

DIRITTI AL PUNTO

 Scuola civica di
alta formazione
DIRITTI E PARTECIPAZIONE

PNRR. Missione Salute



Interventi Missione 6 Component 1 del PNRR

Riforma 1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima

L'obiettivo della Riforma 1:

- la definizione di standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l'assistenza territoriale e l'identificazione delle strutture a essa deputate da adottarsi entro il 2021 con l'approvazione di uno specifico decreto ministeriale



La nuova bozza del documento elaborato da Agenas e Ministero della Salute che disegna la nuova assistenza territoriale (20 ottobre 2021)

La riforma rappresenta una **cornice per i servizi territoriali**, entro cui le Regioni poi saranno libere di organizzarsi secondo le specificità dei territori;

Le regioni potranno vagliare la **configurazione più opportuna in termini di tipologia e numerosità delle strutture** e dei servizi di assistenza territoriale, sulla base delle caratteristiche geografiche e della popolazione di riferimento

La bozza di Riforma parte con delle premesse:

Il Servizio Sanitario Nazionale italiano, uno dei primi al mondo per qualità e sicurezza, si basa, sin dalla sua istituzione (legge n.833 del 1978), su tre principi fondamentali: universalità, uguaglianza ed equità.

Azioni necessarie per il perseguimento di questi obiettivi:

- Rafforzare la sua capacità di operare come un sistema vicino alla comunità, progettato per le persone e con le persone;
- Potenziare i servizi assistenziali territoriali per consentire l'effettiva garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza riducendo le disuguaglianze, e contestualmente costruendo un modello di erogazione dei servizi condiviso ed omogeneo sul territorio nazionale.

Il documento definisce degli elementi strategici di programmazione del bisogno di salute: Stratificazione della popolazione, medicina di iniziativa, implementazione sistemi informativi

1) Stratificazione della popolazione e analisi del bisogno di salute

La conoscenza del profilo epidemiologico della popolazione assistita e degli indicatori correlati con i bisogni e gli esiti di salute, **costituiscono un aspetto fondamentale nell'ambito del sistema di governo distrettuale**

Si rende necessario:

- **sviluppare modelli predittivi**, che consentano la stratificazione della popolazione; il monitoraggio per fattori di rischio; e la gestione integrata di patologie croniche e di situazioni complesse.
- sviluppare e implementare sistemi di misurazione e stratificazione della popolazione **all'interno di una piattaforma che contiene informazioni sulle caratteristiche della popolazione assistita** in un determinato **territorio**, sulla prevalenza di patologie croniche e sulla popolazione fragile.

Tale piattaforma comprenderà gli indicatori relativi alla qualità dell'assistenza sanitaria erogata e sarà di supporto nei programmi di sorveglianza proattiva nell'ambito del piano di **potenziamento dell'assistenza territoriale**.

2) *La Medicina di Iniziativa per la personalizzazione dell'assistenza*

Le metodologie di stratificazione della popolazione diventano strumenti fondamentali per definire le strategie e gli interventi di **medicina di iniziativa** più efficaci rispetto a quei sottogruppi di popolazione che potrebbero maggiormente beneficiarne, per ottimizzare il trattamento multidisciplinare e personalizzare l'assistenza

Valutazione multidimensionale:

Bisogni assistenziali
Status socio-familiare e ambientale
Condizione di fragilità
.....

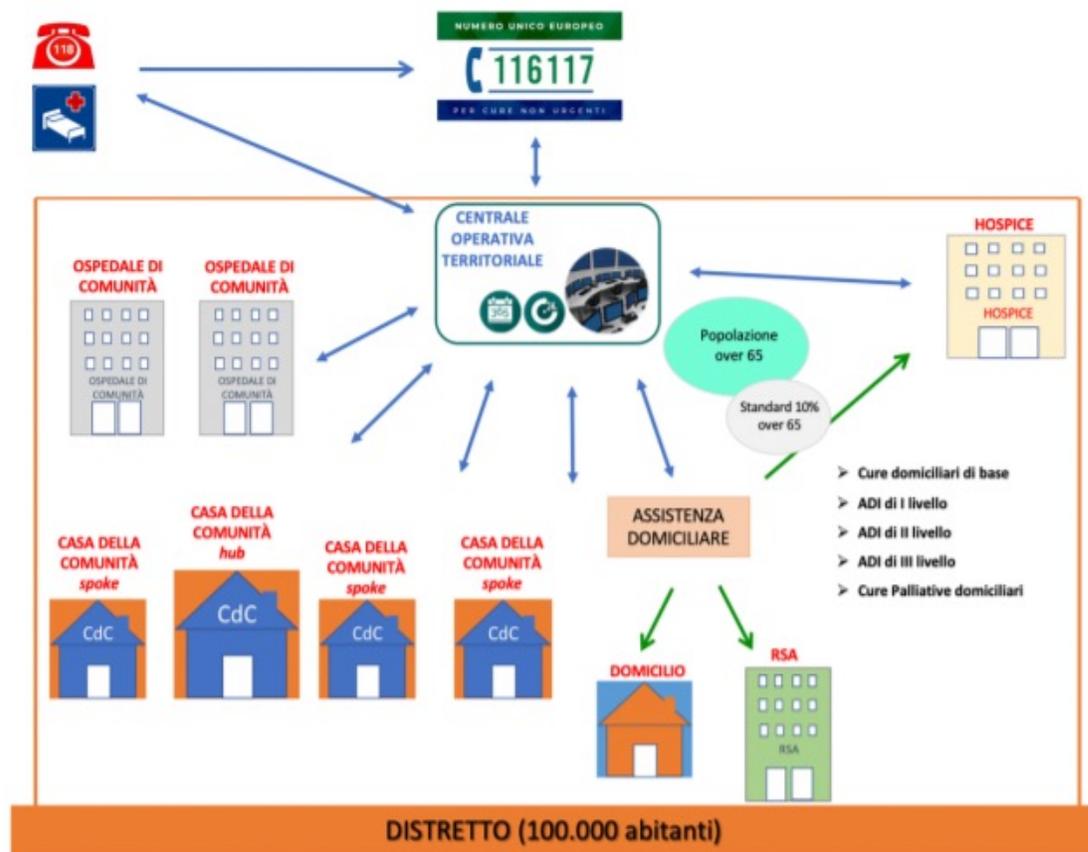


Cogliere i bisogni, promuovere salute, intervenire precocemente

3) Implementazione sistemi informativi

- Risulta **prioritario sviluppare** centralmente **competenze** per lo sviluppo e l'**alimentazione del sistema informativo**, che ricomprenda dati **sanitari, sociosanitari e sociali**, anche valorizzando e integrando l'enorme patrimonio di big data oggi disponibili nelle banche date degli **enti locali, dell'INPS e delle aziende del SSN**.
- **Il FSE deve costituire un punto di accesso per il SSN** per le prestazioni sanitarie e, al contempo, essere **strumento di raccolta ed elaborazione dati** per gli operatori sanitari e gli organi di programmazione regionale, al fine di un **miglioramento continuo della qualità dell'offerta**

Bozza di riforma dell'assistenza territoriale dal gruppo di lavoro Agenas sull'assistenza territoriale



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

Distretto perno del sistema

1 ogni **100 mila abitanti** centro di riferimento per l'accesso a tutti i servizi dell'ASL

Centrale Operativa Territoriale

1 ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il distretto abbia un bacino di utenza maggiore;

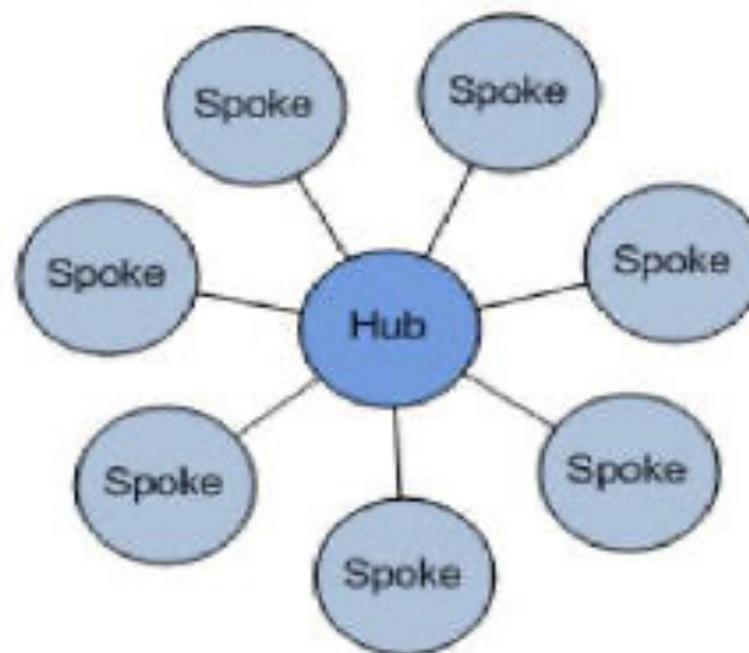
È un modello organizzativo che svolge una **funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti** coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.

Case di comunità

- almeno 1 Casa della Comunità **hub** ogni 40.000-50.000 abitanti;

- Case della Comunità **Spoke** e **Ambulatori di Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta** *tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali.*

Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente.



- **Infermiere di Famiglia e Comunità** afferenti alle **case di comunità** almeno 1 ogni 2.000 - 3.000 abitanti;

L'IFeC non è solo un erogatore di assistenza sanitaria, ma anche potenziale attivatore di servizi assistenziali per bisogni sociosanitari latenti nella comunità al fine di fornire una risposta assistenziale globale e personalizzata che riguardano l'intero vivere della persona

- **Ospedale di Comunità** 1 ogni 50.000 - 100.000 abitanti dotato di 20 posti letto;

Svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero. Eroga interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio o in mancanza di idoneità del domicilio stesso

- **Assistenza domiciliare** 10% della popolazione over 65 da prendere in carico progressivamente

- **Unità Speciale di Continuità Assistenziale** (1 medico e 1 infermiere) 1 ogni 100.000 abitanti;

- **Unità di Cure Palliative Domiciliari** (UCP – DOM) 1 ogni 100.000 abitanti;

- **Hospice** con almeno 10 posti letto all'interno della rete aziendale delle cure palliative



«Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza»

Il Patto sottoscritto a luglio 2021 da un'ampia coalizione sociale, nato al fine di valorizzare al meglio l'occasione storica offerta dalla riforma nazionale dell'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia.

Il Patto ha elaborato una proposta di un Piano Nazionale di Domiciliarità Integrata per gli anziani non autosufficienti, da avviare nel 2022.

Il Piano inizia la costruzione dei nuovi servizi domiciliari di cui l'Italia ha bisogno e permette di fornire migliori risposte ad anziani e famiglie.

Le azioni da compiere per introdurlo consistono:

- Nel cambiare il modello d'intervento dell'Adi (Assistenza domiciliare integrata, delle Asl),
- nello stanziare maggiori risorse per il Sad (Servizio di assistenza domiciliare, dei Comuni)
- nel realizzare risposte integrate

Le proposte del Piano Nazionale di Domiciliarità Integrata

- 1. Superare le separazioni tra gli attori responsabili della domiciliarità (Ministeri, Comuni, Asl).** A livello nazionale costituendo presso i Ministeri della Salute e del Welfare un'unica **Cabina di regia nazionale** che programmi investimenti ed utilizzo degli stessi. A livello locale, attraverso la stipula nel 2022 di **accordi quadro fra Comuni ed Asl** per affrontare insieme gli interventi da mettere in atto per gli anziani non autosufficienti e le loro famiglie.
- 2. Disegnare l'assistenza domiciliare integrata a partire dalle persone e non dalle prestazioni.** L'Adi è il servizio domiciliare prevalente. La ricevono il 6,2% degli anziani e la spesa annuale è di 1,3 miliardi. Nei prossimi anni, i fondi cresceranno notevolmente (+ 578 milioni nel 2022 a salire sino a + 1,6 miliardi nel 2026). Per utilizzarli al meglio, però, bisogna cambiare l'Adi. Il Piano Domiciliarità prevede nel 2022 **un atto nazionale che ridisegni l'Adi, a partire dalle effettive condizioni degli anziani, e incrementi l'intensità degli interventi**, cioè il numero di visite domiciliari per utente e la loro durata nel tempo (differenziandole in base alle specifiche situazioni).
- 3. Incrementare i fondi del Servizio di assistenza domiciliare dei Comuni.** Il Sad copre solo l'1,3% degli anziani, la sua spesa pubblica annuale ammonta a 302 milioni e non è previsto alcun incremento significativo di risorse (nel 2026, ogni 100 Euro per l'Adi se ne spenderanno 11 per il Sad).

Grazie per l'attenzione