilabili a Case della Comunità (CdC) con almeno un servizio attivo	Attività consultoriali e attività rivolte ai minori	Interventi di salute pubblica (incluse vaccinazioni 0-18)	Programmi di screening	Servizi per la salute mentale	Servizi per le dipendenze patologiche	Servizi per la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	Medicina dello sport	Attività di valutazione multidimensionale e formulazione dei PAI
Abruzzo	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Basilicata	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Calabria	2	1	0	2	2	0	1	1	2
Campania	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Emilia-Romagna	140	112	131	116	81	20	36	15	132
Friuli-Venezia Giulia	30	18	13	16	8	8	8	2	26
Lazio	95	50	49	72	32	8	25	15	50
Liguria	16	7	8	13	3	0	7	4	14
Lombardia	142	74	102	122	77	41	48	5	127
Marche	20	15	8	12	8	2	5	3	18
Molise	2	2	1	2	1	2	0	1	2
Piemonte	31	29	16	20	13	7	9	4	28
PA di Bolzano	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PA di Trento	2	2	1	2	2	1	1	0	1
Puglia	1	1	0	1	0	0	0	0	1
Sardegna	27	6	10	9	1	2	3	2	13
Sicilia	9	6	6	8	3	0	1	3	9
Toscana	70	37	54	61	27	7	9	3	53
Umbria	6	5	6	6	1	0	1	2	6
Valle d'Aosta	4	3	3	4	3	3	2	0	4
Veneto	63	43	41	39	31	16	32	13	53
ITALIA	660	411	449	505	293	117	188	73	539

Centrali Operative Territoriali (COT)

Sintesi delle COT (Target PNRR M6C1-7 - 31/12/2024)

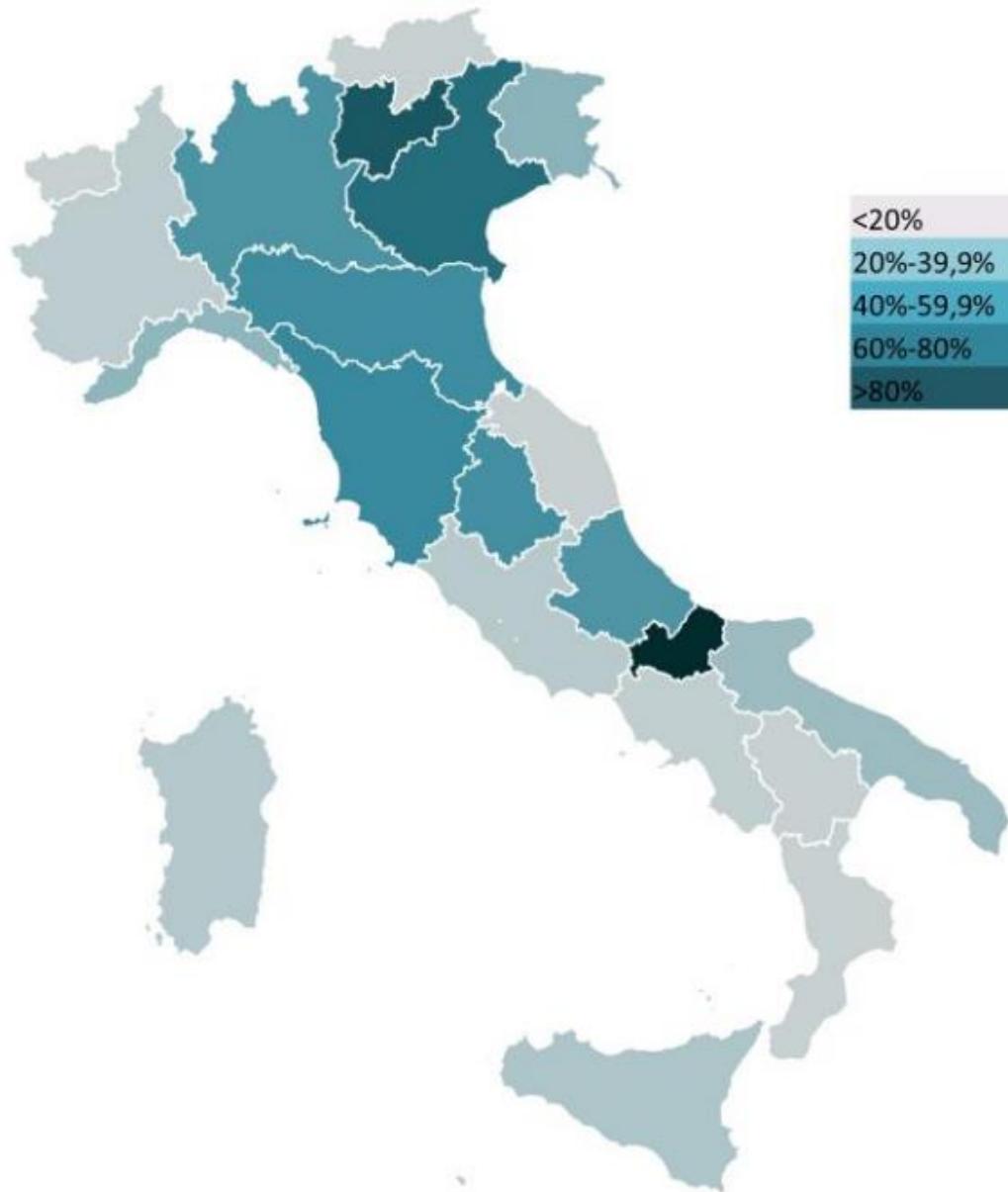
Regione / P.A.	Programmazione COT (programmazione riconducibile a Cis ed Extra Cis)	Aderenza della programmazione standard (bacino medio di utenza)	Centrali Operative Territoriali pienamente funzionanti e certificate (Cis ed Extra Cis)
Abruzzo	13	97.572	13
Basilicata	6	88.316	6
Calabria	21	87.245	21
Campania	79	70.570	74
Emilia-Romagna	47	95.014	47
Friuli-Venezia Giulia	12	99.508	12
Lazio	61	93.611	61
Liguria	17	88.818	17
Lombardia	102	79.020	102
Marche	15	98.750	15
Molise	3	95.989	3
Piemonte	43	98.970	43
PA di Bolzano	5	107.877	5
PA di Trento	5	109.342	5
Puglia	50	77.483	50
Sardegna	24	97.584	16
Sicilia	50	95.587	50
Toscana	39	93.868	39
Umbria	9	94.662	9
Valle d'Aosta	1	122.714	1
Veneto	49	99.017	49
ITALIA	651	100.000	638

Ospedali di Comunità (OdC)

Sintesi degli OdC (Target minimo PNRR M6C1-11 da raggiungere entro il 2026: 307)

Regione / P.A.	Ospedali di Comunità da attivare entro il 2026 (programmazione riconducibile a CIS)	Ospedali di comunità da attivare entro il 2026 (programmazione riconducibile a CIS fonte dati Regis)	Ospedali di Comunità da attivare (programmazione riconducibile a extra CIS)	Aderenza della programmazione standard (bacino medio di utenza)	Ospedali di Comunità (programmazione riconducibile a CIS ed extra CIS) dichiarati attivi			
					OdC Cis	Posti Letto attivi	OdC Extra Cis	Posti Letto attivi
Abruzzo	11	11	4	84.562	2	23	4	80
Basilicata	5	5	0	105.979	0	0	0	0
Calabria	20	20	0	91.607	0	0	0	0
Campania	48	45	13	91.394	0	0	1	10
Emilia-Romagna	27	27	26	84.258	5	87	19	287
Friuli-Venezia Giulia	7	7	8	79.606	0	0	3	80
Lazio	35	35	7	135.959	2	25	0	0
Liguria	11	11	0	137.264	2	29	0	0
Lombardia	61	61	3	156.804	23	307	3	44
Marche	9	9	0	164.584	0	0	0	0
Molise	2	2	0	143.983	2	35	0	0
Piemonte	27	27	3	141.857	1	24	0	0
PA di Bolzano	3	3	0	179.795	0	0	0	0
PA di Trento	4	4	0	136.677	3	43	0	0
Puglia	38	38	11	79.065	5	67	2	23
Sardegna	13	13	21	45.922	1	20	1	20
Sicilia	43	43	5	99.570	0	0	4	52
Toscana	23	23	13	101.690	5	79	12	301
Umbria	5	5	11	53.247	0	0	7	118
Valle d'Aosta	1	1	1	61.357	0	0	0	0
Veneto	35	35	38	66.464	17	360	29	602
ITALIA	428	425	164	100.000	68	1.099	85	1.617

Ospedali di comunità dichiarati attivi (Cis ed extra Cis) (% rispetto alla programmazione regionale)



Ospedali di Comunità (OdC)

Servizi attivi riconducibili a programmazione Cis ed Extra Cis

Regione / P.A.	Ospedali di Comunità (OdC) dichiarati attivi	Ospedali di Comunità pubblici	Presenza medica almeno 4,5 ore al giorno 6gg/7	Presenza del Case Manager	Assistenza infermieristica H24 - 7gg/7	Presenza di ambienti protetti: posti letto dedicati a pazienti con demenza o disturbi comportamentali	Presenza di spazi per attività di riabilitazione motoria
Abruzzo	6	6	4	1	6	0	5
Basilicata	0	0	0	0	0	0	0
Calabria	0	0	0	0	0	0	0
Campania	1	1	1	0	1	0	0
Emilia-Romagna	24	23	12	21	24	10	23
Friuli-Venezia Giulia	3	2	3	2	3	1	3
Lazio	2	1	2	1	2	1	1
Liguria	2	2	2	1	2	1	2
Lombardia	26	23	26	26	26	10	19
Marche	0	0	0	0	0	0	0
Molise	2	2	2	2	2	1	2
Piemonte	1	0	0	1	1	0	0
PA di Bolzano	0	0	0	0	0	0	0
PA di Trento	3	2	0	3	3	0	3
Puglia	7	7	2	2	7	6	5
Sardegna	2	2	2	1	2	2	2
Sicilia	4	4	4	4	4	1	3
Toscana	17	11	12	11	17	0	13
Umbria	7	7	7	7	7	7	7
Valle d'Aosta	0	0	0	0	0	0	0
Veneto	46	25	36	43	46	20	45
ITALIA	153	118	115	126	153	60	133

In tabella sono riportati i servizi presenti negli OdC già attivi (Target PNRR M6C1-11)

Assistenza domiciliare

Copertura percentuale dei distretti in cui è presente almeno un erogatore che fornisce ciascuno dei vari servizi rispetto al totale dei distretti regionali

Regione / P.A.	Copertura servizio ADI	Assistenza infermieristica	Assistenza medica del MMG	Assistenza medica del PLS	Assistenza medica specialistica	Assistenza riabilitativa	Servizi socioassistenziali	Fornitura di farmaci e dispositivi
Abruzzo	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Basilicata	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	83%
Calabria	100%	100%	100%	100%	100%	100%	71%	100%
Campania	100%	100%	82%	81%	97%	96%	93%	82%
Emilia-Romagna	100%	100%	100%	100%	100%	82%	100%	100%
Friuli-Venezia Giulia	100%	100%	100%	100%	72%	100%	72%	100%
Lazio	100%	100%	78%	87%	100%	100%	87%	87%
Liguria	100%	100%	68%	16%	68%	100%	89%	100%
Lombardia	100%	100%	19%	20%	97%	100%	99%	23%
Marche	100%	100%	100%	100%	100%	92%	85%	77%
Molise	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Piemonte	100%	100%	100%	100%	100%	100%	91%	97%
PA di Bolzano	100%	100%	100%	100%	100%	100%	0%	100%
PA di Trento	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Puglia	100%	100%	100%	100%	100%	100%	82%	100%
Sardegna	100%	100%	88%	75%	100%	100%	88%	100%
Sicilia	78%	78%	46%	46%	71%	78%	78%	46%
Toscana	100%	100%	100%	100%	71%	100%	100%	100%
Umbria	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Valle d'Aosta	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Veneto	100%	100%	100%	100%	100%	89%	96%	100%

Copertura servizio ADI: % di distretti con almeno un erogatore pubblico o privato operativo.

Unità di cure palliative domiciliari

Copertura del servizio unità di cure palliative domiciliari suddiviso per tipologia di erogatori

Regione / P.A.	Copertura servizio UCPDOM	Punti di erogazione Cure Palliative Domiciliari pubbliche	Punti di erogazione Cure Palliative Domiciliari privati accreditati	Punti di erogazione Cure Palliative Domiciliari privati non accreditati	TOT Punti di erogazione Cure Palliative Domiciliari
Abruzzo	40%	9	0	0	9
Basilicata	100%	4	0	2	6
Calabria	36%	1	5	0	6
Campania	59%	44	0	0	44
Emilia-Romagna	100%	44	0	0	44
Friuli-Venezia Giulia	72%	13	0	0	13
Lazio	76%	24	87	0	111
Liguria	58%	12	0	0	12
Lombardia	98%	134	801	1	936
Marche	92%	12	0	4	16
Molise	33%	1	0	0	1
Piemonte	97%	32	0	0	32
PA di Bolzano	100%	8	0	0	8
PA di Trento	100%	3	0	0	3
Puglia	82%	19	0	72	91
Sardegna	54%	13	0	0	13
Sicilia	27%	4	31	0	35
Toscana	93%	26	0	0	26
Umbria	100%	12	0	0	12
Valle d'Aosta	100%	2	0	0	2
Veneto	100%	42	0	2	44

Copertura servizio UCP-DOM: % di distretti con almeno un erogatore pubblico o privato (accreditato o non accreditato) operativo.

Fonte dati: Agenas Relazione di sintesi dei risultati del monitoraggio DM 77/2022_I semestre 2025

Unità di cure palliative domiciliari

Servizi attivi

Regione / P.A.	Centrale operativa di coordinamento	Servizio di consulenza ospedaleterritorio di presa in carico iniziale	Servizio ambulatoriale	Equipe di cure domiciliare	Equipe di pronta disponibilità	Percorsi di cura dedicati alle cure palliative: attività di consulenza strutturata di cure palliative nelle U.O.	Percorsi di cure simultanee per i pazienti oncologici	Percorsi di cure simultanee per i pazienti non oncologici
Abruzzo	25%	40%	40%	25%	20%	40%	40%	40%
Basilicata	100%	100%	33%	100%	33%	33%	33%	100%
Calabria	7%	29%	7%	36%	21%	14%	29%	14%
Campania	34%	37%	21%	58%	3%	41%	55%	48%
Emilia-Romagna	79%	100%	100%	100%	68%	97%	100%	97%
Friuli-Venezia Giulia	0%	50%	22%	72%	0%	72%	72%	72%
Lazio	67%	76%	28%	76%	74%	59%	76%	46%
Liguria	42%	58%	32%	58%	42%	58%	58%	37%
Lombardia	36%	97%	76%	99%	99%	71%	86%	83%
Marche	69%	92%	62%	92%	46%	62%	92%	85%
Molise	33%	33%	33%	33%	33%	0%	33%	33%
Piemonte	82%	97%	76%	97%	61%	85%	88%	88%
PA di Bolzano	100%	100%	100%	100%	0%	100%	100%	100%
PA di Trento	100%	100%	0%	100%	100%	100%	100%	100%
Puglia	49%	42%	16%	82%	51%	36%	71%	44%
Sardegna	4%	42%	29%	54%	8%	42%	50%	33%
Sicilia	26%	18%	13%	27%	26%	16%	27%	22%
Toscana	68%	93%	86%	89%	61%	93%	89%	89%
Umbria	25%	83%	92%	92%	42%	100%	42%	33%
Valle d'Aosta	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Veneto	85%	100%	50%	100%	50%	100%	89%	42%

Sono indicati in percentuale i distretti in cui è presente almeno un punto di erogazione che fornisce ciascuno dei vari servizi rispetto al totale dei distretti regionali.

RIEPILOGANDO: Sintesi delle strutture previste e del loro livello di attivazione secondo il DM 77/2022, programmazione riconducibile a Cis ed Extra Cis

Regione / P.A.	Case della Comunità (CdC) programmate	Strutture da programmazione regionale assimilabili a Case della Comunità con almeno un servizio attivo	Case della Comunità con tutti i servizi obbligatori dichiarati attivi eccetto presenza medica e infermieristica	Case della Comunità con tutti i servizi obbligatori dichiarati attivi inclusa presenza medica e infermieristica	Centrali Operative Territoriali previste	Centrali Operative Territoriali pienamente funzionanti e certificate	Ospedali di Comunità previsti	Ospedali di Comunità dichiarati attivi
Abruzzo	42	0	0	0	13	13	15	6
Basilicata	19	0	0	0	6	6	5	0
Calabria	63	2	2	0	21	21	20	0
Campania	191	0	0	0	79	74	61	1
Emilia-Romagna	187	140	32	8	47	47	53	24
Friuli-Venezia Giulia	32	30	0	0	12	12	15	3
Lazio	146	95	7	5	61	61	42	2
Liguria	33	16	6	2	17	17	11	2
Lombardia	204	142	64	12	102	102	64	26
Marche	29	20	4	1	15	15	9	0
Molise	13	2	2	2	3	3	2	2
Piemonte	96	31	5	1	43	43	30	1
PA di Bolzano	10	0	0	0	5	5	3	0
PA di Trento	12	2	1	0	5	5	4	3
Puglia	123	1	1	0	50	50	49	7
Sardegna	80	27	0	0	24	16	34	2
Sicilia	161	9	5	2	50	50	48	4
Toscana	157	70	23	7	39	39	36	17
Umbria	22	6	3	2	9	9	16	7
Valle d'Aosta	4	4	1	1	1	1	2	0
Veneto	99	63	16	3	49	49	73	46
ITALIA	1.723	660	172	46	651	638	592	153

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.**

PONGOV Cronicità

→ METTE A DISPOSIZIONE SAPERE, CONOSCENZA E COMPETENZE

→ FAVORISCE LO SCAMBIO E L'INTERAZIONE DI TUTTI I SOGGETTI DELLA RETE

→ FORNISCE STRUMENTI, MODELLI E METODOLOGIE

Piattaforma della cronicità

Piattaforma collaborativa



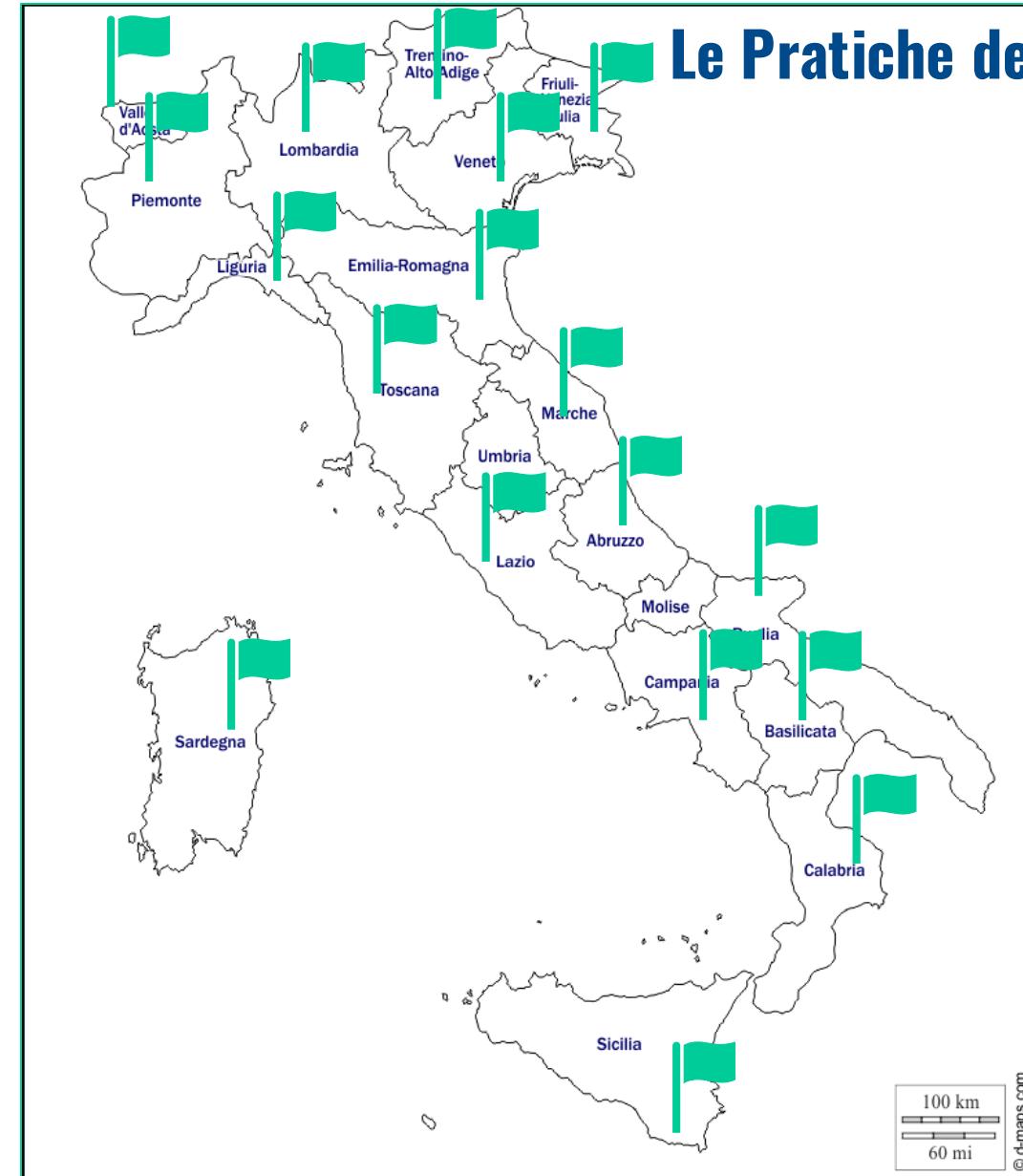
Dal 2019 al 2021
Buone Pratiche validate: 29
Best Practices: 6



NUOVA RILEVAZIONE 2021-2023



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



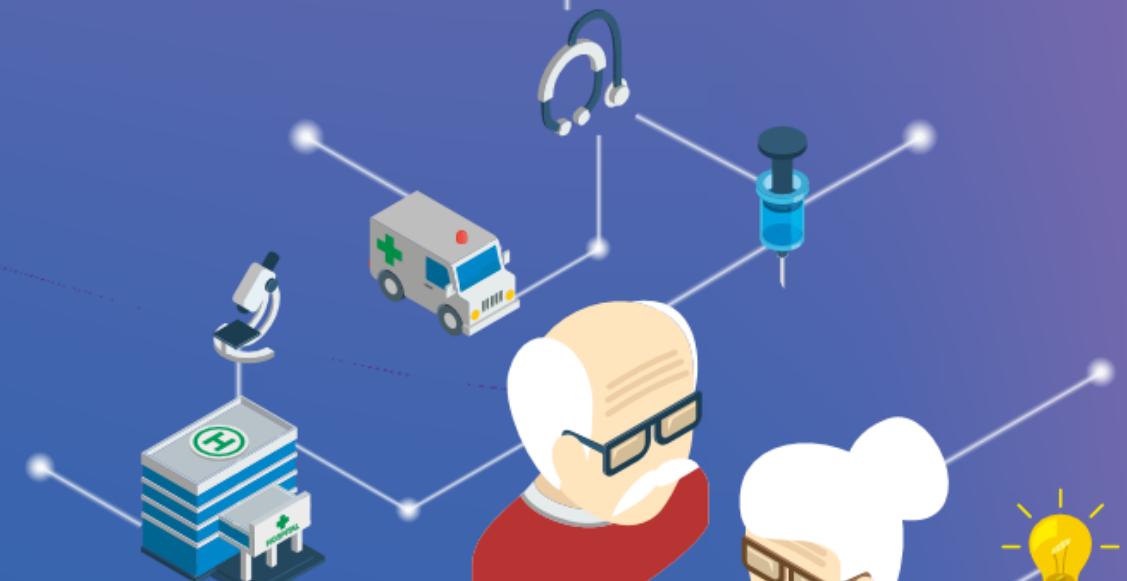
TOTALE A FINE PROGETTO
Pratiche validate: 49
Best Practices: 14
Buone Pratiche: 30

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

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

Regione:
Giuliana Giannini
tel. 065994265
email: giuliana.giannini@salute.it

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

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

COT Alessandria

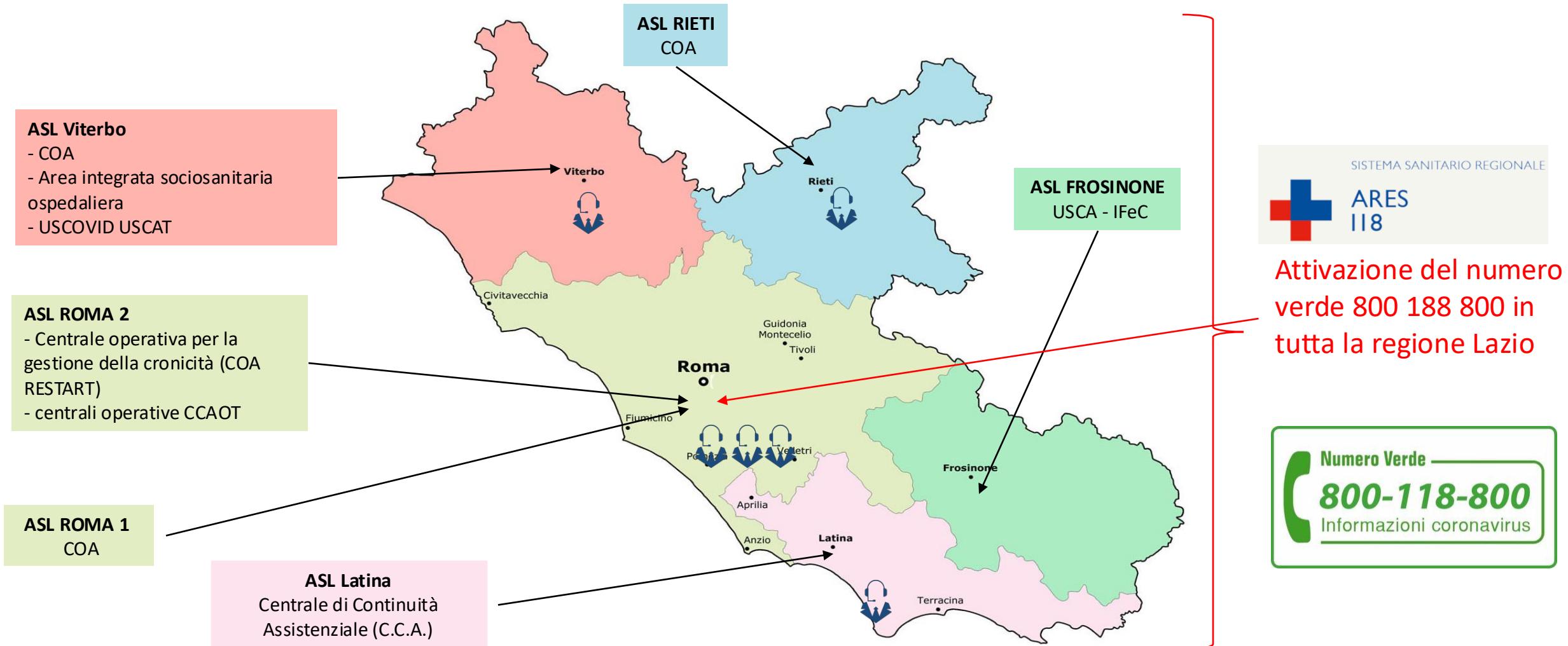
Sperimentazione



**COMUNITA'
DI
PRACTICA**

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-acute»** 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



Telemonitoraggio



Inserisci farmaco



Prescrizione App e medicina personalizzata



TreC diabete



TreC Cardiologia



TreC Oculistica



TreC Pedriatria



TreC Oncologia

Google Fit



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

Personal Health Record
Prevenzione/educazione

Architettura a micro-servizi
e medicina personalizzata

Virtual coach
AI

Ruolo dei Sindaci nella Sanità

- **Responsabile sanitario in corso di Maxi-emergenze**
- **Disposizione di Trattamenti Sanitari Obbligatori (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 DM 77

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



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.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

CONVENZIONE

TRA

Federsanità – Federazione 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"



GRAZIE DELL'ATTENZIONE

Francesco Enrichens
enrichens.ext@agenas.it

AGENAS Commissario Prof. Americo Cicchetti