

**PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA**

**PNNR**

**SALUTE**

**MISSIONE 6 COMPONENTE 1**

**Reti di prossimità, strutture e telemedicina per  
l'assistenza sanitaria territoriale**

**LA DEFINIZIONE DI UN NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO  
DELLA RETE DI ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE**

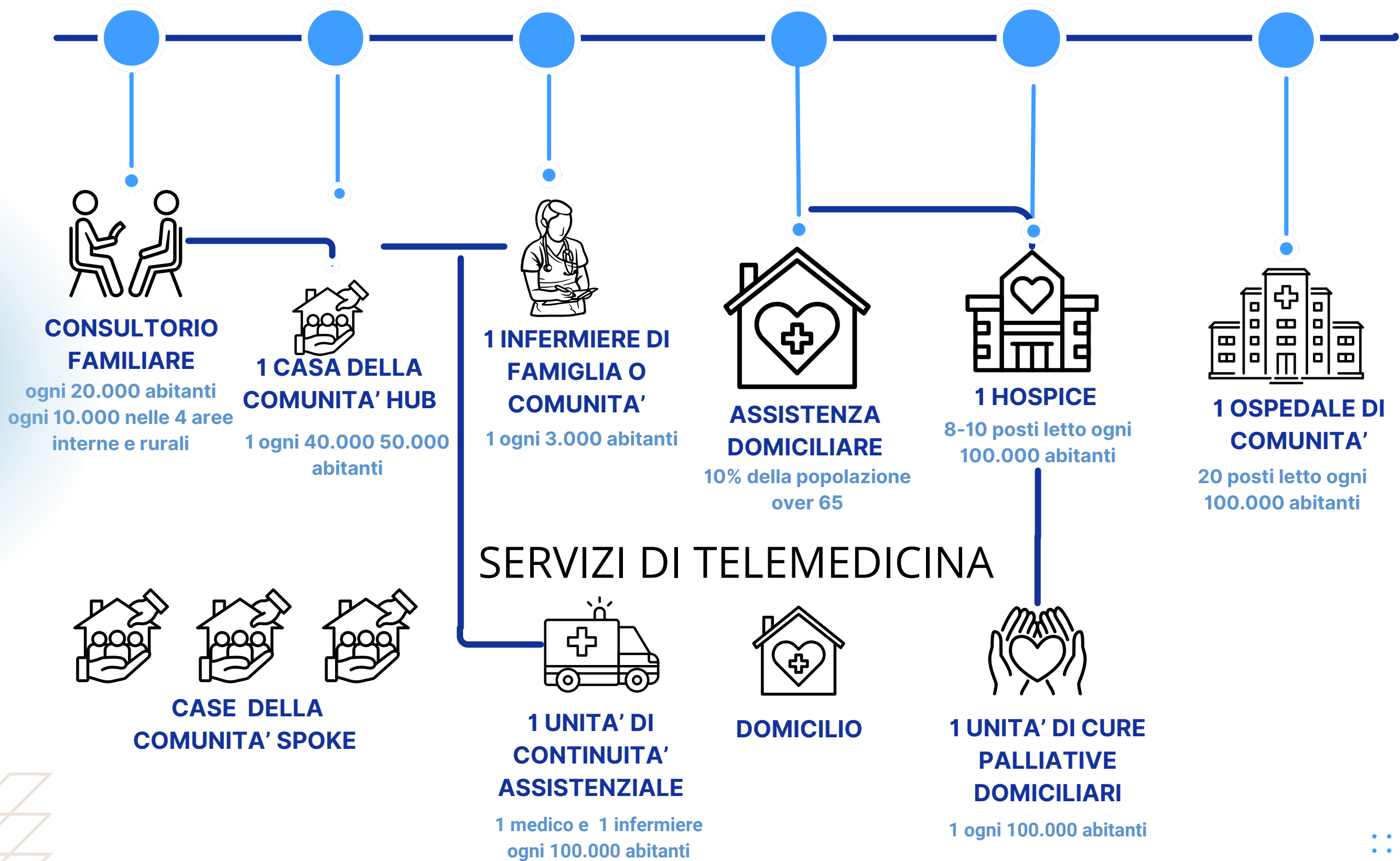
**DM 77 del 23/05/2022 PUB G.U. n 144 del 22/06/2022**

# PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA PNNR

## 1 Centrale operativa territoriale ogni 100.000 abitanti

### COT

**DISTRETTO**  
**100.000**  
**abitanti**



# IL DISTRETTO

**Il Distretto è un'articolazione organizzativa funzionale dell'ASL sul territorio**



**Il Distretto costituisce il luogo privilegiato di gestione e coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sociosanitari a valenza sanitaria e sanitari locali**



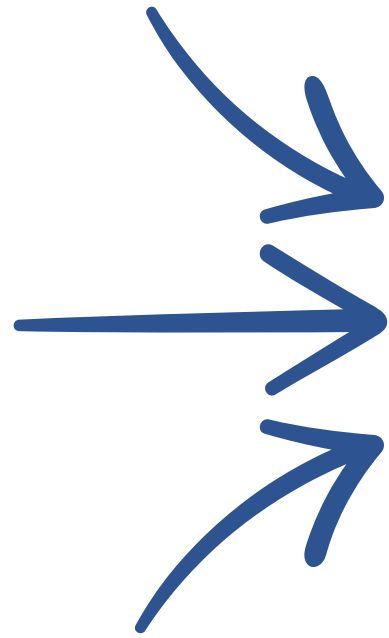
**Il Distretto è deputato, anche attraverso la CASA DI COMUNITA', al perseguimento dell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie**



**Il Distretto garantisce una risposta assistenziale integrata sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali per determinare una efficace presa in carico della popolazione di riferimento**



# CASA DELLA COMUNITA'



7-11 Infermieri di famiglia o Comunità

5-8 Unità di personale di supporto  
amministrativo e socio sanitario

1 Assistente Sociale



## Standard:

1 Casa della Comunità Hub ogni 40.000 – 50.000 abitanti

- **Organizzazione capillare** su tutto il territorio  
Struttura fisica in cui opera un' **équipe multiprofessionale** di:
  - MMG e PLS
  - Medici specialisti
  - Infermieri di Famiglia o Comunità
  - Altri professionisti della salute
  - Assistenti sociali
- Punto di **riferimento continuativo per la popolazione** che permette di garantire la presa in carico della comunità di riferimento anche attraverso:
  - Una infrastruttura informatica
  - Un punto prelievi
  - La strumentazione polispecialistica e diagnostica di base

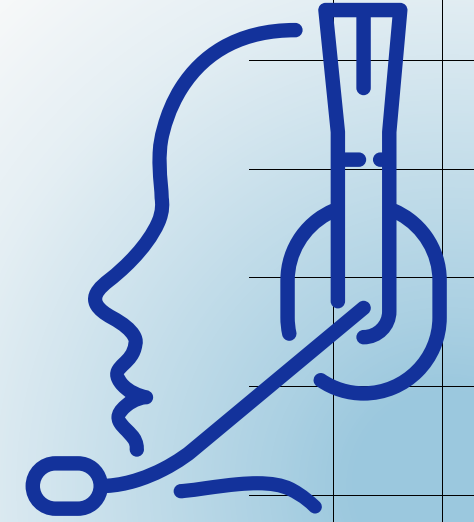
# STANDARD MINIMI CHE DEVE AVERE UNA CASA DELLA COMUNITÀ HUB



Servizi	CdC hub	CdC spoke
Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multiprofessionali (MMG, PLS, SAI, IFoC, ecc.)		OBBLIGATORIO
Punto Unico di Accesso		OBBLIGATORIO
Servizio di assistenza domiciliare		OBBLIGATORIO
Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza		OBBLIGATORIO
Servizi infermieristici		OBBLIGATORIO
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale		OBBLIGATORIO
Integrazione con i Servizi Sociali		OBBLIGATORIO
Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione		OBBLIGATORIO
Collegamento con la Casa della Comunità hub di riferimento	-	OBBLIGATORIO
Presenza medica	OBBLIGATORIO H24, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
Presenza infermieristica	OBBLIGATORIO H12, 7/7 gg FORTEMENTE RACCOMANDATO H24, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
Servizi diagnostici di base	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Continuità Assistenziale	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Punto prelievi	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Attività Consultoriali e attività rivolta ai minori		FACOLTATIVO
Interventi di Salute Pubblica (incluse le vaccinazioni per la fascia 0-18)		FACOLTATIVO
Programmi di screening		FACOLTATIVO
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza		RACCOMANDATO
Medicina dello sport		RACCOMANDATO

# CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE COT

1 COT ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale



## Standard:

- **1 Coordinatore infermieristico**
- **3-5 infermieri**
- **1-2 unità di altro personale sanitario**

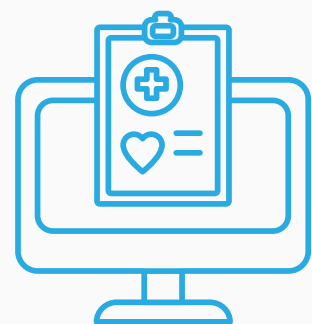
La Centrale Operativa Territoriale (COT) è un modello organizzativo che svolge :

- una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali
- coordinamento ottimizzazione degli interventi
- tracciamento e monitoraggio delle transizioni
- supporto informativo e logistico ai professionisti della rete assistenziale
- raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute, anche attraverso strumenti di telemedicina dei pazienti in assistenza domiciliare



# CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE COT

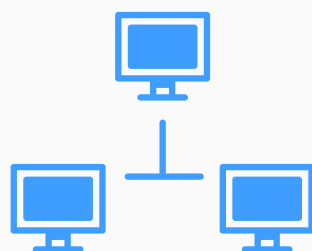
La Centrale Operativa Territoriale si occupa della raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute anche attraverso **strumenti di telemedicina** e della gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona.



DISPOSITIVI MEDICI AL DOMICILIO DEL PAZIENTE



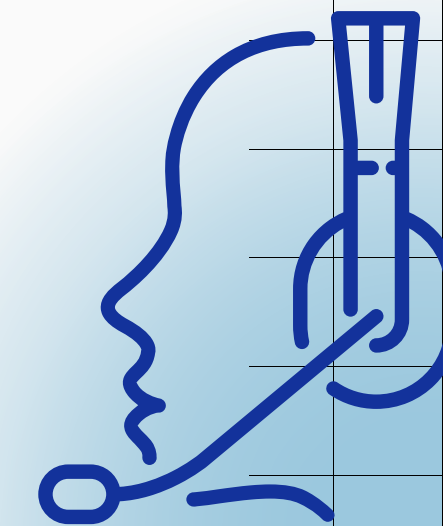
TELEVISITA, TELEMONITORAGGIO, TELEASSISTENZA ETC...



INTERCONNESSIONE AZIENDALE CON ALTRE STRUTTURE E SERVIZI.



ASSISTENZA DOMICILIARE



## OSPEDALE DI COMUNITA'



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.





# OSPEDALE DI COMUNITA'

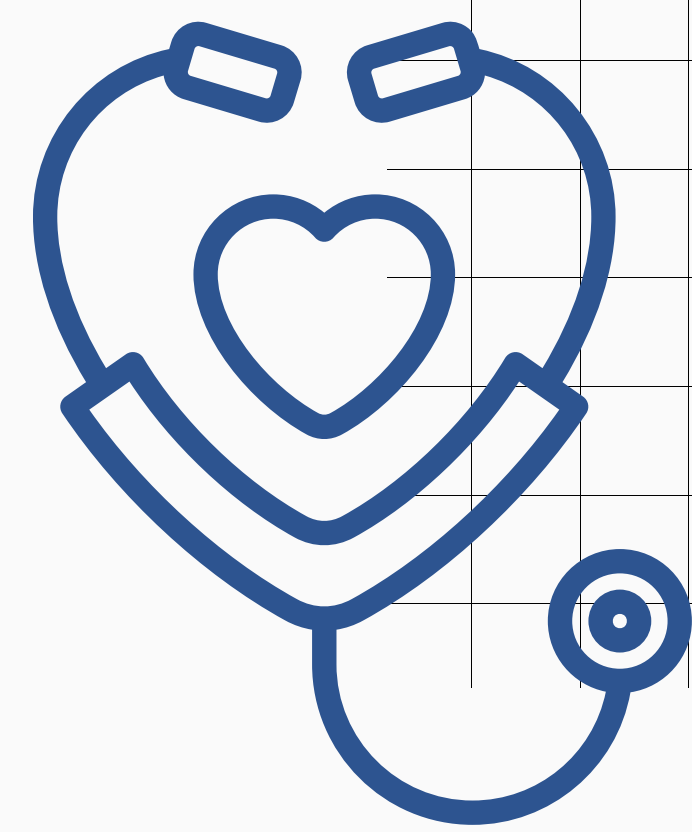
20 posti letto ogni 100.000

## Standard:

- 1 Medico per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7
- 7-9 infermieri (di cui 1 Coordinatore infermieristico)
- 4-6 Operatori Sociosanitari
- 1-2 unità di altro personale sanitario con funzioni riabilitative



# INFERMIERE DI FAMIGLIA O COMUNITA' (IFOC)



Secondo il DM n. 77/2022 l'Infermiere di famiglia o comunità IFoC è coinvolto in attività di promozione, prevenzione e gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e di comunità all'interno del sistema dell'assistenza sanitaria territoriale nei diversi setting assistenziali in cui essa si articola.

CASA DELLA  
COMUNITA'



STANDARD  
7-11 IFoC

OSPEDALE DI  
COMUNITA'



STANDARD  
7-9 IFoC  
di cui 1  
Coordinatore  
infermieristico

CENTRALE OPERATIVA  
TERRITORIALE



STANDARD  
1 Coordinatore  
Infermieristico  
+ 3-5 IFoC

UNITA' DI CONTINUITA'  
ASSISTENZIALE



STANDARD  
1 Infermiere  
ogni 100.000 ab  
(600 IFoC)

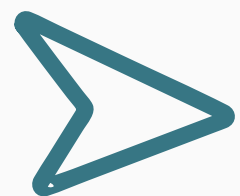
# ASSISTENZA DOMICILIARE

## Gli standard della assistenza domiciliare

L'obiettivo è la presa in carico progressiva del 10% della popolazione over 65 progressivamente

PNRR - M6C1 : sub-investimento 1.2.1. **ASSISTENZA DOMICILIARE** (2.720 Mld/€)

ALMENO 800.000 > 65 ANNI TRATTATE IN PIÙ IN ASSISTENZA DOMICILIARE



## TARGET EU - T2 2026

- **SERVIZIO A VALENZA DISTRETTUALE**: 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.
- **INDICATORI DI MONITORAGGIO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE** : % di pazienti > 65 anni in assistenza domiciliare considerando tutti gli assistiti di età pari o superiore a 65 anni "presi in carico" per tutte le classi di CIA.

**presenza di personale sanitario 7 giorni su 7, 24 ore su 24**

**LA CASA COME PRIMO LUOGO DI CURA QUALE SETTING  
PRIVILEGIATO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE**



# ECOSISTEMA DEI DATI SANITARI: TIPOLOGIE DI DATI E FINALITA' DI UTILIZZO

## TELEVISITA

Prescrizione ed erogazione **TELEVISITA**

Referto di specialistica per **TELEVISITA**

## TELECONSULTO

Richiesta **Teleconsulto/ Teleconsulenza**

**TELECONSULENZA** Relazione collaborativa

## TELEASSISTENZA

**PRESCRIZIONE ED EROGAZIONE**

**RELAZIONE CLINICO ASSISTENZIALE CONCLUSIVO**

## TELERIABILITAZIONE

**PIANO DELLE ATTIVITÀ ASSISTENZIALI,  
DI MONITORAGGIO E RIABILITATIVE**

## TELEMONITORAGGIO

**PRESCRIZIONE ED EROGAZIONE TELEMONITORAGGIO**

**TESSERINO DISPOSITIVI**

## TELECONTROLLO

**PIANO DELLE ATTIVITA' ASSISTENZIALI, DI  
MONITORAGGIO E RIABILITATIVE**

**REPORT DELLE RILEVAZIONI**

**RELAZIONE FINALE**



# RIFORMA TERRITORIALE E SANITA' DIGITALE



SGTE 2024: Le nuove opportunità della Telemedicina e della Teleassistenza - Domenico Mantoan

Guarda più tardi

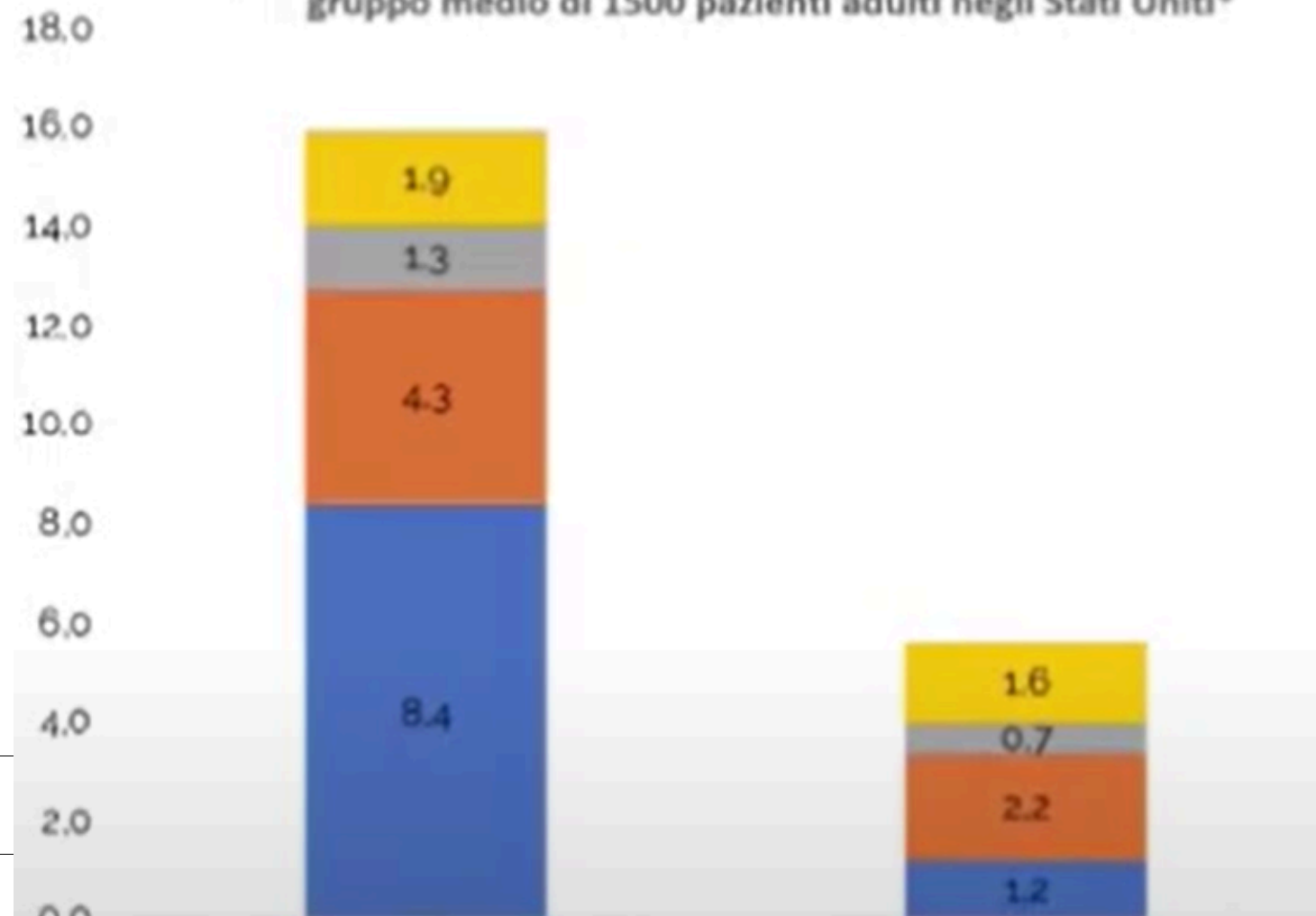
## Riforma territoriale e sanità digitale

### Risultati dalla letteratura scientifica

Porter J, et al. Revisiting the Time Needed to Provide Adult Primary Care. J Gen Intern Med. 2023

Sinsky C, et al. Allocation of physician time in ambulatory practice: a time and motion study in 4 specialties. Ann Intern Med. 2016

Tempo necessario al medico di base per fornire assistenza a un gruppo medio di 1500 pazienti adulti negli Stati Uniti\*



16,0 h/die → tempo medio giornaliero stimato per assistere 1500 assistiti nell'ambito di uno studio di medicina generale dove il medico lavora da solo

5,6 h/die → tempo medio giornaliero stimato per assistere 1500 assistiti nell'ambito di uno studio di medicina generale dove il medico lavora nell'ambito di un'equipe multidisciplinare

1/3 dell'orario lavorativo

2/3 dell'orario lavorativo



Cura dell'assistito

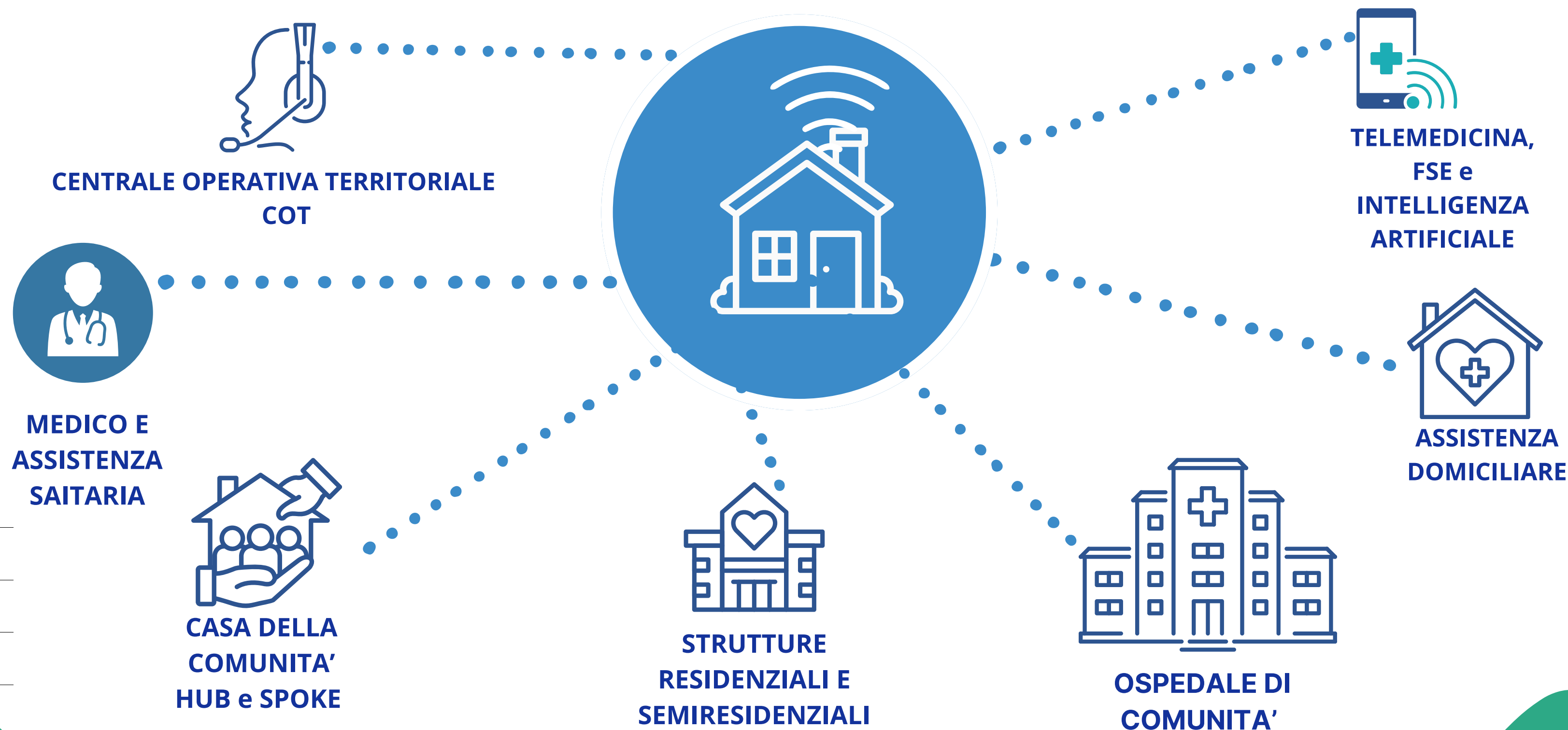


Compilazione della documentazione clinica (cartelle cliniche elettroniche) e amministrativa

- Attività di prevenzione
- Cure per pz cronici
- Cure per acuti
- Documentazione e gestione posta in arrivo

# RIFORMA TERRITORIALE E SANITA' DIGITALE

GLI STRUMENTI DI SANITÀ DIGITALE PER UNA PRESA IN CARICO INTEGRATA E PERSONALIZZATA, RIMANENDO CONNESSI PRESSO I PROPRI LUOGHI



# PROFESSIONISTI DELLA TELEMEDICINA AL 31 DICEMBRE 2025

6.650

PEDIATRI DI LIBERA SCELTA

42.674

MEDICI NEL RUOLO UNICO  
DI ASSISTENZA PRIMARIA

121.969

MEDICI SPECIALISTI

99.161

INFERMIERI



121.597

PROFESSIONISTI SANITARI

**PIANO NAZIONALE RIPRESA E RESILIENZA**  
**MISSIONE 6 COMPONENTE 1**  
**RETI PROSSIMITA' STRUTTURA E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA**  
**SANITARIA TERRITORIALE**  
**REGIONE MARCHE**

**LEGGE REGIONALE 8 AGOSTO N. 19 DEL 2022**  
**ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE**

***ART. 23 AZIENDE SANITARIE TERRITORIALI AST***

***ART. 42 SOPPRESSIONE DELL'ASUR, COSTITUZIONE DELLE AST E  
INCORPORAZIONE DELL'AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALI RIUNITI MARCHE NORD***



	Numero Comuni	DISTRETTI SANITARI	AMBITI SOCIALI	Numero Comuni
<b>AST 1 PESARO</b>	<b>8</b>	<b>DS 01 PESARO</b>	<b>ATS 01 PESARO</b>	<b>8</b>
	<b>28</b>	<b>DS 02 URBINO</b>	<b>ATS 03 Unione Montana Catria e Nerone</b>	<b>7</b>
			<b>ATS 04 URBINO</b>	<b>9</b>
			<b>ATS 05 Unione Montana Montefeltro</b>	<b>12</b>
<b>15</b>	<b>DS 03 FANO</b>	<b>ATS 06 FANO</b>	<b>9</b>	
		<b>ATS 07 FOSSOMBRONE</b>	<b>6</b>	
<b>AST 2 ANCONA</b>	<b>9</b>	<b>DS 04 SENIGALLIA</b>	<b>ATS 08 UNIONE MARCA SENONE</b>	<b>9</b>
	<b>21</b>	<b>DS 05 JESI</b>	<b>ATS 09 ASP AMBITO 9 JESI</b>	<b>21</b>
	<b>5</b>	<b>DS 06 FABRIANO</b>	<b>ATS 10 Unione Montana Esino Frasassi</b>	<b>5</b>
	<b>15</b>	<b>DS 07 ANCONA</b>	<b>ATS 11 ANCONA</b>	<b>1</b>
<b>ATS 12 FALCONARA MARITTIMA</b>			<b>7</b>	
<b>ATS 13 OSIMO</b>			<b>7</b>	

	Numero Comuni	DISTRETTI SANITARI	AMBITI SOCIALI	Numero Comuni
<b>AST 3 MACERATA</b>	<b>9</b>	<b>DS 08 CIVITANOVA MARCHÉ</b>	<b>ATS 14 CIVITANOVA MARCHÉ</b>	<b>9</b>
	<b>24</b>	<b>DS 09 MACERATA</b>	<b>ATS 15 MACERATA</b>	<b>9</b>
			<b>ATS 16 Unione Montana Monti Azzurri</b>	<b>15</b>
	<b>19</b>	<b>DS 10 CAMERINO</b>	<b>ATS 17 Unione Montana Alte Valli Potenza Esino</b>	<b>8</b>
<b>ATS 18 Unione Montana Marca Camerino</b>			<b>11</b>	
<b>AST 4 FERMO</b>	<b>40</b>	<b>DS 11 FERMO</b>	<b>ATS 19 FERMO</b>	<b>31</b>
			<b>ATS 20 PORTO S. ELPIDIO</b>	<b>3</b>
			<b>ATS 24 Unione Montana Monti SIBILLINI</b>	<b>6</b>
<b>AST 5 ASCOLI PICENO</b>	<b>21</b>	<b>DS 13 ASCOLI PICENO</b>	<b>ATS 24 Unione Montana Monti SIBILLINI</b>	<b>5</b>
			<b>ATS 23 Unione dei Comuni della Vallata del Tronto</b>	<b>7</b>
	<b>12</b>	<b>DS 12 SAN BENEDETTO DEL TRONTO</b>	<b>ATS 21 San Benedetto del Tronto</b>	<b>12</b>

**N.B. AMBITO SOCIALE 24 è contenuto in 2 Distretti Sanitari DS 11 FERMO e DS 13 ASCOLI PICENO**

# **GUIDA AI SERVIZI AST e DISTRETTI SANITARI REGIONE MARCHE**

<https://serviziweb.asur.marche.it/GASASUR/gas.php?mod=ORG&padre=620>