

AIIC2023

FORTEZZA DA BASSO

Firenze 10-13 maggio 2023



Convegno Nazionale
Associazione Italiana Ingegneri Clinici

Innovazione e accessibilità:
il governo delle tecnologie sanitarie come sfida sociale



IC

LE TECNOLOGIE PER L'ASSISTENZA TERRITORIALE E LA TELEMEDICINA

Giovanni Guizzetti

Direttore Distretto Alto e Basso Pavese

Direttore a.i. S.C. Ingegneria Clinica

ASST Pavia



Un effetto della riforma della rete territoriale

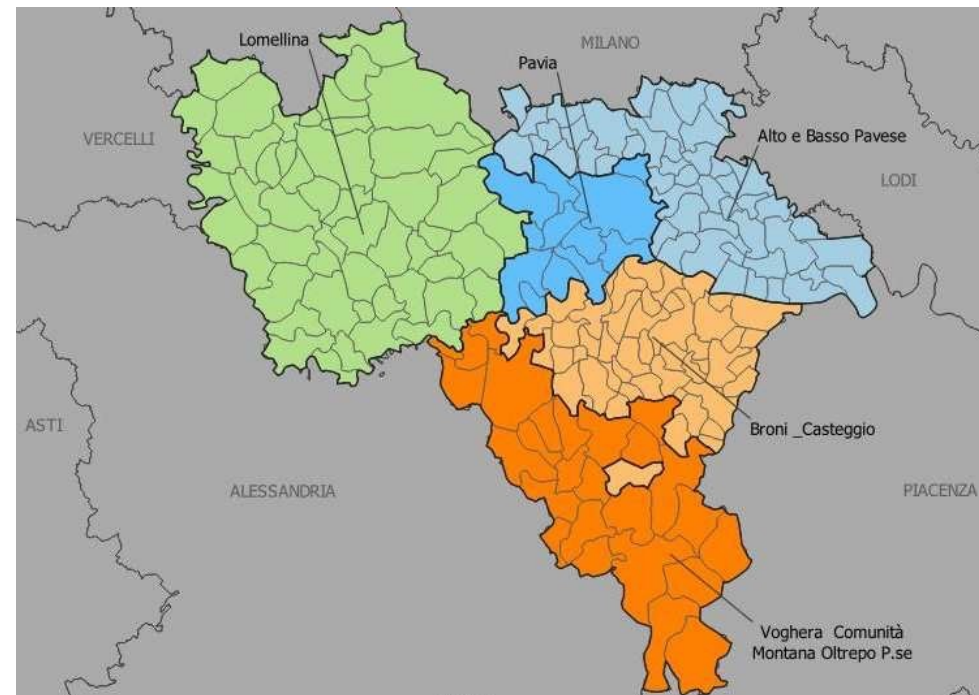
PNRR Mission 1 c. 1 – DM 77 – LR 22/2021

DA

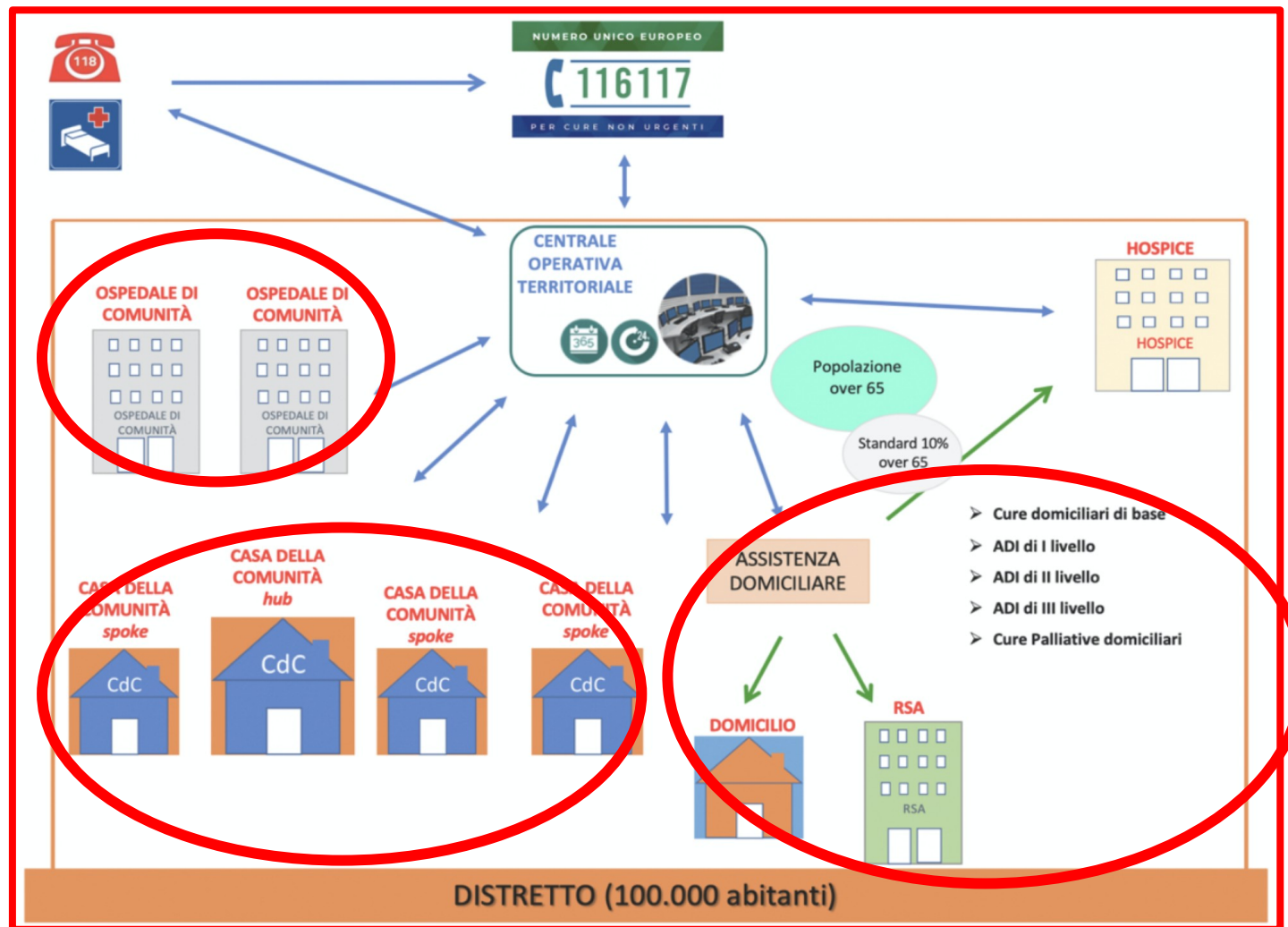


- 7 ospedali /25 strutture territoriali
- 950 posti letto
- 9.000 apparecchiature biomediche

A



- 48 comuni - 125.000 abitanti
- 70 MMG – 16 PLS
- 2 OdC, 2 CdC, 1 COT, 2 consultori, 2 poliuambulatori



Setting assistenziali
diversi



Tecnologie diverse

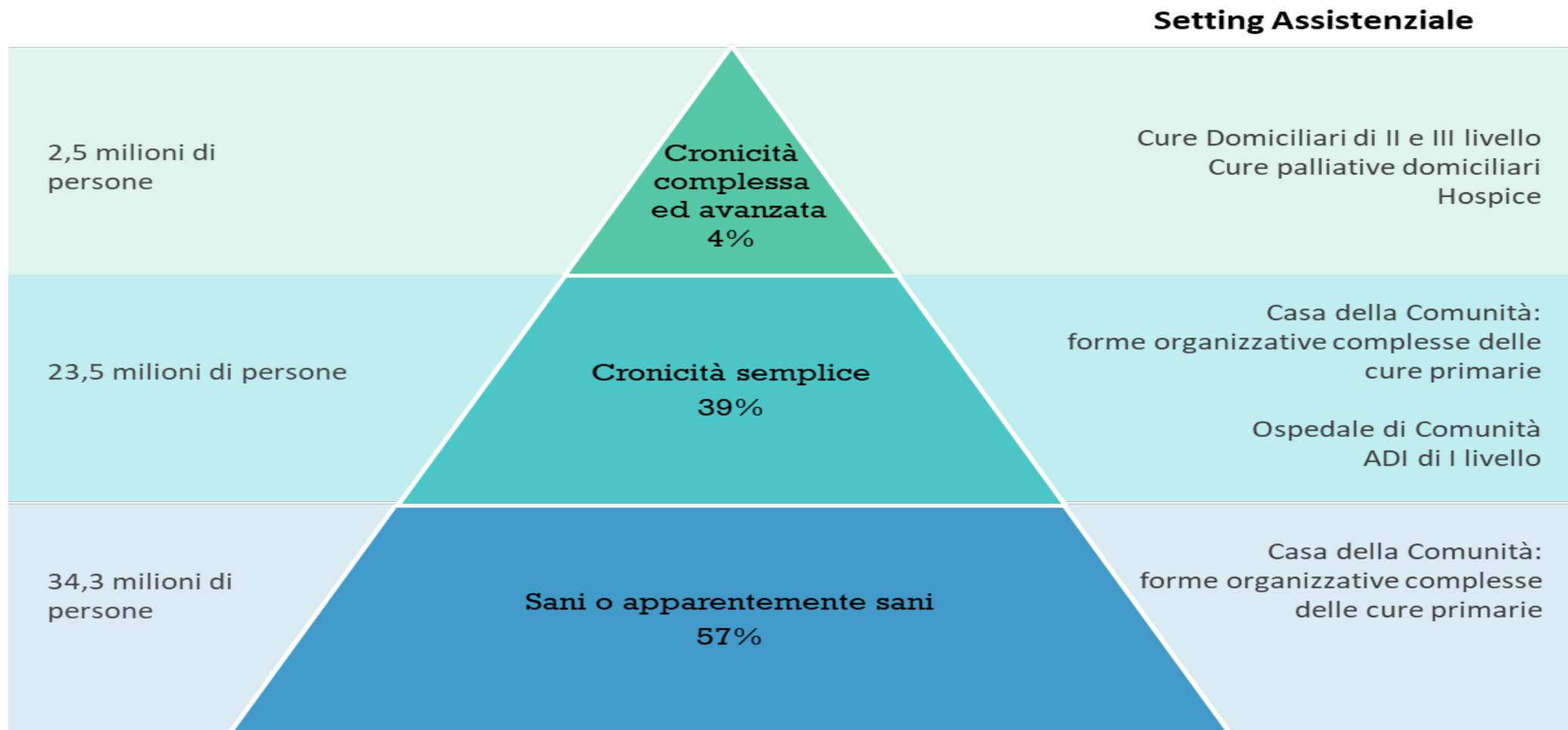


Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU

Allegato 1

Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale

L'assistenza per bisogni assistenziali



- ❖ Programmazione dell'offerta sulla base della stratificazione della popolazione e delle condizioni demografiche dei territori
- ❖ Distretto: funzioni e standard organizzativi
- ❖ Casa della Comunità
- ❖ Infermiere di Famiglia e Comunità
- ❖ Unità speciale di continuità Assistenziale
- ❖ Centrali Operative Territoriali
- ❖ Centrale Operative 116117
- ❖ Assistenza Domiciliare
- ❖ Ospedale di Comunità
- ❖ Rete delle cure palliative
- ❖ Servizi per la salute della donna e del bambino
- ❖ Servizi per le attività di promozione e prevenzione della salute
- ❖ Sistemi informativi e standard di qualità
- ❖ Ulteriori approfondimenti

Gli effetti delle misure proposte

- Le evidenze dimostrano inoltre che **le cure primarie** e quindi una migliore **assistenza di prossimità** (a differenza di sistemi basati sull'assistenza specialistica) **garantiscono una più equa distribuzione della salute nella popolazione** permettendo di raggiungere anche le fasce di popolazione *hard to reach*.
- Il potenziamento dell'assistenza territoriale promuovendo **un'offerta diversificata** di servizi sanitari territoriali **capillare** su tutto il territorio nazionale vuole essere un punto di **riferimento continuativo per la popolazione** che, anche attraverso una **infrastruttura informatica**, un **punto prelievi**, la **strumentazione polispecialistica** e il **personale sanitario specializzato** adeguatamente formato e dedicato, permette di garantire una migliore presa in carico della comunità di riferimento.
- Maggiore appropriatezza e **integrazione socio-sanitaria** grazie alla possibilità di **rispondere in modo personalizzato alle necessità della persona e della famiglia** (potenziamento dell'Assistenza Domiciliare e della rete degli Ospedali di Comunità).
- **Più forte è l'assistenza territoriale minori sono i costi totali sul sistema sanitario.**

Il futuro prossimo dell'Assistenza Territoriale

- **La casa come luogo di cura** sfruttando l'innovazione tecnologica.
- **Assistenza integrata, multidisciplinare e multiprofessionale.**
- **Offerta dei servizi diversificata** in grado di rispondere al cambiamento dei bisogni di salute della popolazione.
- **Assistenza personalizzata**, dalla prevenzione al trattamento, anche grazie all'utilizzo di **big data** e sistemi di **intelligenza artificiale** di supporto.
- Promozione di **servizi sanitari vicini al cittadino** e facilmente accessibili.
- Rafforzare l'**autodeterminazione** (empowerment) del cittadino dentro e fuori i luoghi di cura.

Sanità d'iniziativa

La Sanità di Iniziativa è un modello assistenziale di prevenzione e di gestione delle malattie croniche orientato alla promozione della salute, che non aspetta l'assistito in ospedale o in altra struttura sanitaria, ma lo prende in carico in modo proattivo già nelle fasi precoci dell'insorgenza o dell'evoluzione della condizione morbosa. Lo scopo della Sanità di Iniziativa è la prevenzione ed il miglioramento della gestione delle malattie croniche in ogni loro stadio, dalla prevenzione primaria, alla diagnosi precoce, alla gestione clinica e assistenziale, alla prevenzione delle complicanze, attraverso il follow-up proattivo anche supportato dagli strumenti di telemonitoraggio e telemedicina, alla presa in carico globale della multimorbilità. Essa prevede un approccio di presa in carico attento alle differenze di genere ovvero lo studio dell'influenza delle differenze biologiche, socio economiche e culturali e che tenga conto di tutti gli altri aspetti psicocomportamentali che incidono sulla salute e delle fasi della vita dell'individuo durante i percorsi di diagnosi, cura, riabilitazione e che caratterizzi tutti i *setting* assistenziali, al pari degli ambiti di ricerca clinica e di formazione di tutti i professionisti sanitari, per facilitare diagnosi e trattamenti equi, differenziati ed efficaci appropriati.

AIIC 2023

FORTEZZA DA BASSO

Firenze 10-13 maggio 2023

Convegno Nazionale
Associazione Italiana Ingegneri Clinici

Innovazione e accessibilità:

il governo delle tecnologie sanitarie come sfida sociale

IL DISTRETTO

Distretto di circa 100.000 abitanti, con variabilità secondo criteri di densità di popolazione e caratteristiche orografiche del territorio.

La programmazione deve prevedere i seguenti standard:

- almeno 1 Casa della Comunità *hub* ogni 40.000-50.000 abitanti;
- Case della Comunità *spoke* e ambulatori di Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) 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;
- almeno 1 Infermiere di Famiglia o Comunità ogni 2.000 - 3.000 abitanti Tale standard è da intendersi come numero complessivo di Infermieri di Famiglia o Comunità impiegati nei diversi setting assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola;
- almeno 1 Unità di Continuità Assistenziale (1 medico e 1 infermiere) ogni 100.000 abitanti;
- 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore;
- almeno 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 50.000 - 100.000 abitanti.

AIIC 2023

FORTEZZA DA BASSO

Firenze 10-13 maggio 2023

Convegno Nazionale
Associazione Italiana Ingegneri Clinici

Innovazione e accessibilità:

il governo delle tecnologie sanitarie come sfida sociale

LA CASA DI COMUNITA'

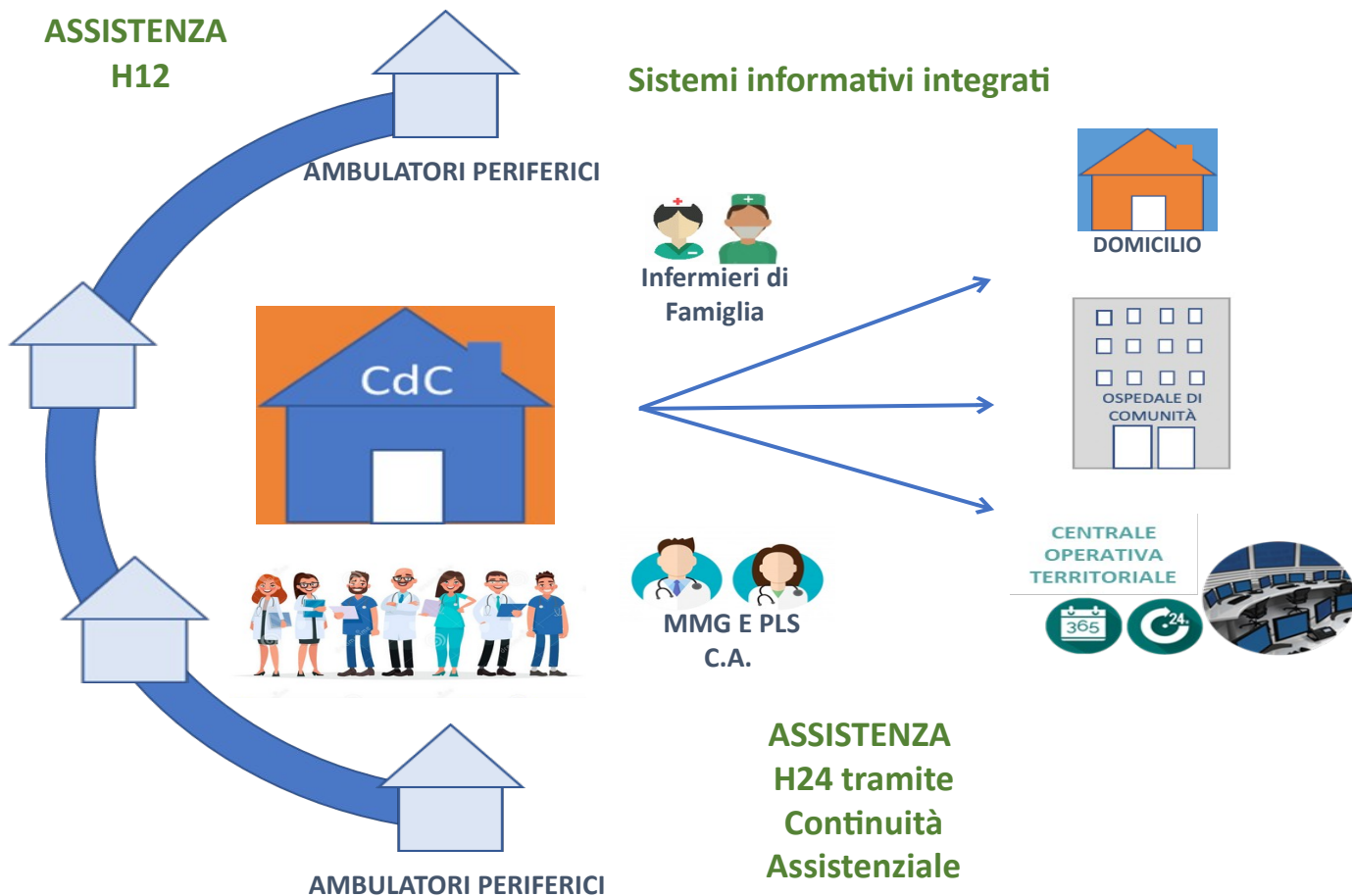
La Casa della Comunità (CdC) è il luogo fisico di riferimento per la comunità su cui insiste, è un luogo di prossimità e di facile individuazione dove la comunità può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria al fine di trovare risposta ad un proprio bisogno di salute. La CdC introduce un modello organizzativo di approccio integrato e multidisciplinare attraverso un'*équipe* multiprofessionale territoriale. Costituisce la sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari.

Standard:

- almeno 1 Casa della Comunità *hub* ogni 40.000-50.000 abitanti;
- Case della Comunità *spoke* e ambulatori di Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) 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, nel pieno rispetto del principio di prossimità. 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; alle Case della Comunità accederanno anche gli specialisti ambulatoriali.

Standard di personale per 1 Casa di Comunità *hub*:

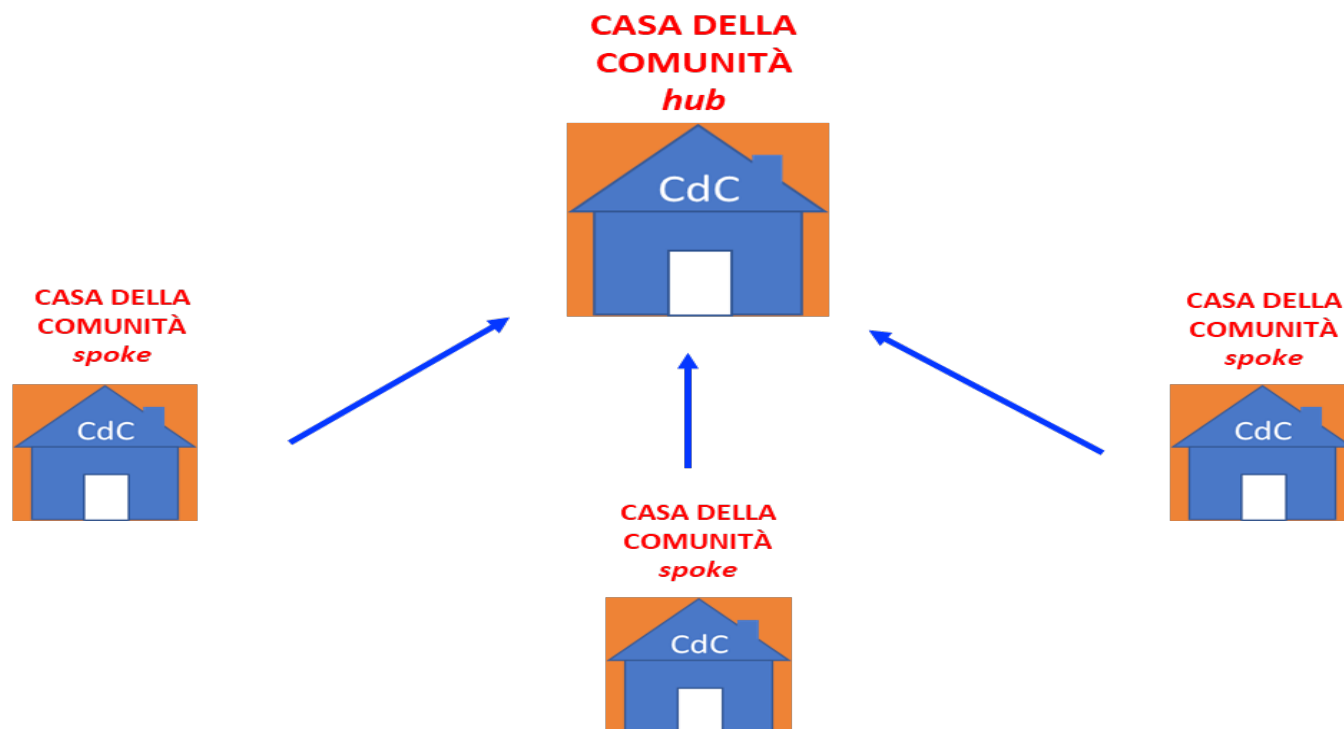
- 7-11 Infermieri, 1 assistente sociale, 5-8 unità di Personale di Supporto, (Sociosanitario, Amministrativo).



- **Organizzazione capillare** su tutto il territorio.
- Una struttura fisica in cui opera un **équipe multiprofessionale** di: MMG, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute e può ospitare anche assistenti sociali.
- Un punto di **referimento continuativo per la popolazione** che, anche attraverso una infrastruttura informatica, un punto prelievi, la strumentazione polispecialistica permette di garantire la presa in carico della comunità di riferimento.

Per rispondere alle differenti esigenze territoriali, garantire equità di accesso, capillarità e prossimità del servizio, si prevede la costituzione di **una rete di assistenza territoriale** formata secondo il **modello *hub&spoke***.

Entrambe propongono un'offerta di servizi costituita da medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali interni, infermieri di famiglia e comunità, altri professionisti sanitari e presenza di tecnologie diagnostiche di base (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, oct, spirometro, ecc.).



CdC realizzate con il PNRR: 1 CdC *hub* ogni 44.000 ab

Regione/PA	Popolazione 01/01/2020 (Fonte: Istat)	Case della Comunità*
Piemonte	4.311.217	90
Valle d'Aosta	125.034	3
Lombardia	10.027.602	203
PA Bolzano	532.644	11
PA Trento	545.425	11
Veneto	4.879.133	99
Friuli Venezia Giulia	1.206.216	25
Liguria	1.524.826	33
Emilia Romagna	4.464.119	91
Toscana	3.692.555	77
Umbria	870.165	18
Marche	1.512.672	31
Lazio	5.755.700	118
Abruzzo	1.293.941	35
Molise	300.516	8
Campania	5.712.143	150
Puglia	3.953.305	106
Basilicata	553.254	15
Calabria	1.894.110	50
Sicilia	4.875.290	131
Sardegna	1.611.621	45
ITALIA	59.641.488	1.350

*Ai sensi dell'articolo 2 comma 6-bis del DL 77/2021 il finanziamento complessivo è stato ripartito attribuendo il 40% delle risorse alle regioni del Mezzogiorno e il 60% alle regioni del Centro-Nord.

Standard minimi CdC

Servizi	Modello Organizzativo	
	CdC hub	CdC spoke
Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multidisciplinari (MMG, PLS, SAI, IFeC, ecc.)	OBBLIGATORIO	
Punto Unico di Accesso	OBBLIGATORIO	
Servizio di assistenza domiciliare di livello base	OBBLIGATORIO	
Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza	OBBLIGATORIO	
Servizi infermieristici	OBBLIGATORIO	
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	OBBLIGATORIO	
Programmi di screening	OBBLIGATORIO	
Partecipazione della Comunità e valorizzazione co-produzione	OBBLIGATORIO	
Collegamento con la CdC hub di riferimento	-	OBBLIGATORIO
Presenza medica	OBBLIGATORIO H24, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
Presenza infermieristica	OBBLIGATORIO H12, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
Servizi diagnostici (finalizzati al monitoraggio della cronicità)	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Continuità Assistenziale	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Punto prelievi	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Servizi Sociali	RACCOMANDATO	
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la NPIA	RACCOMANDATO	
Attività Consultoriali	OBBLIGATORIO	
Vaccinazioni	OBBLIGATORIO	

Standard minimi CdC HUB

- Superficie di circa 800-1000 mq
- 10-15 ambulatori
- un punto prelievo
- spazi per servizi diagnostici di base (ad esempio ultrasuoni, elettrocardiografia, radiologia, spirometria, ecc.).
- punto di accoglienza, sala d'aspetto
- locali di servizio e spogliatoio del personale.

Le strutture deriveranno preferenzialmente da ristrutturazione o rifunzionalizzazione di strutture già esistenti come, ad esempio, strutture territoriali ambulatoriali obsolete o reparti ospedalieri da riconvertire. Qualora queste non fossero disponibili potranno essere costruite da zero.

LOMBARDIA: Sono garantiti, anche attraverso il servizio di telemedicina, i servizi di specialistica ambulatoriale per almeno sei differenti discipline, di cui almeno quattro identificate tra le seguenti in ordine di priorità: cardiologia, pneumologia, diabetologia, neurologia, nefrologia, medicina interna, geriatria, gastroenterologia, oculistica, medicina fisica e riabilitazione?

AIIC 2023

FORTEZZA DA BASSO

Firenze 10-13 maggio 2023

Convegno Nazionale
Associazione Italiana Ingegneri Clinici

Innovazione e accessibilità:

il governo delle tecnologie sanitarie come sfida sociale

IFeC

L'Infermiere di Famiglia o Comunità è la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera, perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona. L'Infermiere di Famiglia o Comunità interagisce con tutti gli attori e le risorse presenti nella comunità formali e informali. L'Infermiere di Famiglia o Comunità non è solo l'erogatore di cure assistenziali, ma diventa la figura che garantisce la risposta assistenziale all'insorgenza di nuovi bisogni sanitari espressi e potenziali che insistono in modo latente nella comunità. È un professionista con un forte orientamento alla gestione proattiva della salute. 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.

Standard:

- almeno 1 Infermiere di Famiglia o Comunità ogni 2.000 - 3.000 abitanti. Tale standard è da intendersi come numero complessivo di Infermieri di Famiglia o Comunità impiegati nei diversi *setting* assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola.

Infermiere di Famiglia e Comunità

L'Infermiere di Famiglia e Comunità è il professionista che mantiene il contatto con l'assistito della propria comunità in cui opera e rappresenta la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità.

Standard: 1 IFeC ogni 2.000 - 3.000 ab

Funzioni:

- Collabora all'**intercettazione del bisogno di salute** (promozione, prevenzione e gestione della salute in tutte le fasce d'età);
- Contribuisce alla programmazione delle attività anche attraverso strumenti di Medicina di Popolazione;
- Favorisce **accessibilità e orientamento ai servizi per l'effettiva presa in carico dell'assistito e l'integrazione sociosanitaria**;
- Valorizza e promuove il **coinvolgimento attivo della persona e del suo caregiver**;
- Promuove il coinvolgimento attivo e consapevole della comunità;
- Promuove **attività di informazione/comunicazione sia sui singoli che in gruppo**;
- Svolge attività di counselling infermieristico e contribuisce ad attività di counselling motivazionale;
- Lavora in forte **integrazione con le reti sociosanitarie e con le risorse della comunità** (associazioni, volontariato, ecc.), e con il **MMG, PLS e altri professionisti sanitari**;
- Utilizza sistematicamente strumenti digitali e di telemedicina e teleassistenza.

AIIC 2023

FORTEZZA DA BASSO

Firenze 10-13 maggio 2023

Convegno Nazionale
Associazione Italiana Ingegneri Clinici

Innovazione e accessibilità:

il governo delle tecnologie sanitarie come sfida sociale

USCA

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.

Standard:

- 1 Medico e 1 Infermiere ogni 100.000 abitanti.

Equipe mobile distrettuale per la gestione di condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e di comprovata difficoltà operativa di presa in carico sia a carico di individui che a carico di comunità

Standard : almeno 1 medico e 1 infermiere ogni 100.000 ab

Funzioni:

Prevista dalla normativa di gestione dell'emergenza sanitaria:

- **Supporta - per un tempo definito - professionisti responsabili della presa in carico** del paziente e della comunità;
- Attivata per **condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità** e comprovata difficoltà operativa di presa in carico;
- Può usufruire del supporto a distanza (teleconsulto) di specialisti del territorio ed ospedalieri;
- Dotata di un sistema integrato comprendente una moderna infrastruttura di **telemedicina** collegata alle Centrali Operative Territoriali;
- Sede operativa: CdC *hub*

AIIC 2023

FORTEZZA DA BASSO

Firenze 10-13 maggio 2023

Convegno Nazionale
Associazione Italiana Ingegneri Clinici

Innovazione e accessibilità:

il governo delle tecnologie sanitarie come sfida sociale

LA COT

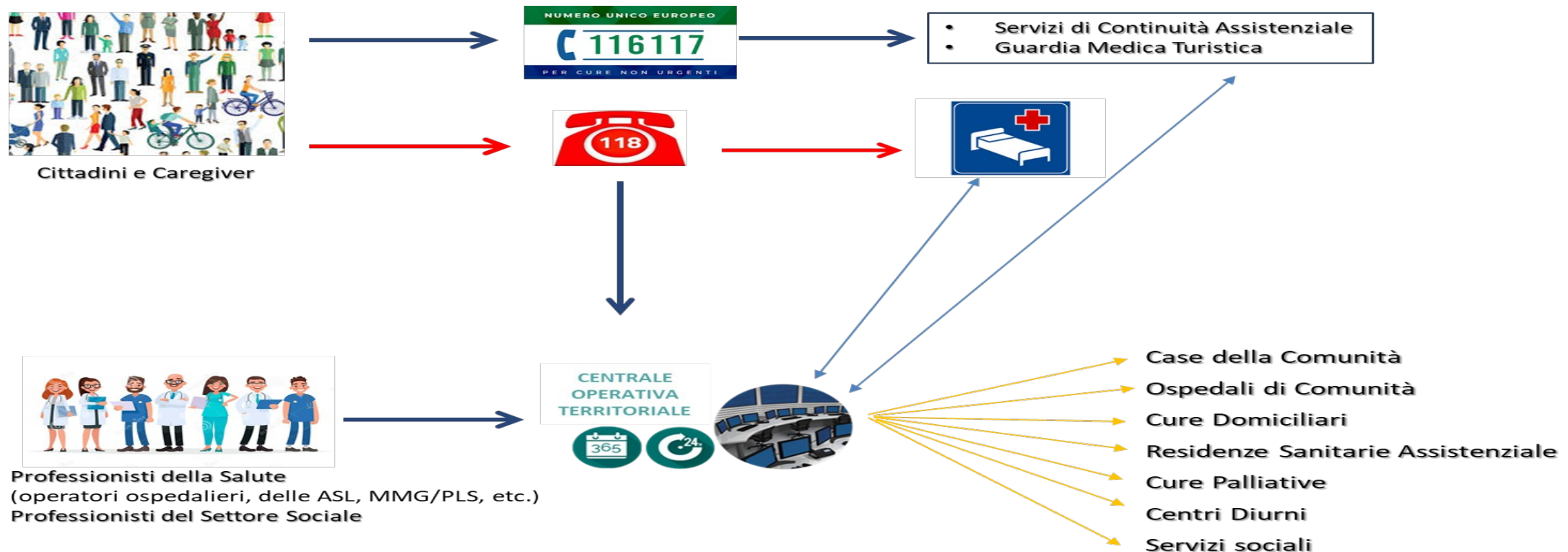
La Centrale Operativa Territoriale (COT) è un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi *setting* assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialogo con la rete dell'emergenza-urgenza.

Standard:

- 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore.
- Standard di personale di 1 COT per 100.000 abitanti: 5-6 Infermieri, 1-2 unità di Personale di Supporto (Si rinvia alla relazione tecnica all'articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021, n. 234).

Centrale Operativa Territoriale

La **Centrale Operativa Territoriale** è un modello organizzativo innovativo 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.



Regione/PA	Popolazione 01/01/2020 (Fonte: Istat)	Centrali Operative Territoriali
Piemonte	4.311.217	43
Valle d'Aosta	125.034	1
Lombardia	10.027.602	101
PA Bolzano	532.644	5
PA Trento	545.425	5
Veneto	4.879.133	49
Friuli-Venezia Giulia	1.206.216	12
Liguria	1.524.826	15
Emilia Romagna	4.464.119	45
Toscana	3.692.555	37
Umbria	870.165	9
Marche	1.512.672	15
Lazio	5.755.700	59
Abruzzo	1.293.941	13
Molise	300.516	3
Campania	5.712.143	58
Puglia	3.953.305	40
Basilicata	553.254	6
Calabria	1.894.110	19
Sicilia	4.875.290	49
Sardegna	1.611.621	16
ITALIA	59.641.488	600

Modello organizzativo nella Riforma

La COT deve essere **operativa 7 giorni su 7** e deve essere **dotata di adeguate infrastrutture tecnologiche ed informatiche** quali ad esempio **piattaforma comune integrata con i principali applicativi di gestione aziendale**, software con accesso al FSE e ai principali database aziendali, software di registrazione delle chiamate. Al fine di garantire un accesso alla totalità dei servizi disponibili sul territorio, nonché ad affrontare situazioni complesse o di emergenza, è fondamentale che la COT, a livello regionale, usufruisca di un sistema informativo condiviso e interconnesso con la CO Regionale 116117.



AIIC 2023

FORTEZZA DA BASSO

Firenze 10-13 maggio 2023

Convegno Nazionale
Associazione Italiana Ingegneri Clinici

Innovazione e accessibilità:

il governo delle tecnologie sanitarie come sfida sociale

ASSISTENZA DOMICILIARE

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.

Standard:

- 10% della popolazione over 65 da prendere in carico progressivamente.

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017

Articolo 22 – Cure domiciliari:

Comma 1 - Il **Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità**, con patologie in atto o esiti delle stesse, **percorsi assistenziali a domicilio costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari** per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita. L'azienda sanitaria locale assicura la continuità tra le fasi di assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio.

Comma 3 - In relazione al bisogno di salute dell'assistito ed al livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale, le cure domiciliari, si articolano nei seguenti livelli:

Livello	Coefficiente Intensità Assistenziale (CIA)
Cure domiciliari di livello base	$CIA < 0,14$
ADI di I livello	$0,14 < CIA < 0,30$
ADI di II livello	$0,31 < CIA < 0,50$
ADI di III livello	$CIA > 0,50$

CIA = GEA/GdC

GEA: giornate di effettiva assistenza nelle quali è stato effettuato almeno un accesso domiciliare

GdC: giornate di cura dalla data della presa in carico alla cessazione del programma

Standard da Riforma: 10% della popolazione over 65

Metodologia:

Lo standard è stato costruito tenendo conto delle esperienze regionali più virtuose, come Emilia-Romagna e Veneto. Un'analisi di dettaglio della popolazione in assistenza domiciliare di queste 2 regioni ha permesso di ripartire la popolazione italiana over 65 nei seguenti livelli di intensità assistenziale:

- 60% in cure domiciliari di base (484.782 persone) ;
- 20% in cure domiciliari integrate di I livello (161.594 persone);
- 10% in cure domiciliari integrate di II livello (80.797 persone);
- 4% in Cure domiciliari integrate di III livello (32.319 persone);
- 6% in Cure palliative domiciliari (48.478 persone).

Per raggiungere lo standard del 10% della popolazione italiana over 65 è stato calcolato l'incremento delle prese in carico in Assistenza Domiciliare sulle proiezioni di popolazione over 65 al 2026.

Standard da Riforma: 10% della popolazione over 65

	Popolazione over 65 attuale	Assistiti over 65 con PIC erogate (SIAD 2019)	% utenti trattati nel 2019	Target Popolazione >65 anni presa in carico al 10% al 2026	Numero pazienti da incrementare per raggiungere il target del 10%
ITALIA	13.859.090	701.844	5,1%	1.509.814	807.970

Modello organizzativo:

Il servizio di assistenza domiciliare è garantito attraverso la presenza di **personale sanitario** (infermieri, OSS, tecnici e medici) **7 giorni su 7 e 24 ore su 24 nelle modalità indicate dalla normativa nazionale e regionale vigente ivi compresi i servizi di telemedicina nelle modalità e forme previste**. La programmazione degli accessi dei professionisti sanitari a domicilio dovrà essere sviluppata nell'arco dell'intera settimana, tenendo conto della complessità clinico-assistenziale dei pazienti.

AIIC 2023

FORTEZZA DA BASSO

Firenze 10-13 maggio 2023

Convegno Nazionale
Associazione Italiana Ingegneri Clinici

Innovazione e accessibilità:

il governo delle tecnologie sanitarie come sfida sociale

L'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.

Standard:

- almeno 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 50.000 - 100.000 abitanti;
- 0,4 posti letto per 1000 abitanti da attuarsi in modo progressivo secondo la programmazione regionale.

Standard di personale per 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto:

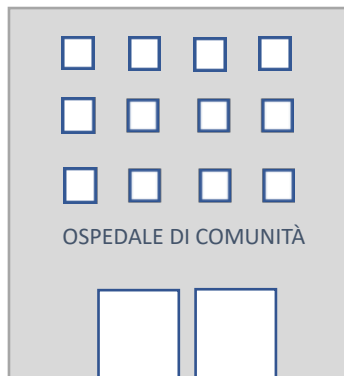
- 9 Infermieri, 6 Operatori Sociosanitari, almeno 1-2 unità di Altro personale sanitario e un Medico per almeno 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7.

Ospedale di Comunità

Standard previsti da Intesa Stato-Regioni del 20 febbraio 2020:

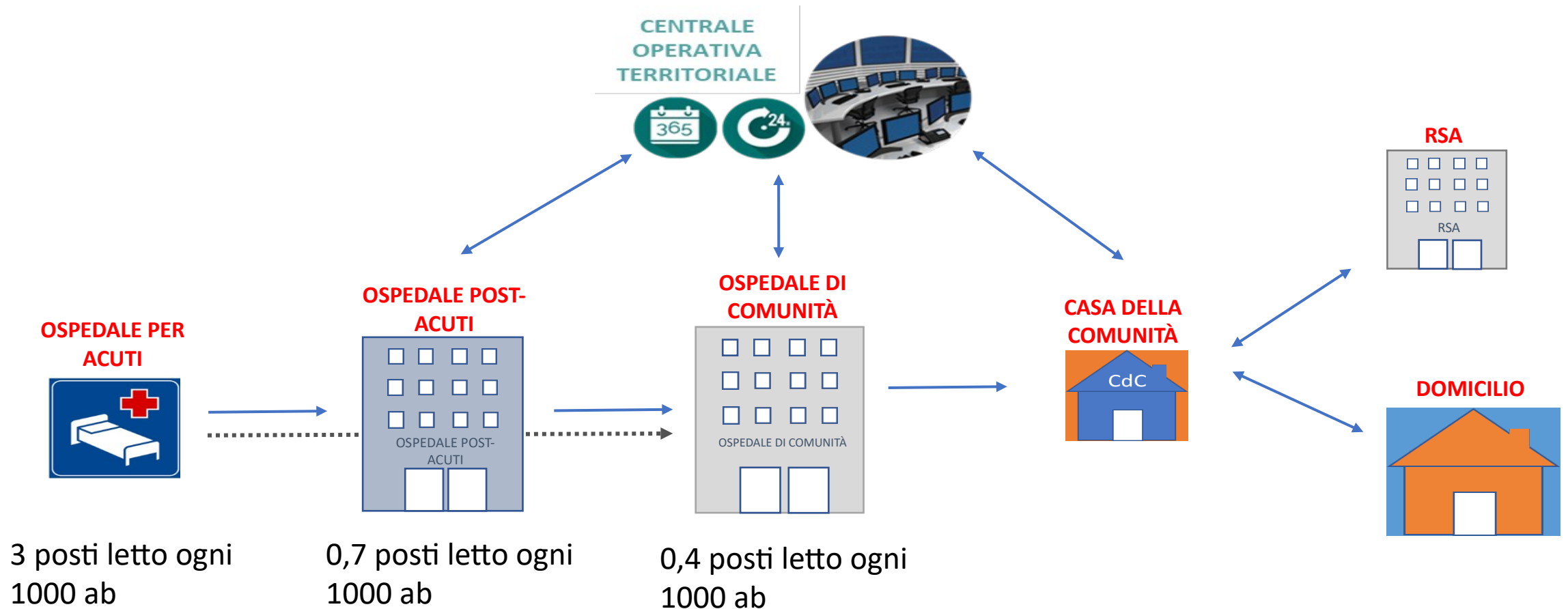
- **Strutture sanitarie** della rete territoriale a **ricovero breve** e destinati a pazienti che necessitano interventi sanitari a **bassa intensità clinica**.
- Strutture intermedie tra la rete territoriale e l'ospedale, di norma dotati di 20 posti letto (max. 40 posti letto).
- Struttura a **gestione prevalentemente infermieristica**.

OSPEDALE DI COMUNITÀ



Ospedale di Comunità

Standard: 1 OdC (20 PL) ogni 50.000-100.000 abitanti



Standard minimo di personale negli Ospedali di Comunità

Ipotizzando un numero di posti letto pari a 20 per ciascun Ospedale di Comunità, sulla base di quanto previsto dalla normativa nazionale e delle indicazioni provenienti da evidenze regionali¹, si prevede di impiegare le figure professionali come nella tabella di seguito riportata.

Tipologia di personale	Numero di personale medio per struttura
Medico	4 ore/die 7 giorni la settimana
Infermiere	9
Operatore socio-sanitario	6

¹ Intesa Stato-Regioni del 20/02/2020; Regione Veneto DGR 2718 del 24 dicembre 2012

Caratteristiche minime che deve avere un Ospedale di Comunità:

- Superficie di circa 1000-1200 mq
- Da 15 a 20 posti letto (camere da 2 posti letto con bagno)
- un ambulatorio
- ingresso, spazio attesa visitatori
- locale di lavoro del personale
- spogliatoio del personale
- depositi sporco/pulito
- locale per la riabilitazione
- servizi igienici, connettivi e locali tecnici per impianti e altri servizi generali.

Le strutture deriveranno preferenzialmente da ristrutturazione o rifunzionalizzazione di strutture già esistenti come, ad esempio, strutture territoriali ambulatoriali obsolete o reparti ospedalieri da riconvertire. Qualora queste non fossero disponibili potranno essere costruite da zero.

Per le caratteristiche strutturali, tecnologiche e organizzative dei diversi ambienti la struttura dovrà rispettare i requisiti generali ospedalieri da DPR 14/01/1997.

¹Il costo di realizzazione di ciascuna OdC è circa 2,5 milioni di €.

Quanti OdC?

Regione/PA	Popolazione (01/01/2020)	PL OdC da standard (20 p.l. ogni 50.000 ab.)	PL OdC attivi in Regione	PL OdC da realizzare con fondo recovery	OdC da realizzare con fondo recovery*	Posti letto OdC attivi nel 2026
Piemonte	4.311.217	1.724	30	520	27	550
Valle d'Aosta	125.034	50	0	20	1	20
Lombardia	10.027.602	4.011	467	1.220	60	1.687
PA Bolzano	532.644	213	0	60	3	60
PA Trento	545.425	218	0	60	3	60
Veneto	4.879.133	1.952	1.426	600	30	2.026
Friuli-Venezia Giulia	1.206.216	482	0	160	7	160
Liguria	1.524.826	610	20	180	10	200
Emilia Romagna	4.464.119	1.786	359	540	27	899
Toscana	3.692.555	1.477	245	460	23	705
Umbria	870.165	348	0	100	5	100
Marche	1.512.672	605	616	180	9	796
Lazio	5.755.700	2.302	0	700	35	700
Abruzzo	1.293.941	518	0	200	10	200
Molise	300.516	120	0	40	2	40
Campania	5.712.143	2.285	0	900	45	900
Puglia	3.953.305	1.581	0	620	31	620
Basilicata	553.254	221	0	100	5	100
Calabria	1.894.110	758	0	300	15	300
Sicilia	4.875.290	1.950	0	780	39	780
Sardegna	1.611.621	645	0	260	13	260
ITALIA	59.641.488	23.857	3.163	8.000	400	11.163

*Ai sensi dell'articolo 2 comma 6-bis del DL 77/2021 il finanziamento complessivo è stato ripartito attribuendo il 40% delle risorse alle regioni del Mezzogiorno e il 60% alle regioni del Centro-Nord.

AIIC 2023
FORTEZZA DA BASSO
Firenze 10-13 maggio 2023

Convegno Nazionale
Associazione Italiana Ingegneri Clinici
Innovazione e accessibilità:
il governo delle tecnologie sanitarie come sfida sociale

CONSULTORI

Il Consultorio Familiare è la struttura aziendale a libero accesso e gratuita, deputata alla prevenzione, promozione della salute, consulenza e cura rivolte alla donna, al minore, alla famiglia in senso ampio, in linea con le evoluzioni sociali correnti e al contesto comunitario di riferimento dei predetti.

Standard:

- Almeno 1 consultorio ogni 20.000 abitanti con la possibilità di 1 ogni 10.000 nelle aree interne e rurali. L'attività consultoriale può svolgersi all'interno delle Case della Comunità, privilegiando soluzioni logistiche che tutelino la riservatezza.

Standard

Almeno 1 consultorio ogni 20.000 ab con possibilità di 1 ogni 10.000 nelle aree interne e rurali

Struttura aziendale **a libero accesso e gratuita**, deputata alla **prevenzione, promozione della salute, consulenza e cura rivolte alla donna, al minore, alla famiglia in senso ampio**, in linea con le evoluzioni sociali correnti e al contesto comunitario di riferimento dei predetti.

L'attività consultoriale può svolgersi all'interno delle Case della Comunità, privilegiando soluzioni logistiche che tutelino la riservatezza.



AIIC 2023

FORTEZZA DA BASSO

Firenze 10-13 maggio 2023

Convegno Nazionale
Associazione Italiana Ingegneri Clinici

Innovazione e accessibilità:

il governo delle tecnologie sanitarie come sfida sociale

TELEMEDICINA

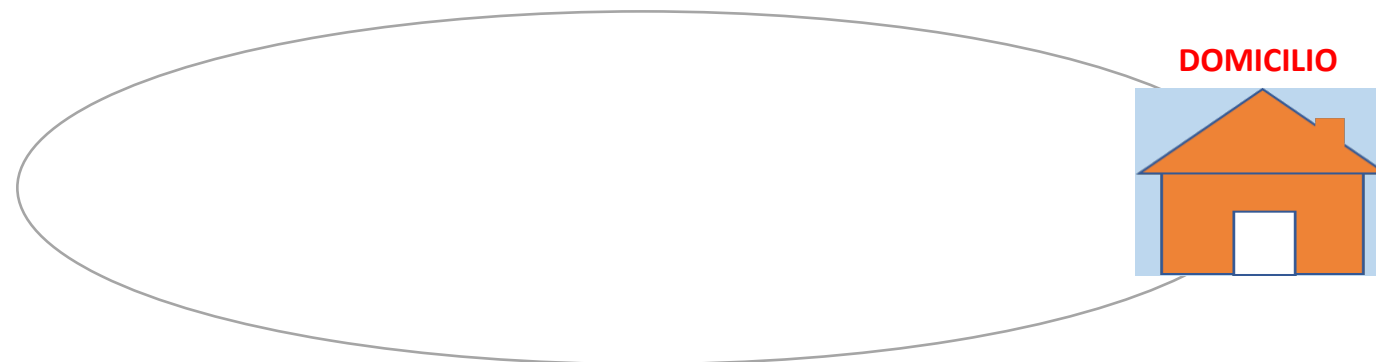
La telemedicina è una modalità di erogazione di servizi e prestazioni assistenziali sanitarie sociosanitarie a rilevanza sanitaria a distanza, abilitata dalle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, e utilizzata da un professionista sanitario per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti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

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.

La telemedicina a supporto dei pazienti con patologie croniche

Obiettivi:

1. Contribuire a ridurre la variabilità geografica dell'assistenza territoriale, grazie all'**armonizzazione degli standard di cura garantiti dalla tecnologia**;
2. Garantire una **migliore "esperienza di cura" per i cittadini**;
3. Migliorare i livelli di efficienza dei sistemi sanitari regionali, attraverso approcci di **cura domiciliare e protocolli di monitoraggio da remoto dei pazienti**.



Metodologia:

- Finanziamento di Progetti di Telemedicina che verranno implementati a livello regionale
- Selezione dei Progetti sarà rivolta a quei progetti che mireranno:
 - all'integrazione delle soluzioni proposte con il Fascicolo Sanitario Elettronico;
 - al raggiungimento di target quantitativi di performance legati ai principali obiettivi della telemedicina definiti a livello nazionale;
 - progettati a supporto del nuovo modello di organizzazione territoriale.

- Durata del progetto **2 anni**;
- Raggiungimento di un **target numerico** minimo di popolazione;
- **Monitoraggio periodico e misurazione** dei risultati attraverso indicatori anche calcolabili attraverso flussi informativi già attivi.

Marzo 2022:

Publicazione modalità di finanziamento e presentazione Progetti Telemedicina

Settembre 2023:

Partenza Progetti Telemedicina

Settembre 2025:

Termine finanziamento Progetti Telemedicina e rendicontazione dei risultati

Tante tipologie di telemedicina

Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

Missione 6: Salute Componente 1 (M6C1): Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale

Investimento 1.2.1 Assistenza Domiciliare

**LINEE GUIDA ORGANIZZATIVE CONTENENTI IL MODELLO DIGITALE
PER L'ATTUAZIONE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE
(Milestone EU M6C1-4)**

tèle- [dal gr. τηλε-, τῆλε «lontano»]. – 1. Primo elemento compositivo di numerose parole, quasi tutte di formazione moderna, del linguaggio scientifico e tecnico, che significa in genere «da lontano» e si riferisce a operazioni che avvengono a distanza, a visione o trasmissione di segnali e immagini a grande distanza, e sim. Dei composti già presenti in

Qualsiasi atto medico, assistenziale o riabilitativo che non preveda la **contemporanea** presenza **nello stesso ambiente** di professionista sanitario e paziente.

TIPOLOGIA DI SERVIZIO DI TELEMEDICINA	ATTORI				
	MMG/PLS/ Medico del Distretto/ Specialista	Equipe delle cure domiciliari o Professionista sanitario	COT/Centrale operativa ADI ove esistente	Centro Servizi per la telemedicina ove esistente	Paziente a domicilio
<i>Televisita</i>	R - P - E	<i>Non necessariamente C</i>	A	C	C
<i>Teleconsulto medico</i>	R - P - A - E	<i>Non necessariamente C</i>	A	C	<i>Non necessariamente C</i>
<i>Teleconsulenza medico - sanitaria</i>	R - P - A - E	R - A - E	A	C	<i>Non necessariamente C</i>
<i>Teleassistenza</i>	<i>Non necessariamente R - P</i>	R - A - E	A	C	C
<i>Telemonitoraggio</i>	R - P	S	A	C - E	C
<i>Telecontrollo</i>	R - P	S	A	C - E	C
<i>Teleriabilitazione</i>	R - P	R - A - E	A	C	C

Assistenza domiciliare



Grande impulso in occasione della pandemia COVID

È considerata la telemedicina «per antonomasia»

PNRR: Casa come primo luogo di cura

Vantaggi:

Tecnologia matura

Differenti Caregiver possibili (IFeC, MMG, laici)

Aspetti critici:

- Piattaforme informatiche disomogenee
- Rischio di dispositivi inaffidabili
- Necessità di costruire un'organizzazione efficiente

«La valigetta del caregiver»:

Saturimetro (50-70 €)

Sfigmomanometro (100 €)

Termometro (50 €)

Bilancia con impedenziometria (150 €)

Spirometro palmare (1000 €)

ECG 12 derivazioni (1.500 €)

Glucometro (500 €)

Tablet (600 €)

Valigetta Evoluta:

Ecografo palmare (1-2 sonde, 5.000 €)

RX domiciliare:

Portatile per grafia da valigia (40-60.000 €)



AIIC 2023

FORTEZZA DA BASSO

Firenze 10-13 maggio 2023

Convegno Nazionale
Associazione Italiana Ingegneri Clinici

Innovazione e accessibilità:

il governo delle tecnologie sanitarie come sfida sociale

PROCEDURE DI ACQUISIZIONE

TITOLO I - I PRINCIPI GENERALI

Art. 1. (Principio del risultato)

1. Le stazioni appaltanti e gli enti concedenti perseguono il risultato dell'affidamento del contratto e della sua esecuzione **con la massima tempestività** e il migliore rapporto possibile tra qualità e prezzo, nel rispetto dei principi di legalità, trasparenza e concorrenza.
 2. La concorrenza tra gli operatori economici è funzionale a conseguire il miglior risultato possibile nell'affidare ed eseguire i contratti. La trasparenza è funzionale alla massima semplicità e celerità nella corretta applicazione delle regole del presente decreto, di seguito denominato «codice» e ne assicura la piena verificabilità.
 3. Il principio del risultato costituisce attuazione, nel settore dei contratti pubblici, del principio del buon andamento e dei correlati principi di **efficienza, efficacia ed economicità**. Esso è perseguito nell'interesse della comunità e per il raggiungimento degli obiettivi dell'Unione europea.
 4. Il principio del risultato costituisce **criterio prioritario per l'esercizio del potere discrezionale** e per l'individuazione della regola del caso concreto, nonché per:
 - a) valutare la responsabilità del personale che svolge funzioni amministrative o tecniche nelle fasi di programmazione, progettazione, affidamento ed esecuzione dei contratti;
 - b) attribuire gli incentivi secondo le modalità previste dalla contrattazione collettiva.
1. Il presente codice disciplina i contratti di appalto e di concessione delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori aventi ad oggetto l'acquisizione di servizi, forniture, lavori e opere, nonché i concorsi pubblici di progettazione.

Art. 2. (Principio della fiducia)

1. L'attribuzione e l'esercizio del potere nel settore dei contratti pubblici si fonda sul principio della **reciproca fiducia nell'azione legittima, trasparente e corretta dell'amministrazione, dei suoi funzionari e degli operatori economici**.
2. Il principio della fiducia favorisce e valorizza **l'iniziativa e l'autonomia decisionale** dei funzionari pubblici, con particolare riferimento alle valutazioni e alle scelte per l'acquisizione e l'esecuzione delle prestazioni secondo il principio del risultato.
3. Nell'ambito delle attività svolte nelle fasi di programmazione, progettazione, affidamento ed esecuzione dei contratti, ai fini della responsabilità amministrativa costituisce colpa grave la violazione di norme di diritto e degli auto-vincoli amministrativi, nonché la palese violazione di regole di prudenza, perizia e diligenza e l'omissione delle cautele, verifiche ed informazioni preventive normalmente richieste nell'attività amministrativa, in quanto esigibili nei confronti dell'agente pubblico in base alle specifiche competenze e in relazione al caso concreto. Non costituisce colpa grave la violazione o l'omissione determinata dal riferimento a indirizzi giurisprudenziali prevalenti o a pareri delle autorità competenti.
4. Per promuovere la fiducia nell'azione legittima, trasparente e corretta dell'amministrazione, le stazioni appaltanti e gli enti concedenti adottano azioni per la **copertura assicurativa dei rischi per il personale**, nonché per riqualificare le stazioni appaltanti e per rafforzare e dare valore alle capacità professionali dei dipendenti, compresi i piani di formazione di cui all'articolo 15, comma 7.

Art. 3. (Principio dell'accesso al mercato)

1. Le stazioni appaltanti e gli enti concedenti favoriscono, secondo le modalità indicate dal codice, l'accesso al mercato degli operatori economici nel rispetto dei principi di **concorrenza**, di **imparzialità**, di **non discriminazione**, di **pubblicità e trasparenza**, di **proporzionalità**

Procedure sotto soglia

Art. 50. (Procedure per l'affidamento)

1. Salvo quanto previsto dagli articoli 62 e 63 (*centrali di committenza*), le stazioni appaltanti **procedono** all'affidamento dei contratti di lavori, servizi e forniture di importo inferiore alle soglie di cui all'articolo 14 con le seguenti modalità:

...

b) affidamento diretto dei servizi e forniture, ivi compresi i servizi di ingegneria e architettura e l'attività di progettazione, di importo inferiore a 140.000 euro, anche senza consultazione di più operatori economici, assicurando che siano scelti soggetti in possesso di documentate esperienze pregresse idonee all'esecuzione delle prestazioni contrattuali, anche individuati tra gli iscritti in elenchi o albi istituiti dalla stazione appaltante;

...

e) procedura negoziata senza bando, previa consultazione di almeno cinque operatori economici, ove esistenti, individuati in base ad indagini di mercato o tramite elenchi di operatori economici, per l'affidamento di servizi e forniture, ivi compresi i servizi di ingegneria e architettura e l'attività di progettazione, di importo pari o superiore a 140.000 euro e fino alle soglie di cui all'articolo 14.

AFFIDAMENTO DIRETTO

- È la procedura **ordinaria** per le acquisizioni < 140.000 € (+iva)
- NON è una scappatoia al Codice
- Il legislatore ha voluto dotare le S.A. di uno strumento agile
- Chi adotta la negoziata sotto i 140.000 € deve motivarne la scelta, alla luce anche dei maggiori tempi e costi per la PA
- Purché l'affidamento sia debitamente motivato e le motivazioni siano logiche, è quasi impossibile trovarsi un ricorso al TAR
- Vale il criterio di rotazione (solo se la concorrenza è stata in qualche modo limitata!)
- NON devono essere previsti punteggi sulla valutazione (né qualitativa né economica), ma bisogna indicare quali criteri si seguiranno per la scelta, ad es:
 - *Si procederà all'aggiudicazione con affidamento diretto, a seguito di negoziazione svolta sulla base dei seguenti elementi, indicati in ordine decrescente di importanza:*
 - *Caratteristiche tecnico funzionali, con particolare riferimento a:*
 1. *tipologia dei parametri rilevabili nella configurazione offerta;*
 2. *ergonomia e facilità d'uso;*
 3. *caratteristiche del software di analisi;*
 - *Prezzo e costi del ciclo di vita.*

AFFIDAMENTO DIRETTO: QUANTE OFFERTE?

Linee Guida n. 4 - Procedure per l'affidamento dei contratti pubblici di importo inferiore alle soglie di rilevanza comunitaria, indagini di mercato e formazione e gestione degli elenchi di operatori economici

NB: non più attuali!



Art 49. (Principio di rotazione degli affidamenti)

1. Gli affidamenti di cui alla presente Parte avvengono nel rispetto del principio di rotazione.
2. In applicazione del principio di rotazione è vietato l'affidamento o l'aggiudicazione di un appalto al contraente uscente nei casi in cui due consecutivi affidamenti abbiano a oggetto una commessa rientrante nello stesso settore merceologico, oppure nella stessa categoria di opere, oppure nello stesso settore di servizi.
3. La stazione appaltante può ripartire gli affidamenti in fasce in base al valore economico. In tale caso il divieto di affidamento o di aggiudicazione si applica con riferimento a ciascuna fascia, fatto salvo quanto previsto dai commi 4, 5 e 6.
4. In casi motivati con riferimento alla struttura del mercato e alla effettiva assenza di alternative, nonché di accurata esecuzione del precedente contratto, il contraente uscente può essere reinvitato o essere individuato quale affidatario diretto.
5. **Per i contratti affidati con le procedure di cui all'articolo 50, comma 1, lettere c), d) ed e) (*procedure negoziate*), le stazioni appaltanti non applicano il principio di rotazione quando l'indagine di mercato sia stata effettuata senza porre limiti al numero di operatori economici** in possesso dei requisiti richiesti da invitare alla successiva procedura negoziata.
6. È comunque consentito derogare all'applicazione del principio di rotazione per gli affidamenti diretti di importo inferiore a 5.000 euro.

Come gestisco l'affidamento diretto?

AFFIDAMENTO STANDARD (durata: 20-30 gg da richiesta a provvedimento)

1. Richiesta preventivi e valutazione nella stessa procedura su piattaforma telematica CIG=120%
2. Invito a 1/2 OE con visibilità di tutta la documentazione agli iscritti sulla piattaforma (**no rotazione?**)
 3. Valutazione in base a criteri con priorità decrescente (no punteggi)

CARATTERISTICHE INCERTE (durata: 40 gg da richiesta a provvedimento)

1. Richiesta preventivi visibile a tutti su piattaforma con possibilità di configurazioni/modelli diversi
 2. Valutazione prodotto migliore e eventuali richieste di integrazione delle offerte
 3. Procedura di affidamento su piattaforma (non visibile) ad 1 solo OE (**no rotazione?**)

RIPETIZIONE PROBABILE (durata: 20-30 gg da richiesta a provvedimento) come Affidamento Standard, ma:

1. CIG più alto (almeno 3-4 volte il valore di quanto compro subito, purché < 139.000 €)
2. Clausola mantenimento prezzi per 24/36 mesi fino ad un quantitativo max = CIG

AFFIDAMENTO URGENTE (durata: 7 gg da richiesta a provvedimento. Ordine anche prima)

1. Richiesta telefonica preventivi di massima e disponibilità pronta consegna
 2. Procedura di affidamento su piattaforma telematica CIG=120%
 3. Invito a 1 solo OE (rotazione alla procedura successiva)