

**IL PNRR ED IL 'NUOVO' DM 70:
LA RIVOLUZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO
IL QUADRO NAZIONALE E LA VISIONE REGIONALE**

SEMINARIO DI APERTURA

Percorso di aggiornamento professionale e formazione
per Medici delle Direzioni Ospedaliere



Il piano di attuazione del PNRR: visione e stato dell'arte della Regione Veneto

Dr. Claudio Pilerici

Direttore Programmazione Sanitaria
Area Sanità e Sociale



REGIONE DEL VENETO

DA DOVE PARTIAMO



POPOLAZIONE NEL VENETO

4.852.453

Fonte: dati ISTAT al 01/01/2021

I PROFESSIONISTI

MMG

2.957

PLS

537

GA

825

SAI/VET/PRO

1.081

DIRIGENTI MEDICI

8.742
255
TEMPO INDETERMINATO
TEMPO DETERMINATO

MEDICI USCA

506

CONSIGLIO REGIONALE

GIUNTA REGIONALE

AREA SANITÀ E SOCIALE

AZIENDA ZERO

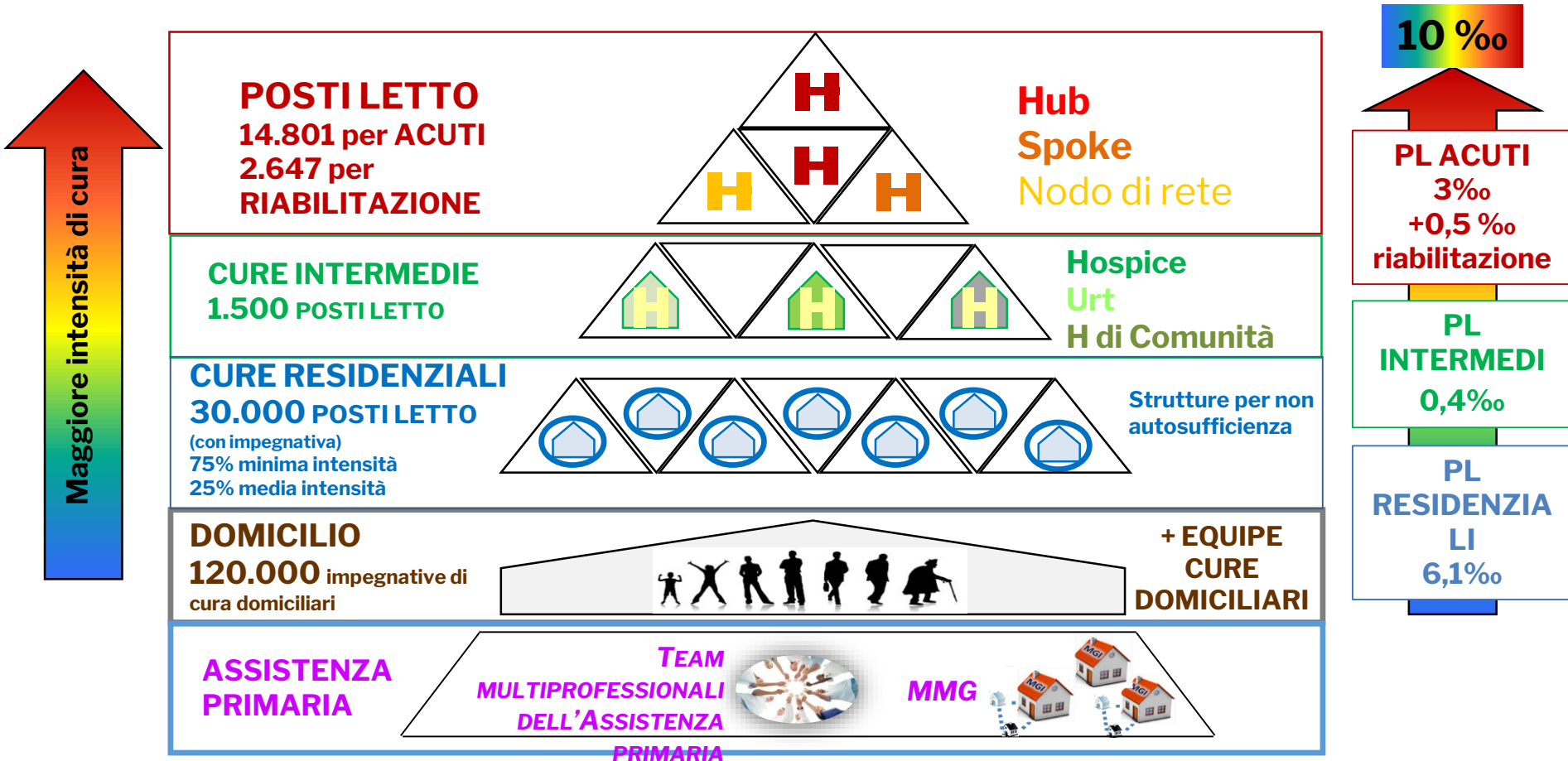
**2 AZIENDE OSPEDALIERE
ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO
9 AZIENDE ULSS**

26

DISTRETTI

Consorzio Arsenal.IT
Consorzio CORIS
Fondazione Scuola di Sanità Pubblica

DA DOVE PARTIAMO/I LUOGHI DI CURA



PARAMETRI DELLA RETE OSPEDALIERA RISPETTO AL DM 70

DM 70		PSSR VENETO	
<i>Denominazione</i>	<i>Bacino di riferimento</i>	<i>Denominazione</i>	<i>Bacino di riferimento</i>
Presidi Ospedalieri di II livello	600.000-1.200.000	7 Hub	700.000 / 1.000.000
Presidi Ospedalieri di I livello	150.000-300.000	20 Presidi Ospedalieri di rete	250.000
Presidi Ospedalieri di base	80.000-150.000	40 Ospedali nodo di rete – strutture integrative della rete	120.000

ASSETTO TERRITORIALE DELLE AZIENDE ULSS

L.R. 19/2016

DISTRETTI
26

DISTRETTI
2

DISTRETTI
2

DISTRETTI
2

DISTRETTI
4

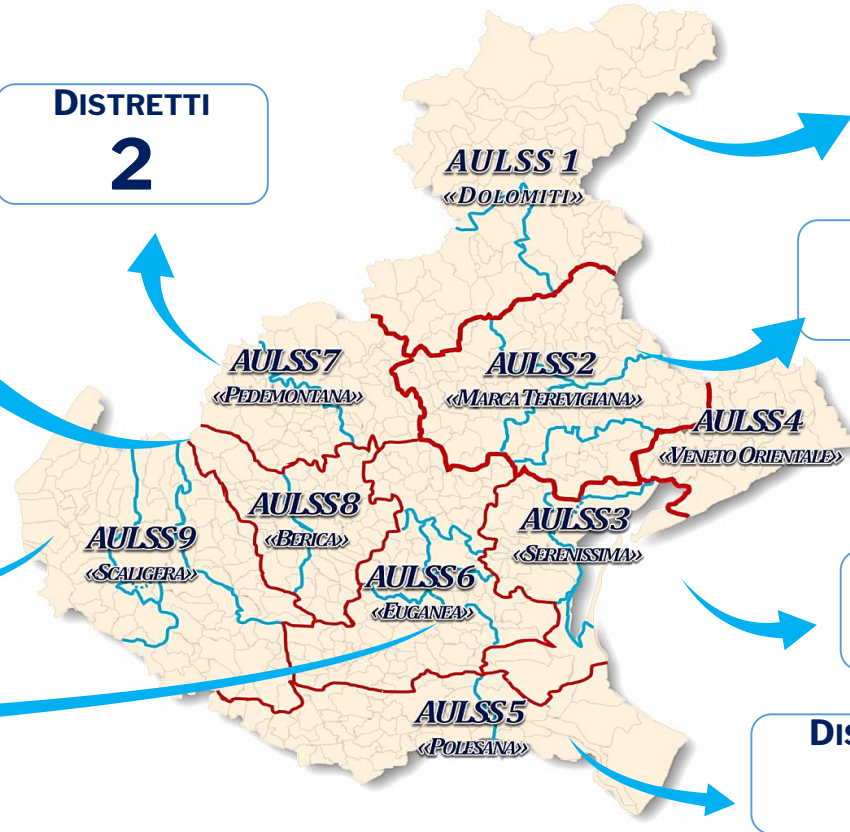
DISTRETTI
1

DISTRETTI
4

DISTRETTI
4

DISTRETTI
5

DISTRETTI
2



Missione 6 Salute

Componente 1: Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza territoriale

Riforma 1: riforma di settore “Modelli e standard per lo sviluppo dell’Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale” (c.d. **DM71**)

- **Investimento 1.1:** Case della Comunità e presa in carico della persona - **CDC**
- **Investimento 1.2:** Casa come primo luogo di cura e telemedicina:
 - **Investimento 1.2.1:** Casa come primo luogo di cura (**ADI**)
 - **Investimento 1.2.2:** Implementazione delle Centrali Operative Territoriali (**COT**)
 - Investimento 1.2.3: Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici
- **Investimento 1.3:** Rafforzamento dell’assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità) - **ODC**

Missione 6 Salute

Componente 2: Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale

M6C2.1 AGGIORNAMENTO TECNOLOGICO E DIGITALE

- ❑ **Riforma 1:** riorganizzare la rete degli IRCSS
- ❑ **Investimento 1.1:** Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero - digitalizzazione DEA I e II livello e grandi apparecchiature – nuovi progetti e FSC
- ❑ **Investimento 1.2:** Verso un ospedale sicuro e sostenibile
- ❑ **Investimento 1.3:** Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione

M6C2.2 FORMAZIONE, RICERCA SCIENTIFICA E TRASFERIMENTO TECNOLOGICO

- ❑ **Investimento 2.1:** Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN
- ❑ **Investimento 2.2:** Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario
 - **Investimento 2.2 a:** Borse aggiuntive in formazione di medicina generale
 - **Investimento 2.2 b:** Corso di formazione in infezioni ospedaliere

Elementi rilevanti di sviluppo “cd. DM 71”

Case della Comunità

La Casa della Comunità è il **luogo fisico** e di facile individuazione **al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria** a valenza sanitaria e il **modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione** di riferimento.

Nella Casa della Comunità **lavorano in modalità integrata e multidisciplinare tutti i professionisti** per la progettazione ed erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale.

Centrali Operative Territoriali

La Centrale Operativa Territoriale (COT) 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.

Ospedali di Comunità

L'Ospedale di Comunità (OdC) è una **struttura sanitaria di ricovero che afferisce alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale** e svolge una **funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero**, con la finalità di **evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette** in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio.

CASA DELLA COMUNITÀ (CdC)



è il **luogo fisico** e di **facile individuazione** al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria e il **modello organizzativo dell'assistenza di prossimità** per la popolazione di riferimento.

- ✓ **Standard:** *1 CDC HUB ogni 40.000-50.000 ab con 7-11 Infermieri, 1 assistente sociale, 5-8 unità di personale di supporto (socio-sanitario e amministrativo).*

Aspetti rilevanti per l'integrazione H-T



CdC hub:

- **Presenza medica h24 - 7 giorni su 7** anche attraverso l'integrazione della CA
- **Servizi diagnostici** finalizzati al monitoraggio della cronicità con strumentazione diagnostica di base
- **Servizi ambulatoriali specialistici** per le patologie ad elevata prevalenza
- **Sistema integrato di prenotazione** collegato al CUP aziendale



CdC spoke:

- **Presenza medica e infermieristica almeno h12 - 6 giorni su 7** (lunedì-sabato)
- Alcuni **servizi ambulatoriali per patologie ad elevata prevalenza** (cardiologo, pneumologo, diabetologo, ecc.)
- **Sistema integrato di prenotazione** collegato al CUP aziendale

CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE (COT)



è un **modello organizzativo** di **coordinamento** della presa in carico 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.**

✓ **Standard: 1 COT ogni 100.000 ab.** o a valenza distrettuale
con 1 coord. Inf., 3-5 Infermieri, 1-2 personale di supporto



Aspetti rilevanti per l'integrazione H-T

Funzioni:

- **coordinamento/ottimizzazione degli interventi**
- **tracciamento e monitoraggio delle transizioni**
- **raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute**, dei **percorsi integrati di cronicità** (PIC), anche attraverso **strumenti di telemedicina**

OSPEDALE DI COMUNITÀ (OdC)



è una **struttura sanitaria di ricovero** che afferisce alla rete di **offerta dell'Assistenza Territoriale**

Collocazione: sede propria, **Casa della Comunità**, strutture sanitarie polifunzionali, strutture residenziali sociosanitarie, struttura ospedaliera, ma è riconducibile ai servizi ricompresi **nell'assistenza territoriale distrettuale**.

✓ **Standard: 1 ogni 100.000 ab. con 20 pl - 0,4 pl per 1.000 ab da attuarsi in modo progressivo**

Pazienti eleggibili:

- A. **pazienti fragili e/o cronici [...] in cui il ricovero in ospedale risulti inappropriato;**
- B. **pazienti**, prevalentemente affetti da multimorbidità, provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, clinicamente **dimissibili [...]** ma **con condizioni richiedenti assistenza infermieristica continuativa;**
- C. **pazienti che necessitano di assistenza** nella somministrazione di **farmaci [...]**
- D. **pazienti** che necessitano di **supporto riabilitativo-rieducativo.**

Durata ricovero: non superiore a 30 giorni.

Gestione e attività: approccio multidisciplinare, multiprofessionale ed interprofessionale.

La **responsabilità igienico sanitaria e clinica** dell'OdC è in capo al **medico [...]** Resp. **organizzativa** affidata ad un resp. **infermieristico.**

L'**assistenza infermieristica** è **garantita nelle 24 ore 7 giorni su 7** con il supporto degli Operatori Sociosanitari, in coerenza con gli obiettivi del Progetto di assistenza individuale integrato (PAI)

**116117**NUMERO UNICO EUROPEO
PER CURE NON URGENTI

CENTRALE OPERATIVA 116117:

✓ **Standard:** *1 Centrale Operativa NEA 116117 ogni 1-2 milioni di ab*

La Centrale Operativa 116117 **sede del Numero Europeo Armonizzato (NEA) per le cure mediche non urgenti** offre un **servizio telefonico gratuito alla popolazione attivo 24 ore su 24 e 7 giorni su 7** per tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie a **bassa intensità assistenziale**.

La Centrale Operativa 116117 raccoglie le chiamate di uno o più distretti telefonici in funzione delle dimensioni dei distretti stessi e delle modalità organizzative delle Regioni/PA.



ASSISTENZA DOMICILIARE: ✓ **Standard:** *10% della popolazione over 65 da prendere in carico progressivamente.*

L'Assistenza Domiciliare **è un servizio a valenza distrettuale** finalizzato all'**erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale** variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza.



UNITÀ DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE: ✓ **Standard:** *1 UCA ogni 100.000 ab.* con 1 Medico e 1 Infermiere

L'Unità di Continuità Assistenziale nel limite previsto ai sensi dell'articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021 n. 234 **è un'équipe mobile distrettuale per la gestione e il supporto della presa in carico di individui, o di comunità, che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità** e che comportano una comprovata difficoltà operativa.

TELEMEDICINA

La telemedicina è una **modalità di erogazione di servizi e prestazioni assistenziali sanitarie sociosanitarie a rilevanza sanitaria a distanza**, abilitata dalle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, e **utilizzata da un professionista sanitario per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti** (telemedicina professionista sanitario – assistito) o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari (telemedicina professionista sanitario – professionista sanitario).

✓ **Standard di servizio e requisiti minimi:** *si rinvia alle “Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina”, approvate in CSR il 17 dicembre 2020.*

La telemedicina **rappresenta un approccio innovativo alla pratica sanitaria**, già consolidato in diversi ambiti sanitari, consentendo - se inclusa in una rete di cure coordinate - **l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione.**

Modalità di erogazione di prestazioni di (ad es.):

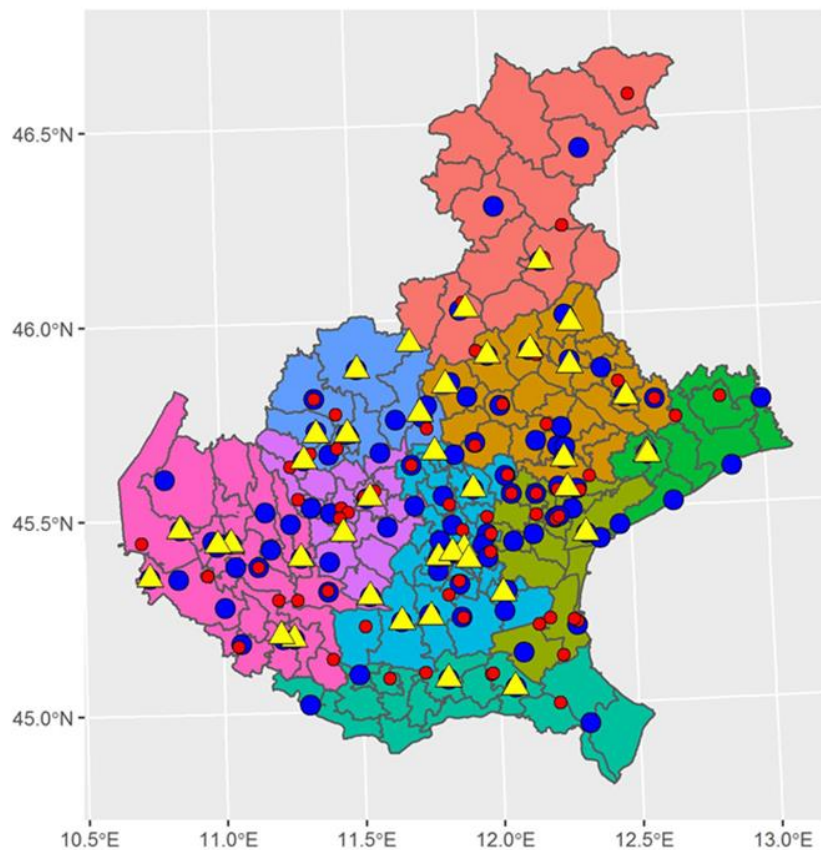
- **Televisita**
- **Teleconsulto**
- **Telerefertazione**
- **Telemonitoraggio**



c.d. DM 71 | Standard di struttura in Veneto

	Situazione attuale	Standard	Δ
Distretto: 1 ogni circa 100.000 ab. (almeno 60.000), con variabilità secondo criteri di densità di popolazione e caratteristiche orografiche territorio	26	49	+23
Case della Comunità Hub: 1 ogni 40.000-50.000 ab.	77 MGI	99	+22
COT: 1 ogni 100.000 ab. o a valenza distrettuale se Distretto ha bacino d'utenza maggiore	10 (8+2)	49	+39
Ospedali di Comunità: 1 ogni 100.000 ab. con 20 pl - in modo prog. a 0,4 pl per 1.000 ab	38 (769 pl)	49 (~ 980 pl fino a 1960 pl)	+11
Unità di Continuità Assistenziale: 1 ogni 100.000 ab. con almeno 1 Medico e 1 Inf.	56 USCA	49	-7
Unità di Cure Palliative Domiciliare: 1 ogni 100.000 ab.	9 UOC CP 88 sedi ADI	49	-39 sedi
HOSPICE: 8/10 pl ogni 100.000 ab.	24 + 1 ped (238 pl)	389-486 pl	+151/+258 pl
CO 116117: 1 ogni 1-2 mil. ab. o a valenza regionale se con popolazione inferiore allo standard	0	3 - 5	+3/+5

c.d. DM 71 | Uno sguardo d'insieme....



● CdC Hub 2026: **99**

● MGI: **77**

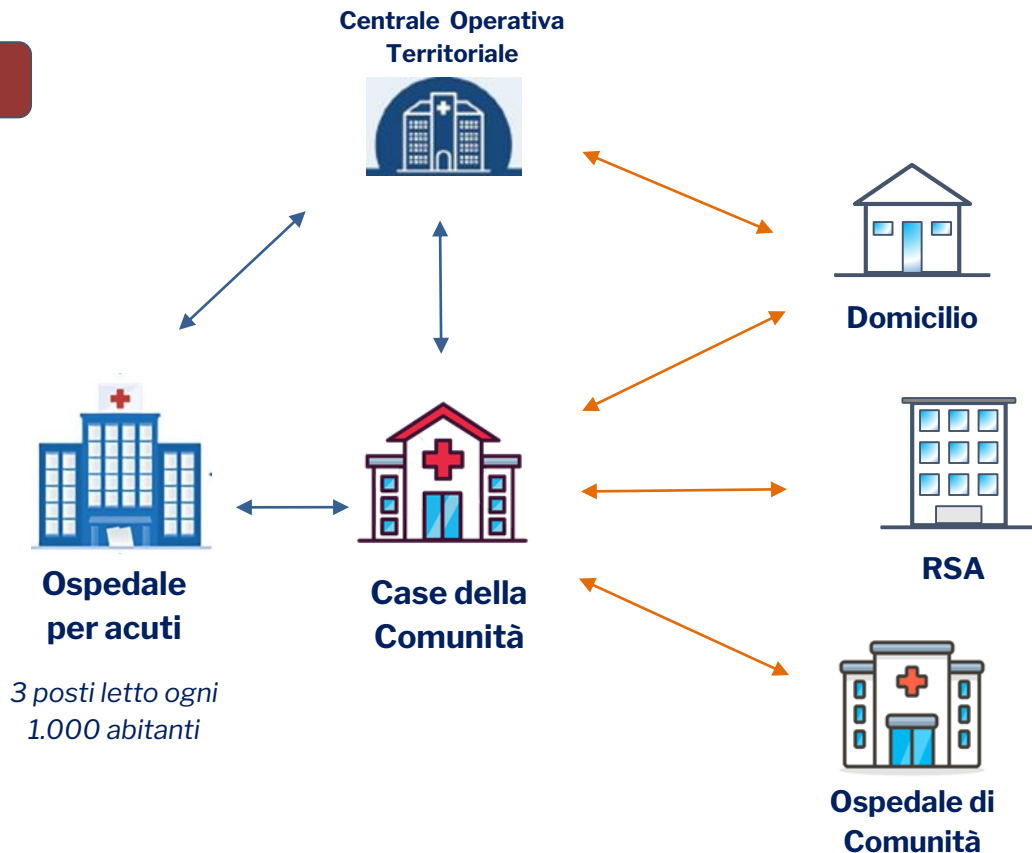
▲ COT 2026: **49**

N. 17 sedi MGI coincidono con sede CdC hub

IL CONTESTO DELLE NUOVE SFIDE

SANITÀ INTEGRATA

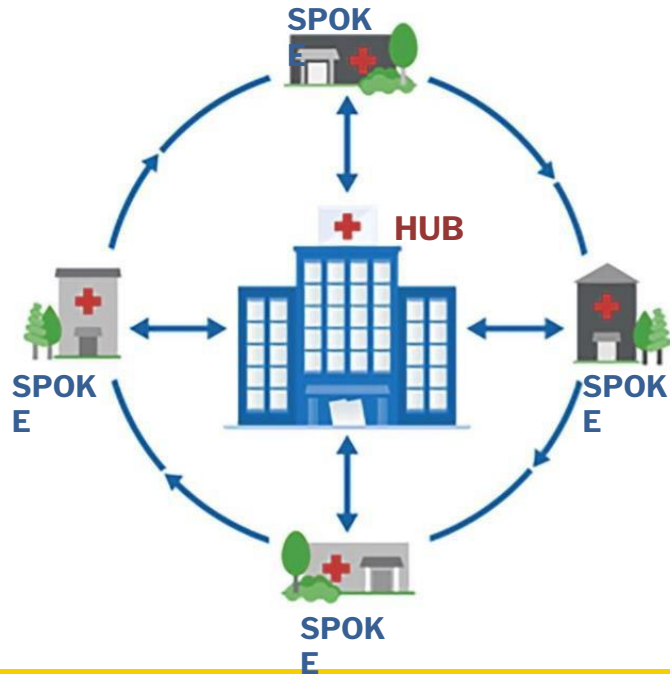
- La **casa come luogo di cura**
- **Assistenza domiciliare integrata, multidisciplinare e multiprofessionale**
- **Offerta dei servizi diversificata** - cambiamento dei bisogni di salute della popolazione
- **Assistenza personalizzata**, dalla prevenzione al trattamento
- **Promozione dei servizi sanitari vicini al cittadino e facilmente accessibili**
- Rafforzare l'**empowerment** del cittadino dentro e fuori i luoghi di cura



I MODELLI E LE NUOVE SFIDE

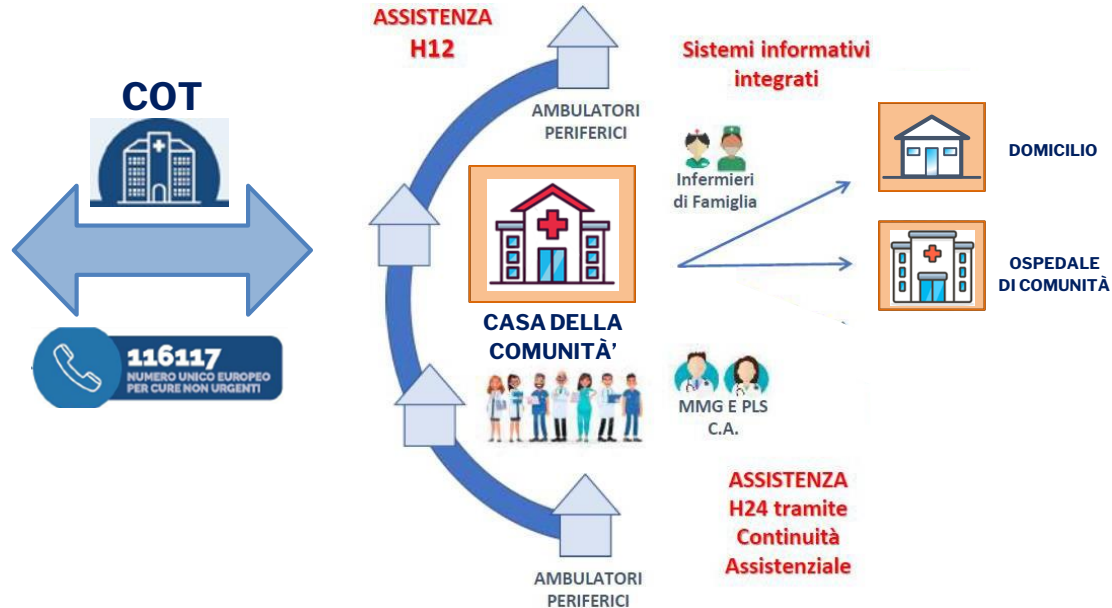
Assistenza Ospedaliera D.M. 70/2015

Organizzazione ospedaliera mediante un modello **HUB** e **SPOKE**:



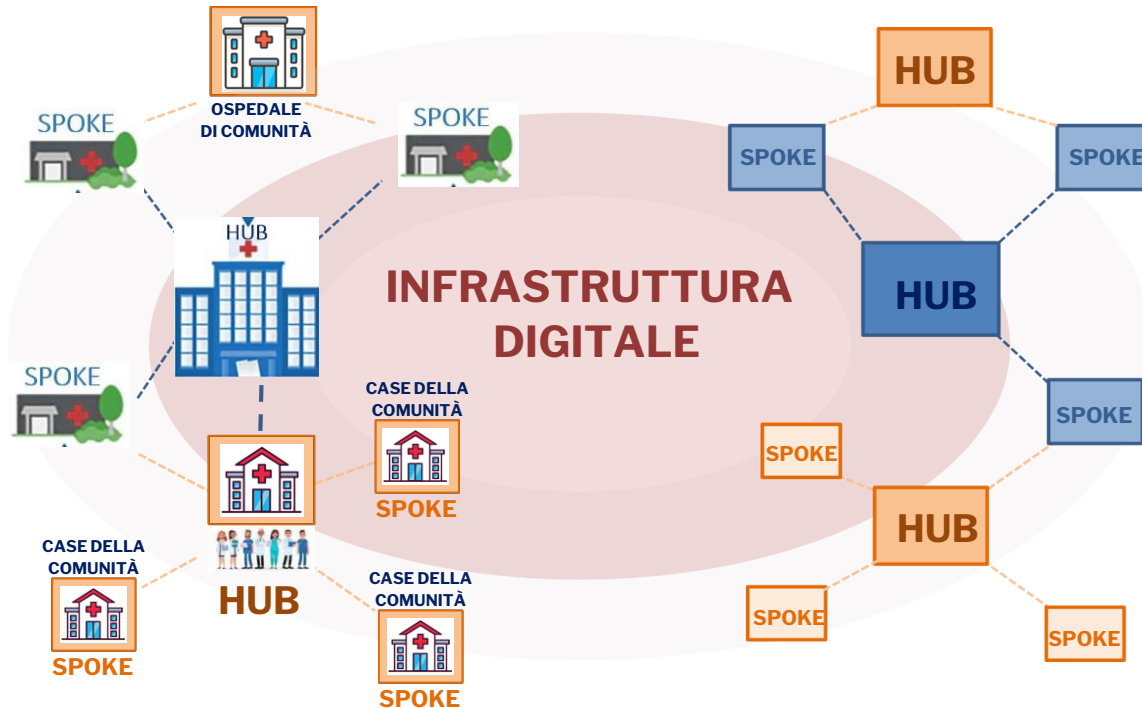
Assistenza territoriale *In previsione*

- Case della comunità
- Continuità assistenziale
- COT
- Assistenza domiciliare
- Cure intermedie
- Telemedicina



LE NUOVE SFIDE

Anche la nuova riorganizzazione delle strutture territoriali prevedrà un modello distributivo mediante **strutture HUB e SPOKE**, al fine di creare una **rete assistenziale capillare, più efficace ed efficiente, in connessione a sua volta con la rete ospedaliera**.



Le varie relazioni sono
- - - - - permesse grazie
- - - - - all'implementazione della
rete informatica, alla
telemedicina e al flusso
dei dati

Rete Ospedaliera

Rete Territoriale

OPPORTUNITÀ E RISCHI

OPPORTUNITÀ

- Ospedali di **alta tecnologia**
- Ospedali **digitalizzati**
- Ospedali in **rete**
- Ospedali **«flessibili»**
- Sviluppo delle **strutture territoriali**
- **Recupero** delle strutture territoriali
- Maggiore **appropriatezza dei costi di realizzazione e di gestione**
- Sanità **vicina** al cittadino

RISCHI

- Mancanza di **personale**
- Aumento di **costi di realizzazione e gestione degli immobili**
- **Finanziamento della sanità**

NUOVE SFIDE

OSPEDALE



- **Necessità di rivedere** l'organizzazione ospedaliera introducendo modelli di “**flessibilità**” organizzativa e di integrazione - oltre i *silos*
- Aumento della **capacità di supportare il territorio** (telemedicina, teleconsulto, medicina di iniziativa etc.)
- **Sviluppo di reti, PDTA**
- Potenziamento tecnologico
- **Connessione e digitalizzazione**



TERRITORIO



Rafforzare la sanità territoriale sviluppando:

- **Modello di Case della comunità contestualizzato** (luogo, PPI, etc)
- Cure domiciliari
- **Medicina di base**/continuità assistenziale **con funzioni garantite al cittadino**
- **Connessione e digitalizzazione**

Il percorso regionale del PNRR

DGR n. 1529 del 17 novembre 2020

Adozione del Piano Regionale per la Ripresa e la Resilienza (PRRR) del Veneto ai fini della predisposizione del Piano Nazionale per la Ripresa e la Resilienza (PNRR), così come previsto dalla proposta di Regolamento del Parlamento Europeo e del Consiglio del 28 maggio 2020, COM (2020) 408 final.

Schema CIS - Approvato con Intesa 30 marzo 2022

Approvazione in Conferenza Stato-Regioni il 30 marzo 2022 dell'Intesa sullo schema del Contratto istituzionale di sviluppo (CIS) che ogni Regione dovrà sottoscrivere entro il 31 maggio 2022 con il Ministero della Salute.

Schema POR - Approvato con Intesa 30 marzo 2022

Ogni Regione è tenuta ad inserire il proprio Piano operativo con il cronoprogramma degli interventi

DGR n. 368 del 08 aprile 2022

Approvazione degli interventi per la realizzazione del Piano regionale di attuazione del PNRR - Missione 6 Salute, Componenti Investimento 1 e 2, individuazione dei soggetti attuatori delegati, e prime indicazioni operative e organizzative.