



*Napoli 8 Luglio 2022*

## ***BUONE PRATICHE DEL PONGOV AL SERVIZIO DEL PNRR***

Francesco Enrichens – [Agenas](#)  
Project Manager PONGOV ICT e Cronicità  
[enrichens@agenas.it](mailto:enrichens@agenas.it)

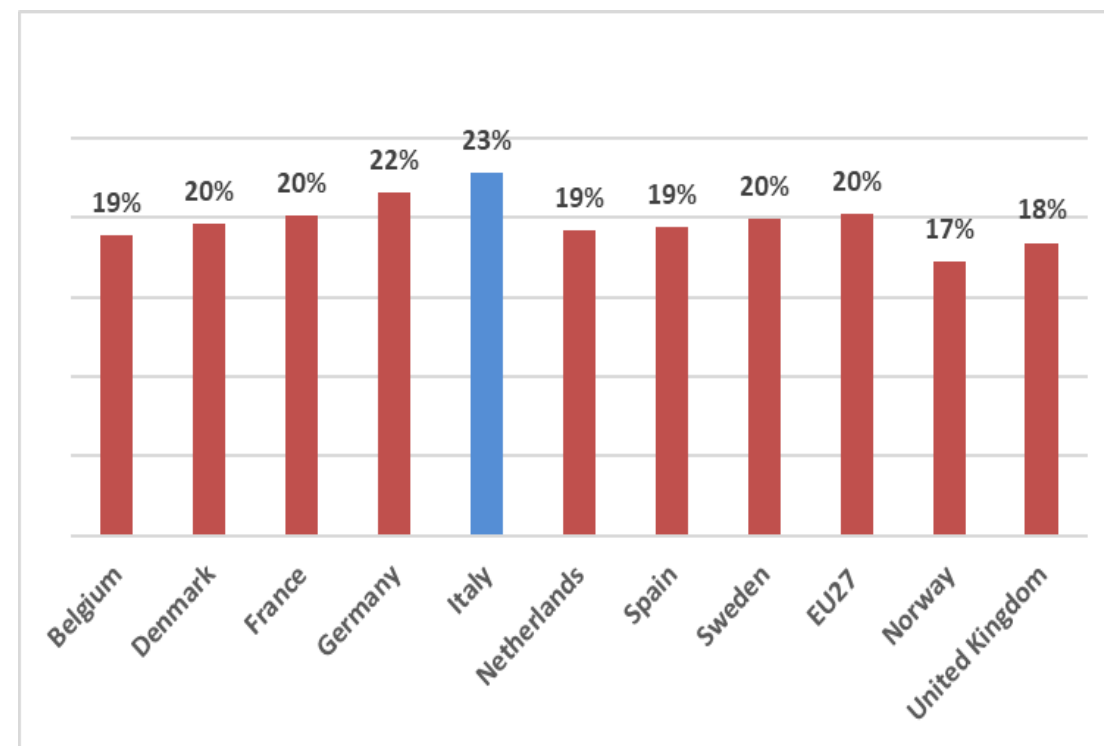
# Il contesto di riferimento

- 60 milioni popolazione Italia:
  - 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).

**Nel 2019 la spesa sanitaria per l'assistenza alle persone con cronicità è stata di circa 67 miliardi di euro**

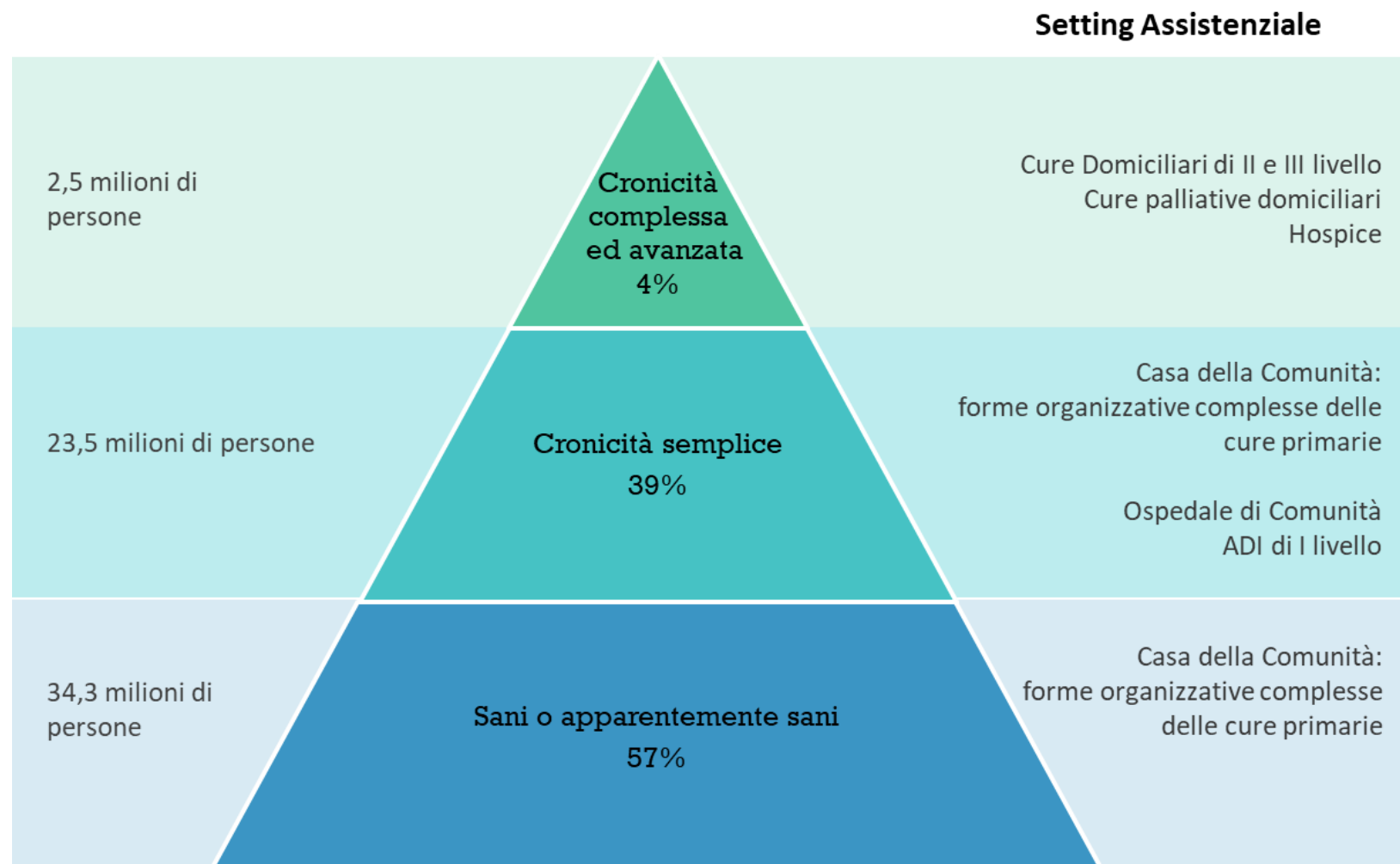
## Il contesto di riferimento: Popolazione e over 65

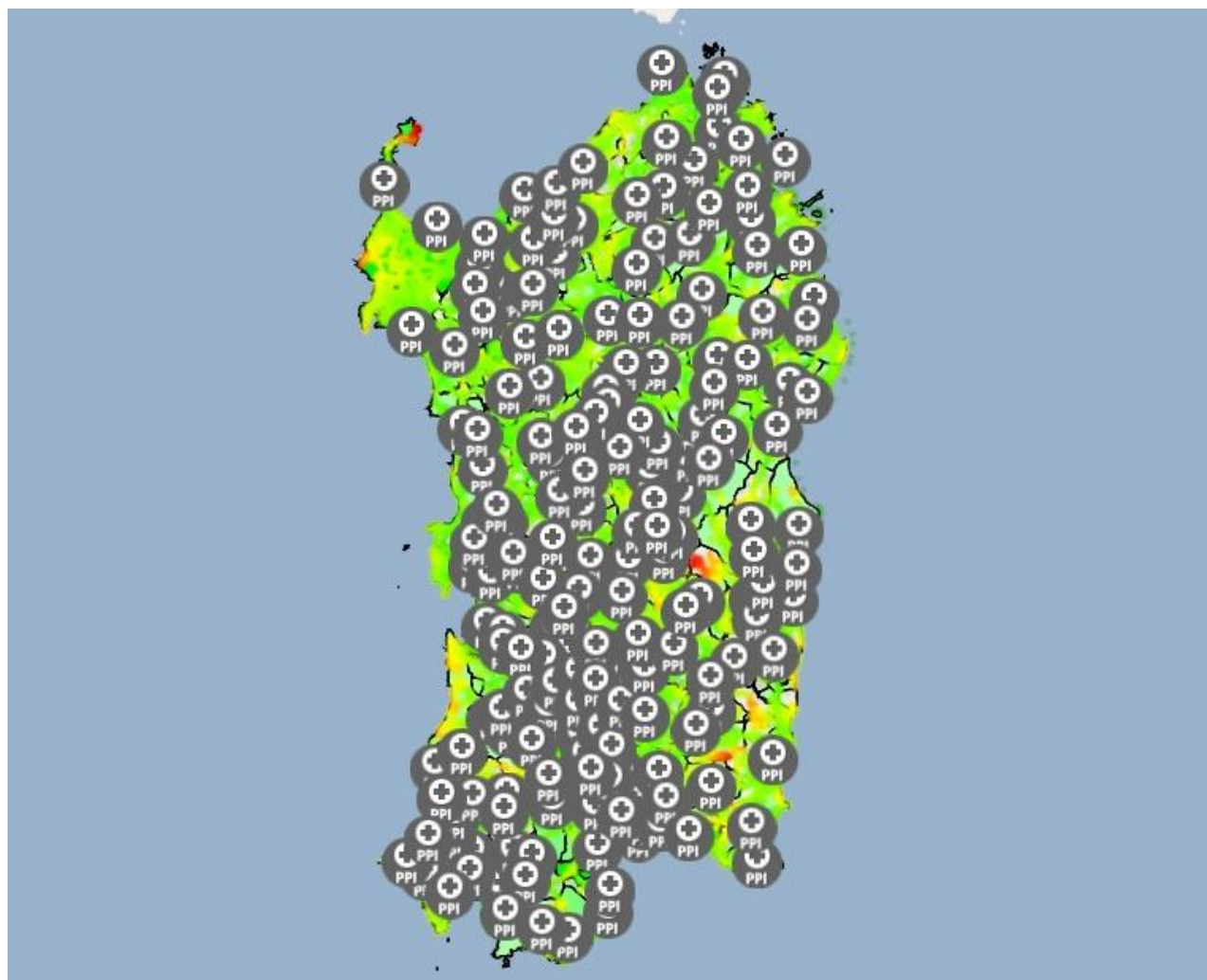
Regione/PA	Popolazione residente 01.01.2020 post censimento	Popolazione over-65 01.01.2020 post censimento	% Pop. over-65 01.01.2020 post censimento	Stima popolazione over-65 2031
Piemonte	4.311.217	1.115.960	26%	1.263.644
Valle d'Aosta	125.034	30.309	24%	35.620
Lombardia	10.027.602	2.295.835	23%	2.772.126
PA Bolzano	532.644	105.656	20%	136.653
PA Trento	545.425	122.248	22%	152.803
Veneto	4.879.133	1.135.667	23%	1.389.755
Friuli Venezia Giulia	1.206.216	319.905	27%	361.639
Liguria	1.524.826	438.344	29%	475.792
Emilia Romagna	4.464.119	1.079.476	24%	1.259.051
Toscana	3.692.555	950.428	26%	1.083.586
Umbria	870.165	225.810	26%	259.072
Marche	1.512.672	381.026	25%	438.542
Lazio	5.755.700	1.276.877	22%	1.575.490
Abruzzo	1.293.941	314.288	24%	369.861
Molise	300.516	75.887	25%	87.022
Campania	5.712.143	1.099.634	19%	1.391.656
Puglia	3.953.305	891.842	23%	1.079.370
Basilicata	553.254	130.001	23%	155.068
Calabria	1.894.110	419.874	22%	509.644
Sicilia	4.875.290	1.056.210	22%	1.274.852
Sardegna	1.611.621	393.813	24%	487.264
<b>ITALIA</b>	<b>59.641.488</b>	<b>13.859.090</b>	<b>23%</b>	<b>16.558.492</b>



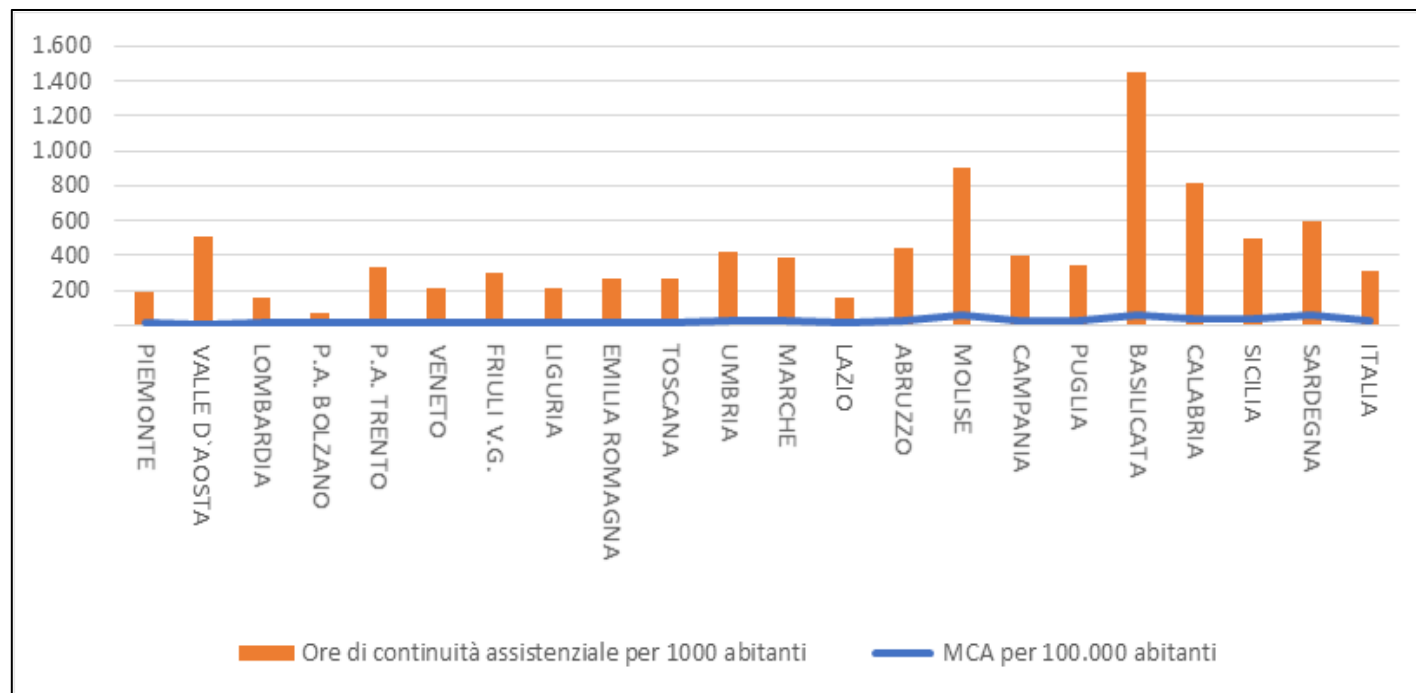
Fonte: OECD. Health at a Glance: 2020

## L'assistenza per bisogni assistenziali





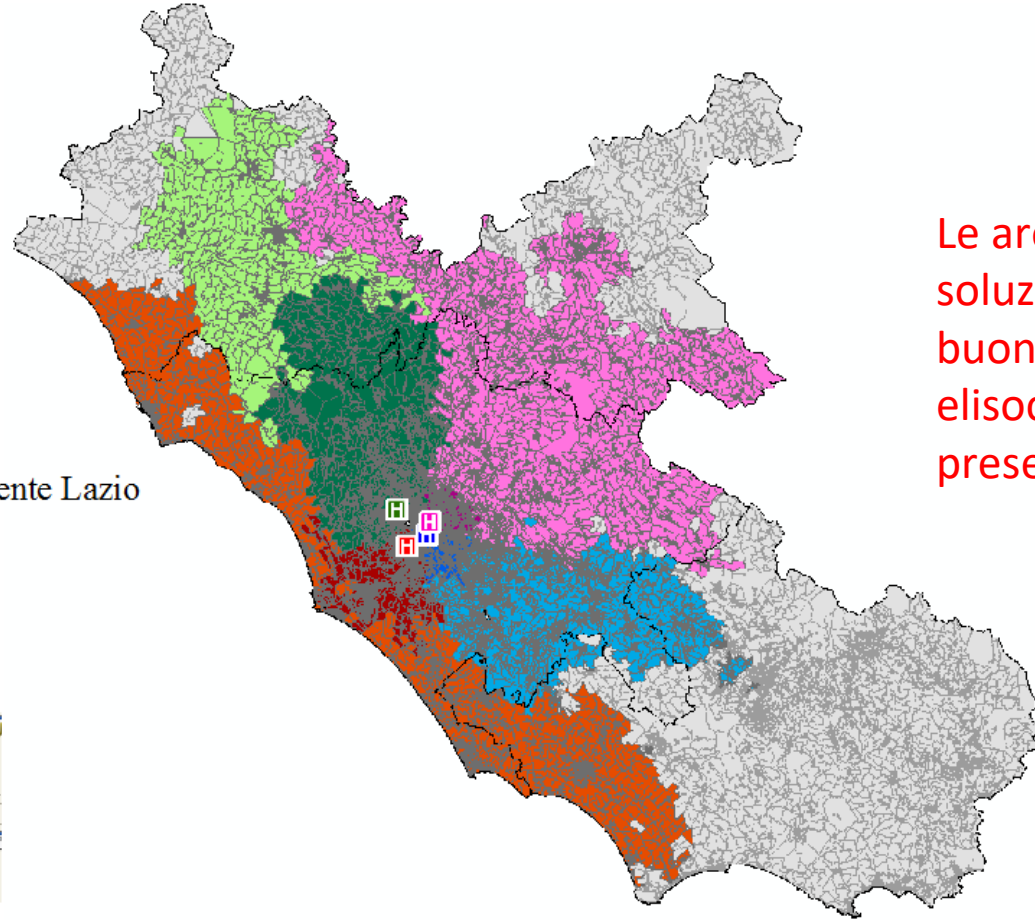
# La Continuità Assistenziale



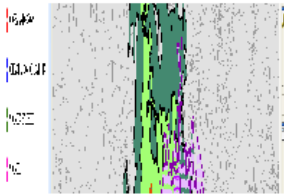
Regione	Popolazione (01/01/2020)	Punti di Guardia Medica	per ab.
PIEMONTE	4.341.375	136	31.922
VALLE D'AOSTA	125.501	9	13.945
LOMBARDIA	10.103.969	257	39.315
P.A. BOLZANO	532.080	7	76.011
P.A. TRENTO	542.739	20	27.137
VENETO	4.907.704	106	46.299
FRIULI V.G.	1.211.357	47	25.774
LIGURIA	1.543.127	52	29.676
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
<b>ITALIA</b>	<b>60.244.639</b>	<b>3.006</b>	<b>20.041</b>

## Regione Lazio - 2010

Bacini di utenza DEA II  
tempo di percorrenza minimo e pop residente 600.000/1.200.000



Popolazione residente Lazio  
coperta 84.58%



Le aree grigie sono lontane dagli HUB : la soluzione per le reti cliniche è una buona emergenza territoriale con un elisoccorso efficiente ma anche la presenza di un Hub per bacino di utenza

☰ Livelli

Cartografia base

Copertura

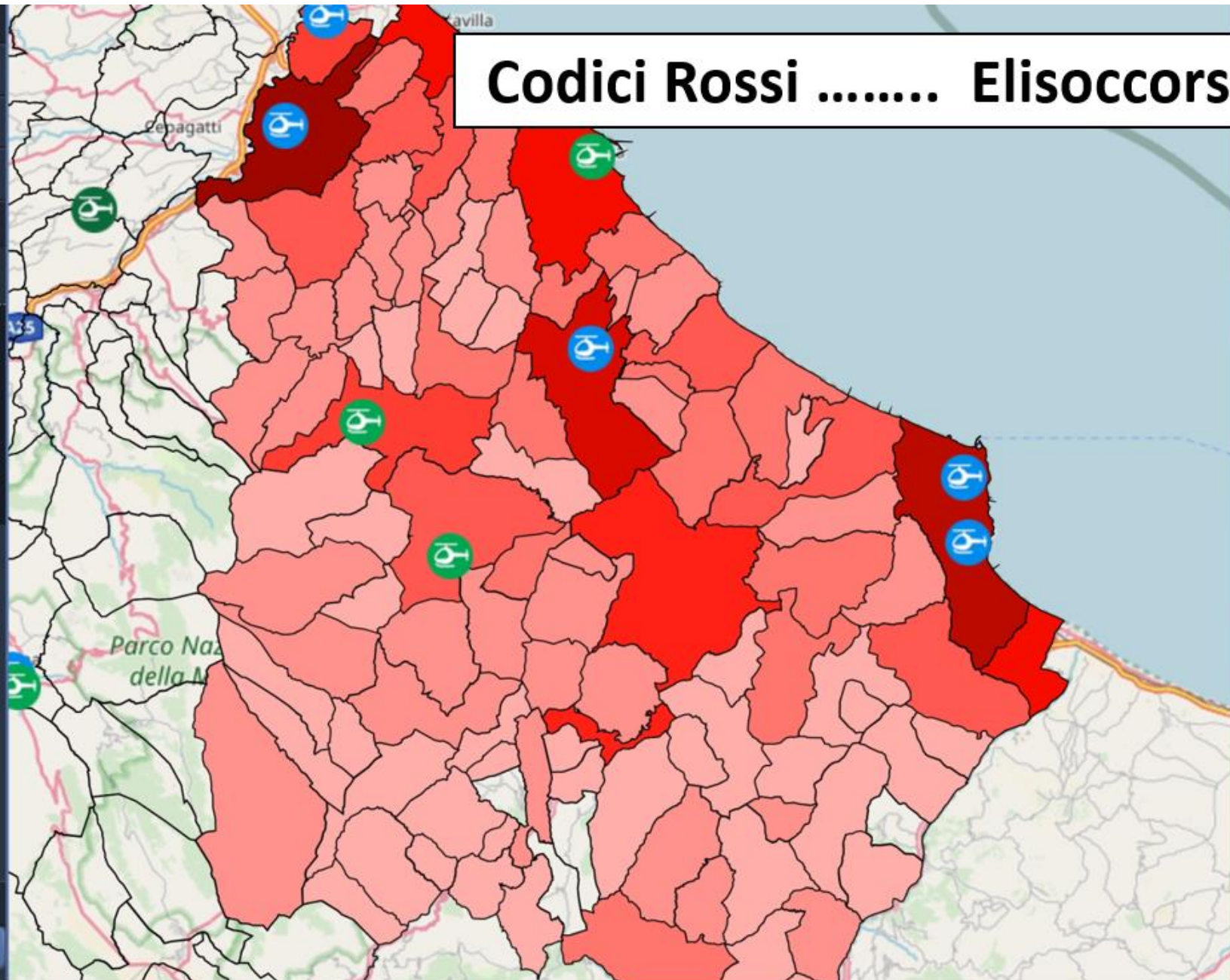
Punti utente

☰ Punti utente

Svuota Carica Salva

Legenda:

E 1-8	[Lightest red swatch]	[Edit]	[Reset]	[Settings]
E 8-18	[Light red swatch]	[Edit]	[Reset]	[Settings]
E 18-33	[Light red swatch]	[Edit]	[Reset]	[Settings]
E 33-58	[Light red swatch]	[Edit]	[Reset]	[Settings]
E 58-91	[Light red swatch]	[Edit]	[Reset]	[Settings]
E 91-124	[Light red swatch]	[Edit]	[Reset]	[Settings]
E 124-174	[Light red swatch]	[Edit]	[Reset]	[Settings]
E 174-318	[Light red swatch]	[Edit]	[Reset]	[Settings]
E 318-383	[Light red swatch]	[Edit]	[Reset]	[Settings]
E 383-521	[Darkest red swatch]	[Edit]	[Reset]	[Settings]



Codici Rossi ..... Elisoccorso ?

Copertura

Punti utente

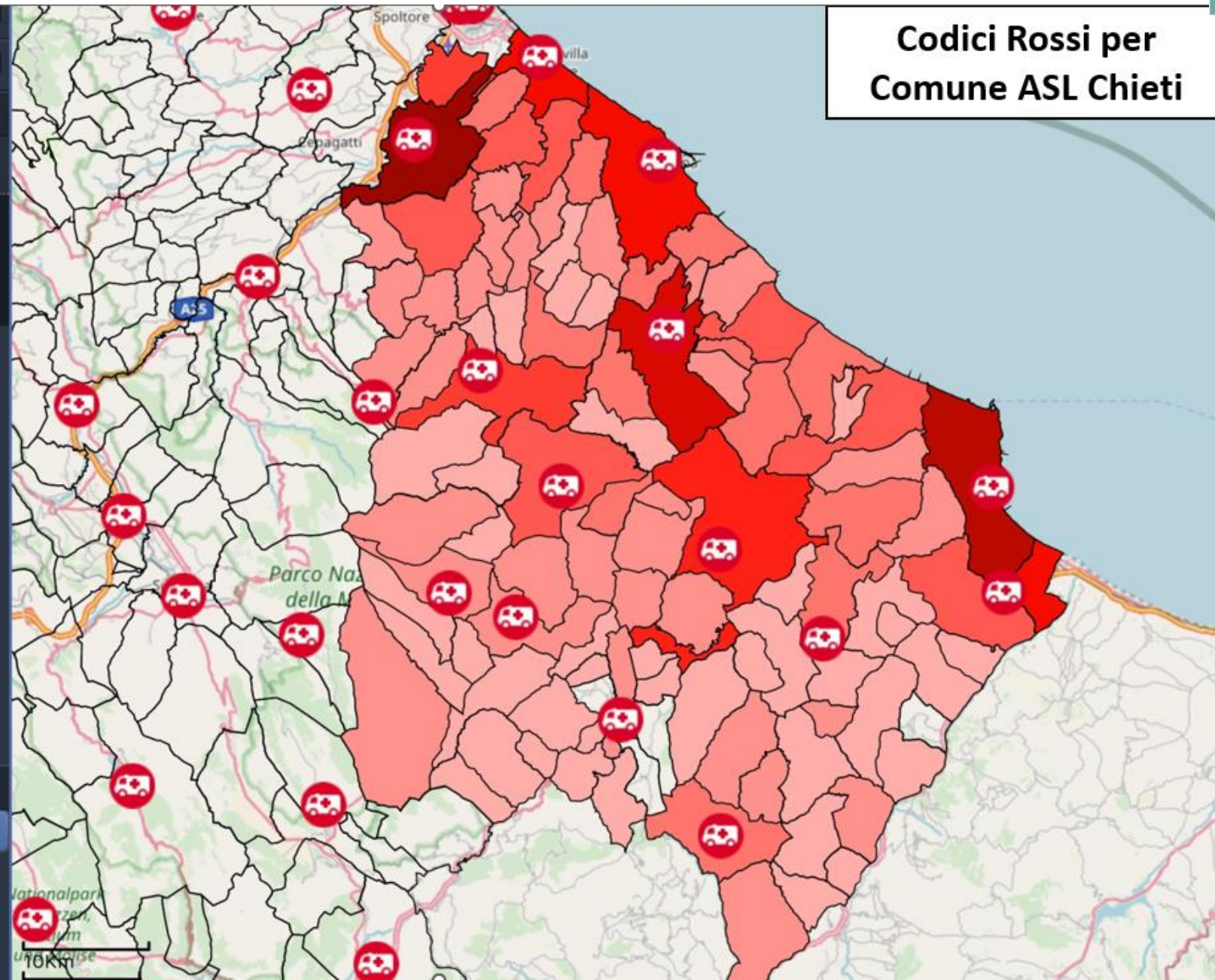
Punti utente

Svuota Carica Salva

Legenda:

- PI 1-8
- PI 8-18
- PI 18-33
- PI 33-58
- PI 58-91
- PI 91-124
- PI 124-174
- PI 174-318
- PI 318-383
- PI 383-521

## Codici Rossi per Comune ASL Chieti



Copertura

Punti utente

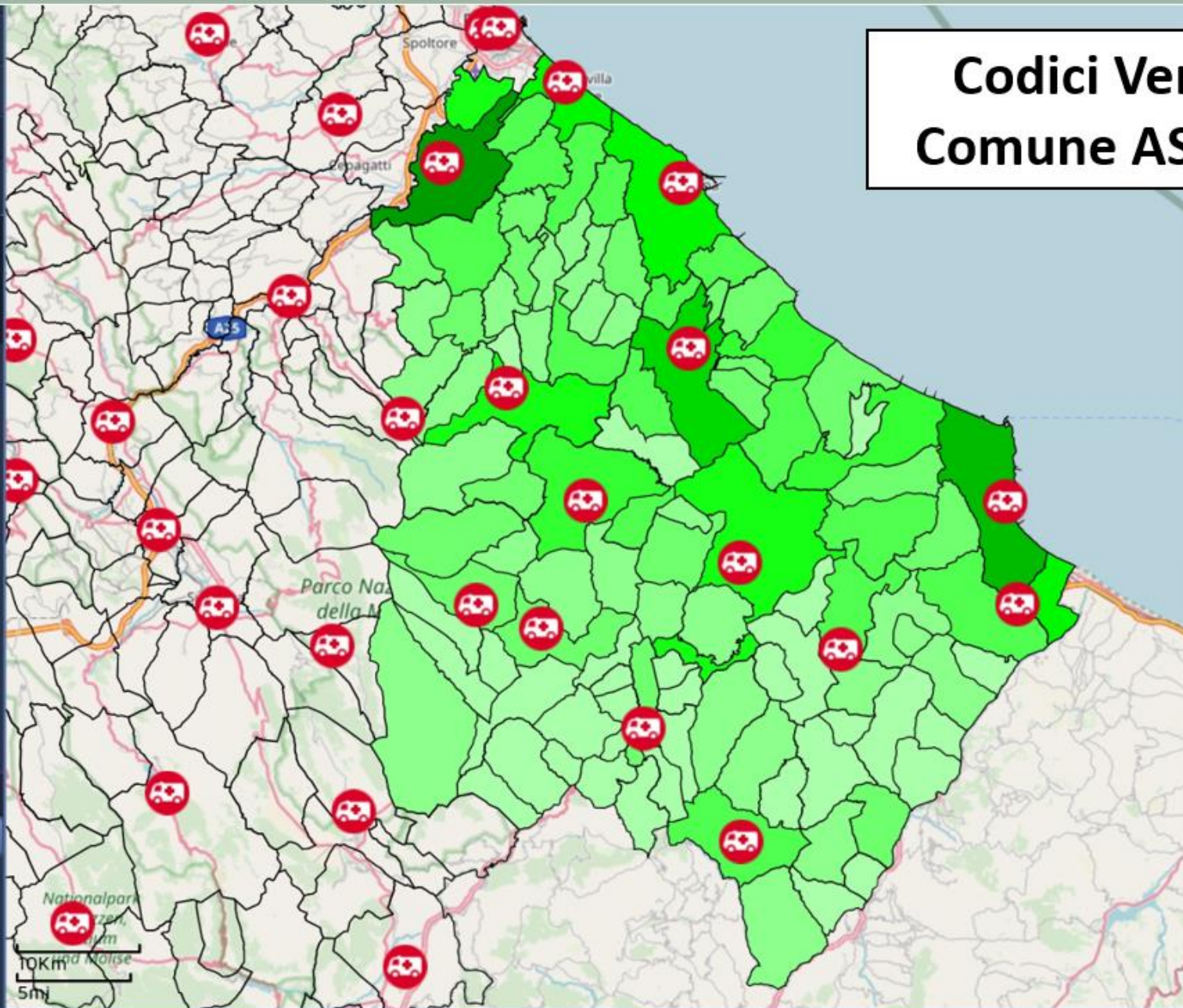
Punti utente

SVUOTA CARICA SALVA

Legenda:

- PI 1-23
- PI 23-59
- PI 59-107
- PI 107-187
- PI 187-304
- PI 304-481
- PI 481-976
- PI 976-1851
- PI 1851-2163
- PI 2163-2829

x comuni



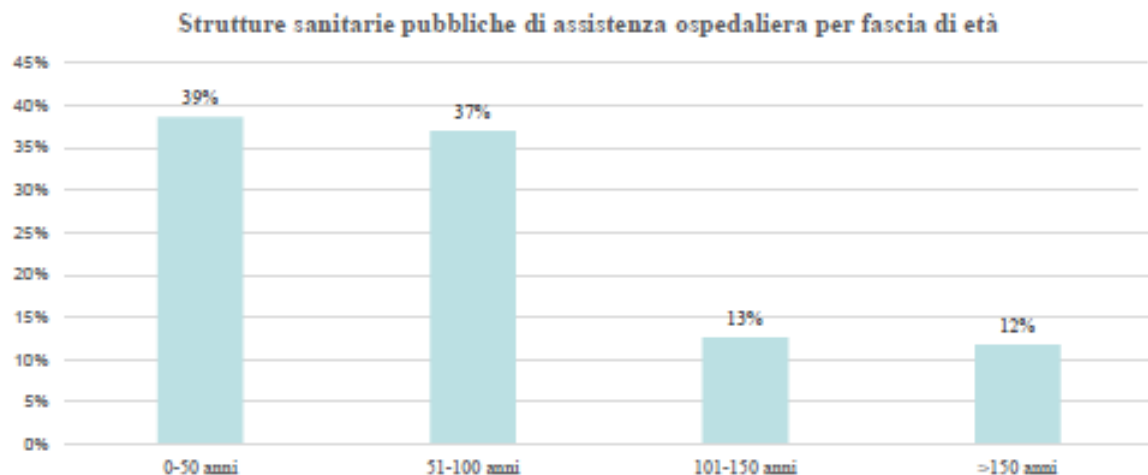
# Codici Verdi per Comune ASL Chieti

## Lo stato di salute degli ospedali in Italia ad oggi:

- **VETUSTA'**: il 60% ha più di 40 anni (l'obsolescenza tecnica è stimata in 30 anni) secondo i dati del Centro Nazionale per l'Edilizia e la Tecnica Ospedaliera (CNETO) del 2018;
- **DIMENSIONI INSUFFICIENTI**: il 50% ha meno di 120 posti letto (limite minimo di legge);
- **MANCANZA DI CONFORMITA'** al corpus normativo in materia di IGIENE, SICUREZZA SISMICA, PREVENZIONE INCENDI, CONTENIMENTO ENERGETICO; e ABBATTIMENTO DELLE BARRIERE ARCHITETTONICHE, con ritardi sull'accREDITAMENTO per struttura e organizzazione inadeguate;
- **DOTAZIONI TECNOLOGICHE INSUFFICIENTI**, o poco e male utilizzate, e profonda disomogeneità nella dotazione di alte tecnologie;
- **MODESTE PERFORMANCE DI ATTIVITA'** relativamente ad efficacia, efficienza e produttività, qualità e appropriatezza;
- **ENORMI DISUGUAGLIANZE TRA NORD E SUD**, per centri di eccellenza, IRCCS, attrezzature, tasso di ricoveri, costi, ecc.;
- più di 140 OSPEDALI INCOMPIUTI (80% al Sud).

## Lo stato di salute degli ospedali in Italia ad oggi:

Secondo un'elaborazione AGENAS sui dati del progetto di ricerca autofinanziato “Monitoraggio della spesa per la manutenzione degli immobili del SSN” per gli anni 2015 e 2017, **n.119 strutture sanitarie pubbliche di assistenza ospedaliera, pari al 22% del valore nazionale**, sono distribuite nelle seguenti fasce d'età:



Elaborazione AGENAS sui dati del progetto di ricerca autofinanziato “Monitoraggio della spesa per la manutenzione degli immobili del SSN” per gli anni 2015 e 2017.

La Commissione ministeriale, istituita dall'allora Ministro della Sanità Umberto Veronesi, elaborò un **DECALOGO DI PRINCIPI DI RIFERIMENTO** per la progettazione e gestione del nuovo ospedale, che possono essere un riferimento fondamentale per la visione dell'ospedale di oggi e di domani. Questi principi possono essere così riassunti:

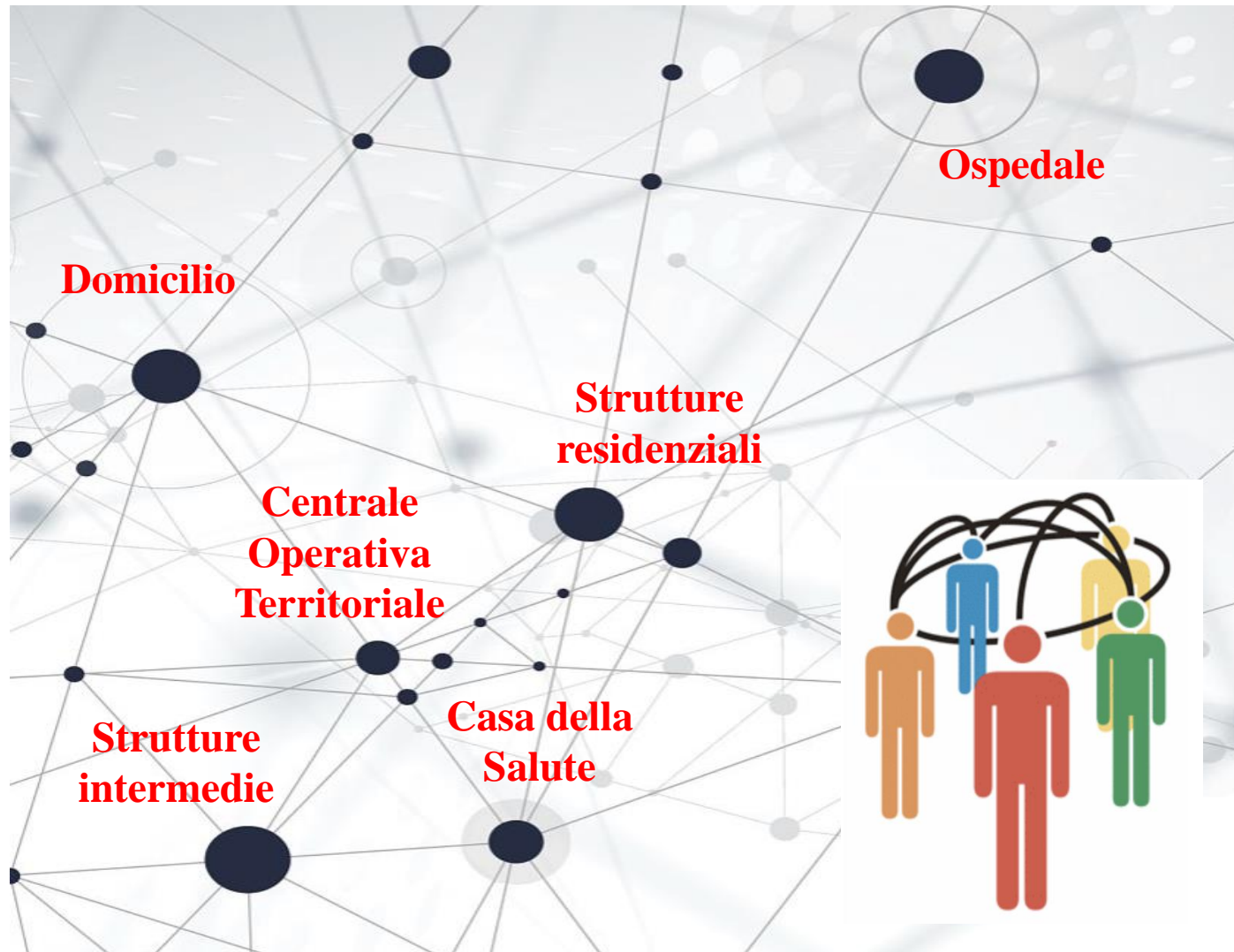
I	UMANIZZAZIONE	Centralità della persona
II	URBANITÀ	Integrazione con il territorio e la città
III	SOCIALITÀ	Appartenenza e solidarietà
IV	ORGANIZZAZIONE	Efficacia, efficienza e benessere percepito
V	INTERATTIVITÀ	Completezza e continuità assistenziale
VI	APPROPRIATEZZA	Correttezza delle cure e dell'uso delle risorse
VII	AFFIDABILITÀ	Sicurezza e tranquillità
VIII	INNOVAZIONE	Rinnovamento diagnostico, terapeutico, tecnologico, informatico
IX	RICERCA	Impulso all'approfondimento intellettuale e clinico-scientifico
X	FORMAZIONE	Aggiornamento professionale e culturale

# La sfida per il futuro per gli ospedali?

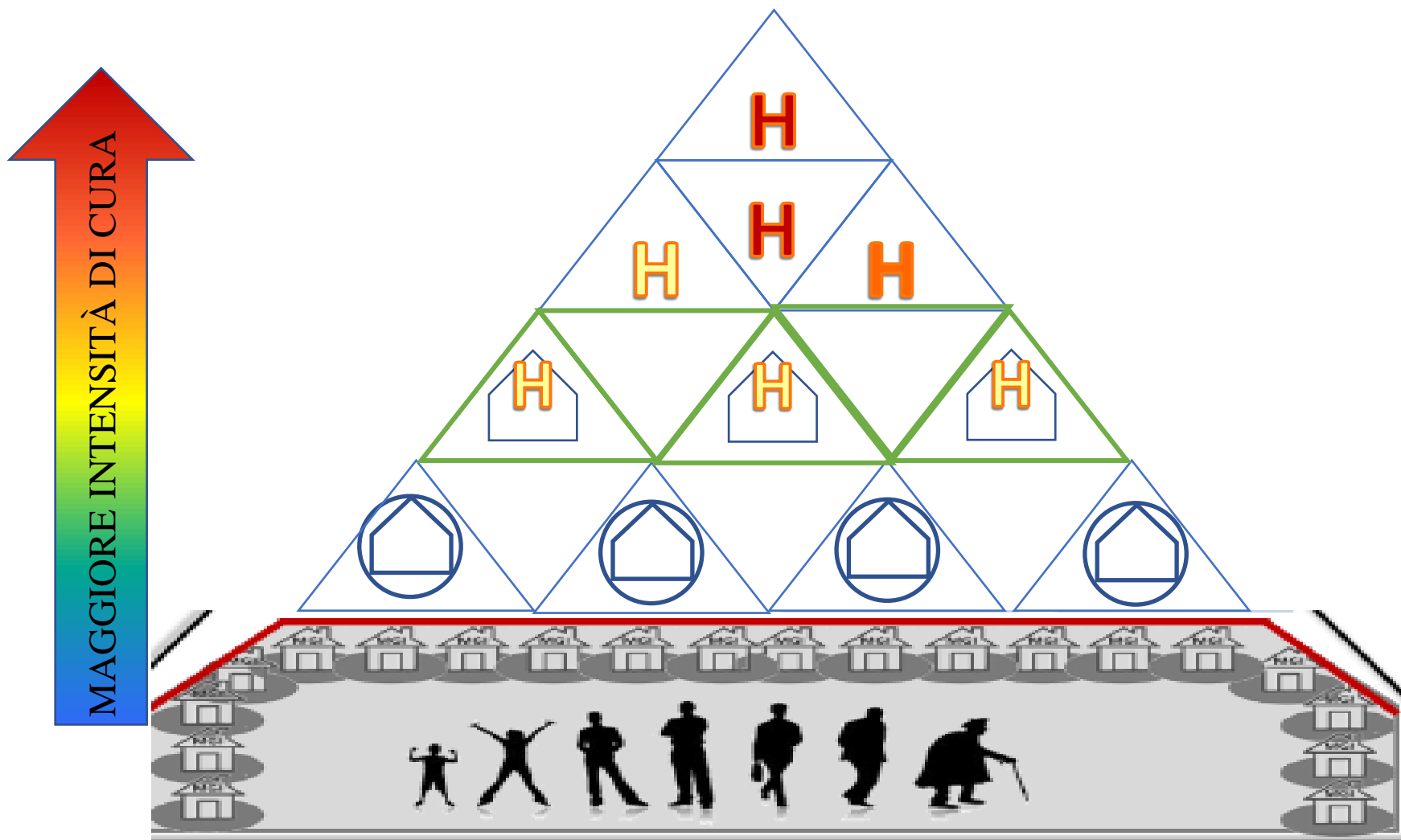
La sfida per gli ospedali del futuro è avere la capacità di rispondere in maniera efficiente ed efficace su archi temporali ampi alle maxi-emergenze e alle evoluzioni demografiche ed epidemiologiche della popolazione declinando in piani e azioni i seguenti interventi:

- migliorare la preparedness rendendo posti letto, unità operative e setting assistenziali flessibili e rapidamente riconvertibili;
- semplificare le procedure per la fornitura di beni, servizi e lavori;
- ridurre il rischio di contaminazione suddividendo i percorsi all'interno dell'ospedale;
- promuovere l'assistenza a domicilio e a distanza dando un forte impulso alla diffusione della telemedicina;
- promuovere il ricorso alla metodologia del Building Information Modeling (BIM) per la gestione del processo edilizio in tutte le fasi del ciclo di vita di un edificio;
- ammodernare il parco tecnologico sostituendo le apparecchiature obsolete e integrandone di nuove e/o innovative applicando la metodologia HTA al loro ciclo di vita.
- ridurre i consumi e le emissioni inquinanti garantendo lo sviluppo sostenibile del territorio;
- aumentare la sicurezza sismica e antincendio delle strutture;

# Il modello Hub&Spoke come modello di gestione dell'assistenza



# INTEGRARE I LUOGHI DI CURA



MODELLO DEI LUOGHI DI CURA OSPEDALIERI HUB& SPOKE:

Cosa identifica il livello di una struttura:

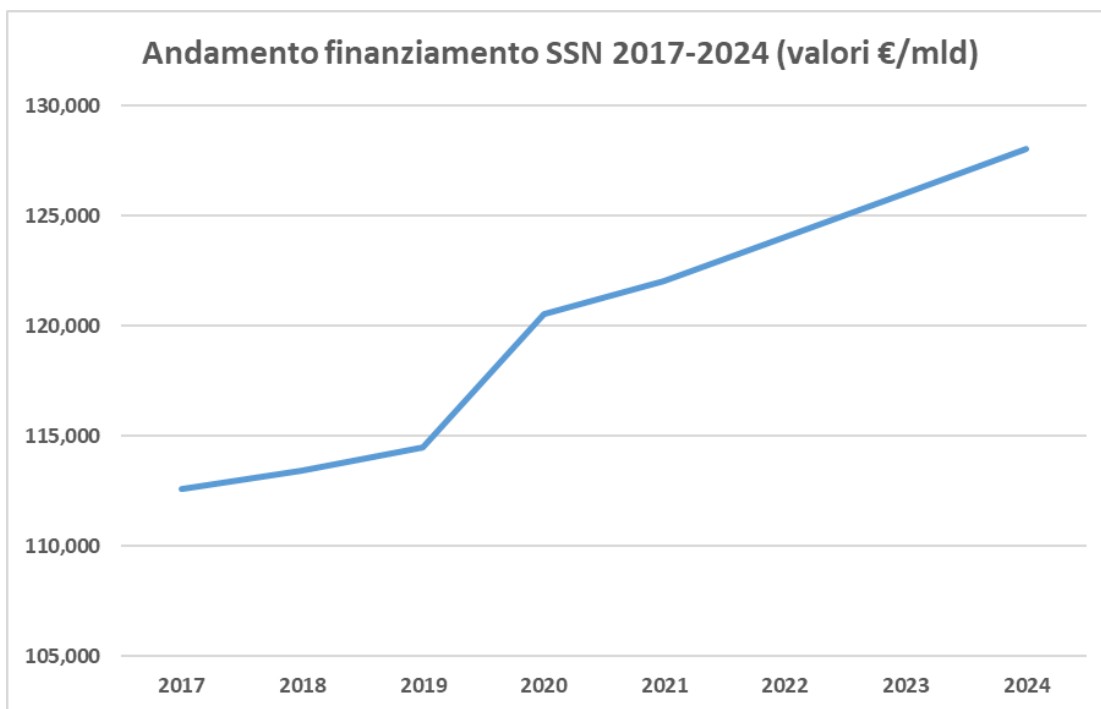
1. Tecnologia
2. Livelli di standard strutturale
3. Presenza di specialità ad alta complessità e relative competenze

# Finanziamento del SSN

Dall'anno 2020 il finanziamento del SSN a cui concorre lo Stato si attesta su un valore superiore ai **120 miliardi di euro**.

L'incremento del 5% tra il 2019 e il 2020 è dovuto soprattutto ai finanziamenti per la gestione dell'emergenza Covid-19, che ammontano a circa 3,6 miliardi nel 2020.

Per il triennio 2022-2024 è previsto un incremento annuo costante di 2 miliardi.



Anno	Finanziamento sanitario corrente (€/mld)	Incrementi annui
2001	71,271	
2002	75,652	6,15%
2003	80,573	6,50%
2004	82,403	2,27%
2005	93,195	13,10%
2006	93,173	-0,02%
2007	97,551	4,70%
2008	101,588	4,14%
2009	104,204	2,58%
2010	105,569	1,31%
2011	106,905	1,27%
2012	107,961	0,99%
2013	107,004	-0,89%
2014	109,928	2,73%
2015	109,715	-0,19%
2016	111,002	1,17%
2017	112,577	1,42%
2018	113,404	0,73%
2019	114,474	0,94%
2020	120,557	5,31%
2021*	122,060	1,25%
2022**	124,061	1,64%
2023**	126,061	1,61%
2024**	128,061	1,59%

\* Fonte: Intesa CSR 04.08.2021 (Rep. Atti n. 152/CSR).

\*\* Fonte: Disegno di legge di bilancio 2022, art. 79

## Ricordiamoci tra i finanziamenti:

- **Art 2 di 34 Rilancio: Riorganizzazione Rete Ospedaliera** Euro 1.467.491.667
  - + 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.
  
- **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza:**
  - **M6C1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza territoriale** Euro 7.000.000.000
  - **M6C2: Innovazione, ricerca e digitalizzazione dell'SSN** Euro 8,63 mld
  
- ECC...

## Ricordare la necessità del territorio Piattaforma tecnologica condivisa

- 7 / 2 / 2013 Accordo Stato Regioni
- 24 / 11 / 2016 Accordo Stato Regioni
- Art 1 dl 34 Rilancio: **NEA 116117**
- Art 2 dl 34 Rilancio: **Riorganizzazione Rete Ospedaliera**
  
- RSA
- Standard di personale
- Salute mentale

....




## Nuovo DM 77: definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN

È pubblicato in Gazzetta Ufficiale il Regolamento per la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nell'ambito del Servizio sanitario nazionale.

Si tratta di un importante traguardo definito nell'ambito di riforma del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e in particolare della Missione 6 Componente 1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale del PNRR.

Il Regolamento permetterà l'efficace potenziamento dei servizi così come previsti nei Contratti Istituzionali di sviluppo siglati dal Ministero della salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano.

### Approfondimenti:

Decreto 23 maggio 2022, n. 77: Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale - [Decreto](#)  [\(LINK\)](#)



**DM n. 77 (23 maggio 2022):  
Regolamento recante la definizione di  
modelli e standard per lo sviluppo  
dell'assistenza territoriale nel Servizio  
sanitario nazionale**

**(GU Serie Generale n.144 del 22-06-  
2022)**

**Entrata in vigore del provvedimento:  
07/07/2022**

# Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

## Missione 6 : la SALUTE



- Intervenire con azioni di rafforzamento sia del sistema ospedaliero sia, in particolare, della rete dell'assistenza territoriale, al fine di garantire omogeneità nella capacità di dare risposte integrate (di natura sanitaria e sociosanitaria), nonché equità di accesso alle cure.
- Rafforzare la resilienza e la tempestività di risposta del sistema sanitario alle patologie infettive emergenti, nonché ad altre emergenze sanitarie.
- Dare impulso alla sanità digitale.
- Promuovere e rafforzare il settore della ricerca scientifica, incrementando le risorse destinate alla ricerca biomedica e sanitaria
- Realizzare ospedali sicuri, tecnologici, digitali e sostenibili.
- Rafforzare la capacità, l'efficacia, la resilienza e l'equità del Paese di fronte agli impatti sulla salute, attuali e futuri, associati ai rischi ambientali e climatici.
- Sviluppare le competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali dei professionisti del SSN, nonché di colmare le carenze relative sia ad alcune figure specialistiche e della medicina generale.

# Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

## Mission 6 Component 1

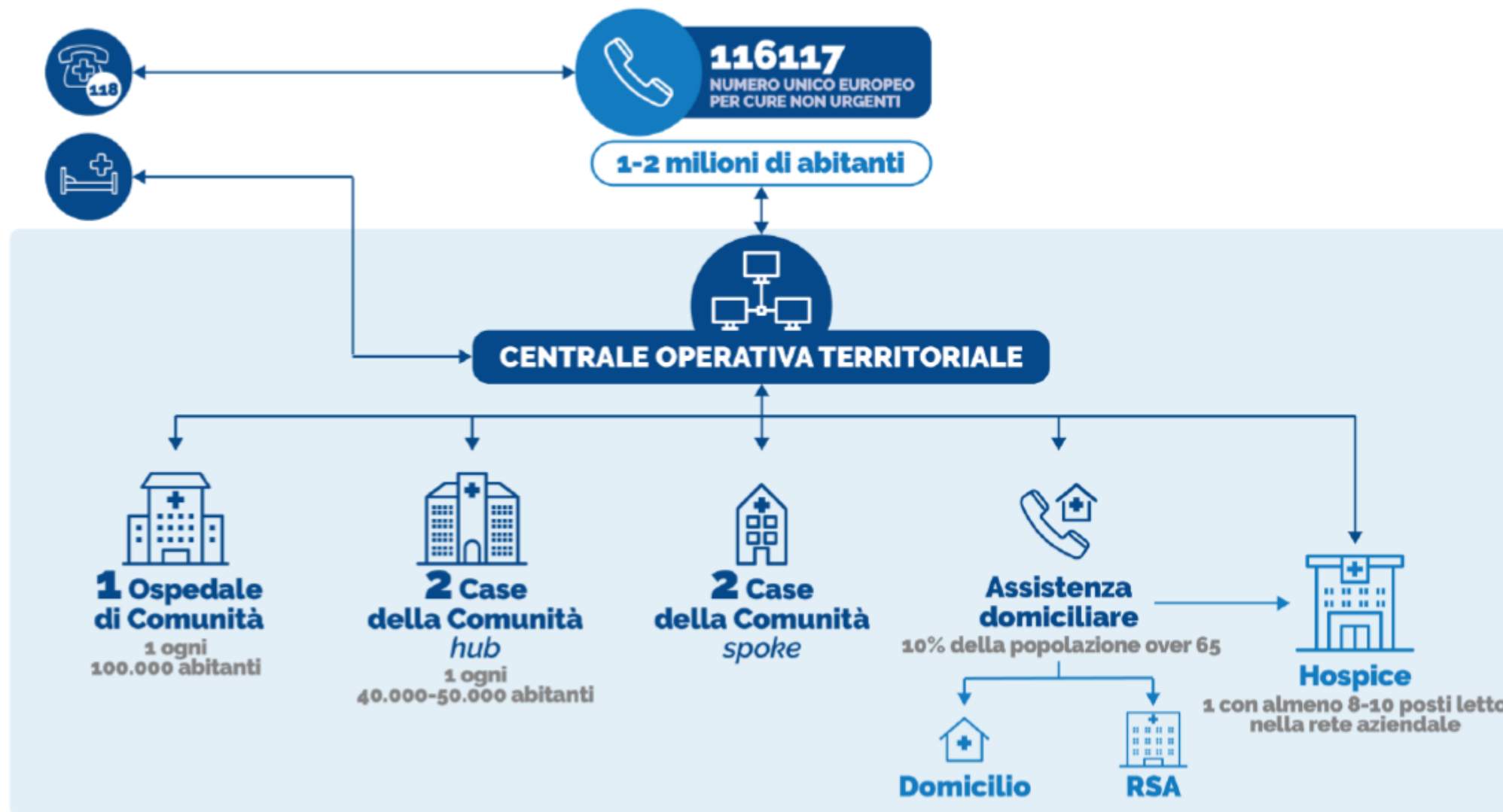
Misura	Submisura	Totale
<b>Misura di Riforma:</b> Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale		0 €
	<b>Submisura 1.1: Casa della Comunità al centro del territorio</b>	<b>2.000.000.000 €</b>
	<b>Submisura 1.2: La Casa come primo luogo di cura</b>	
<b>Misura di Investimento:</b> <b>Potenziamento dell'assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>1.2.1</b> <i>La casa come primo luogo di cura</i></li> <li>- <b>1.2.2</b> <i>Lo sviluppo di un nuovo modello organizzativo: la Centrale Operativa Territoriale</i></li> <li>- <b>1.2.3</b> <i>La telemedicina a supporto dei pazienti</i></li> </ul>	<b>4.000.000.000 €</b>
	<b>Submisura 1.3: Rafforzare le cure intermedie e le sue strutture (Ospedale di Comunità)</b>	<b>1.000.000.000 €</b>
		<b>7.000.000.000 €</b>



# Interventi previsti dai CIS

Regione	Case della Comunità previste	Centrali Operative Territoriali previste	Ospedali di Comunità previsti
Piemonte	82	43	27
Valle d'Aosta	4	1	1
Lombardia	199	101	66
P.A. Bolzano	10	5	3
P.A. Trento	10	5	3
Veneto	95	49	35
Friuli-Venezia Giulia	23	12	7
Liguria	32	16	11
Emilia-Romagna	85	45	27
Toscana	77	37	24
Umbria	17	9	5
Marche	29	15	9
Lazio	135	59	36
Abruzzo	40	13	11
Molise	13	3	2
Campania	172	65	48
Puglia	121	40	38
Basilicata	19	6	5
Calabria	61	21	20
Sicilia	156	50	43
Sardegna	50	16	13
<b>Italia</b>	<b>1.430</b>	<b>611</b>	<b>434</b>

# Il Distretto: funzioni e standard



# Casa della Comunità

## 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 **referimento 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



**VERRANNO REALIZZATE 1350 CASE  
DELLA COMUNITÀ HUB CON I FONDI PNRR**



## Casa della Comunità Hub

### Modello organizzativo e personale

- **30-35 MMG afferenti**
  - 2 ore/settimana per MMG
  - Apertura ambulatorio h 12 – 6 giorni su 7
- **Continuità assistenziale**
  - Apertura ambulatorio: notturno e festivi h 24 - 7 giorni su 7
- **10-15 ambulatori**
  - 10-20 MMG afferenti svolgono attività ambulatoriale per i propri assistiti
- **7-11 Infermieri di Famiglia o Comunità:**
  - 1 coordinatore
  - 2-3 IFoC per le attività ambulatoriali della CdC
  - 1-2 IFoC per le attività di triage e valutazione dei bisogni di salute
  - 3-5 IFoC per l'assistenza domiciliare, per le attività di prevenzione e teleassistenza
- **5-8 unità di personale di supporto (amministrativo, sociosanitario)**
  - Apertura PUA: 8.00-18.00 – 6 giorni su 7
  - Altri servizi all'utenza anche sanitari
- **1 assistente sociale**

# Fabbisogno di personale per l'attuazione della Riforma – Case della Comunità hub

Anno 2026

## Standard Personale per Case della Comunità (minimo)

Numero CdC

1.350

Num. Infermieri	7
Num. Personale di supporto (socio-sanitario, amministrativo)	5
Num. Assistenti sociali	1

Num. Infermieri

9.450

Num. Personale di supporto (socio-sanitario, amministrativo)

6.750

Num. Assistenti sociali

1.350

Anno 2026

## Standard Personale per Case della Comunità (massimo)

Numero CdC

1.350

Num. Infermieri	11
Num. Personale di supporto (socio-sanitario, amministrativo)	8
Num. Assistenti sociali	1

Num. Infermieri

14.850

Num. Personale di supporto (socio-sanitario, amministrativo)

10.800

Num. Assistenti sociali

1.350

# Centrale Operativa Territoriale

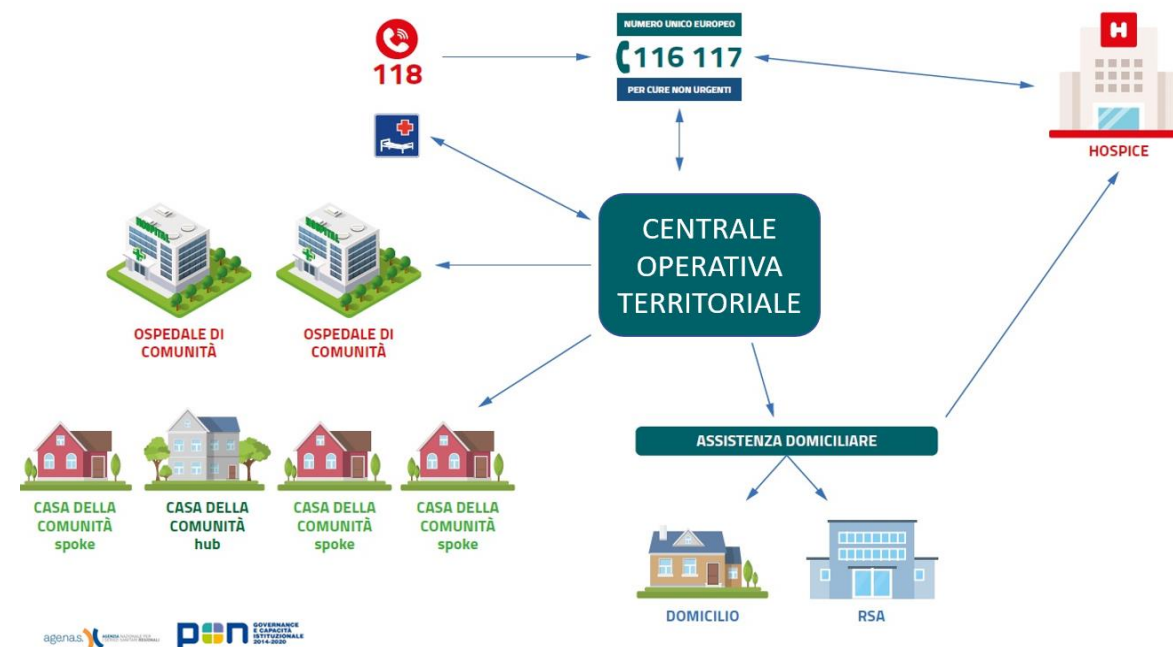


**VERRANNO REALIZZATE 600 CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI CON I FONDI PNRR**

**Standard:** 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il distretto abbia un bacino di utenza maggiore

**Standard minimo di personale:** di 1 COT per 100.000 abitanti: 1 coordinatore infermieristico, 3-5 infermieri, 1-2 unità di personale di supporto

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.



# Fabbisogno di personale per l'attuazione della Riforma – Centrali Operative Territoriali



Anno 2026

**Standard Personale per COT (minimo)**

Numero COT

600

Num. Coordinatori Inf.	1
Num. Infermieri	3
Num. Personale di supporto	1

Num. Coordinatori Inf.	600
Num. Infermieri	1.800
Num. Personale di supporto	600

600
1.800
600

Anno 2026

**Standard Personale per COT (massimo)**

Numero COT

600

Num. Coordinatori Inf.	1
Num. Infermieri	5
Num. Personale di supporto	2

Num. Coordinatori Inf.	600
Num. Infermieri	3.000
Num. Personale di supporto	1.200

600
3.000
1.200

# 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

Referente:  
Giovanna Giaremi  
tel. 06.99942625  
email: g.giaremi@sanita.it

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

## Sperimentazione



REGIONE PIEMONTE  
Direzione Sanità e Welfare

NUMERO EUROPEO ARMONIZZATO

**116117**

PER CURE NON URGENTI

REGIONE PIEMONTE

COMUNITA' DI PRATICA

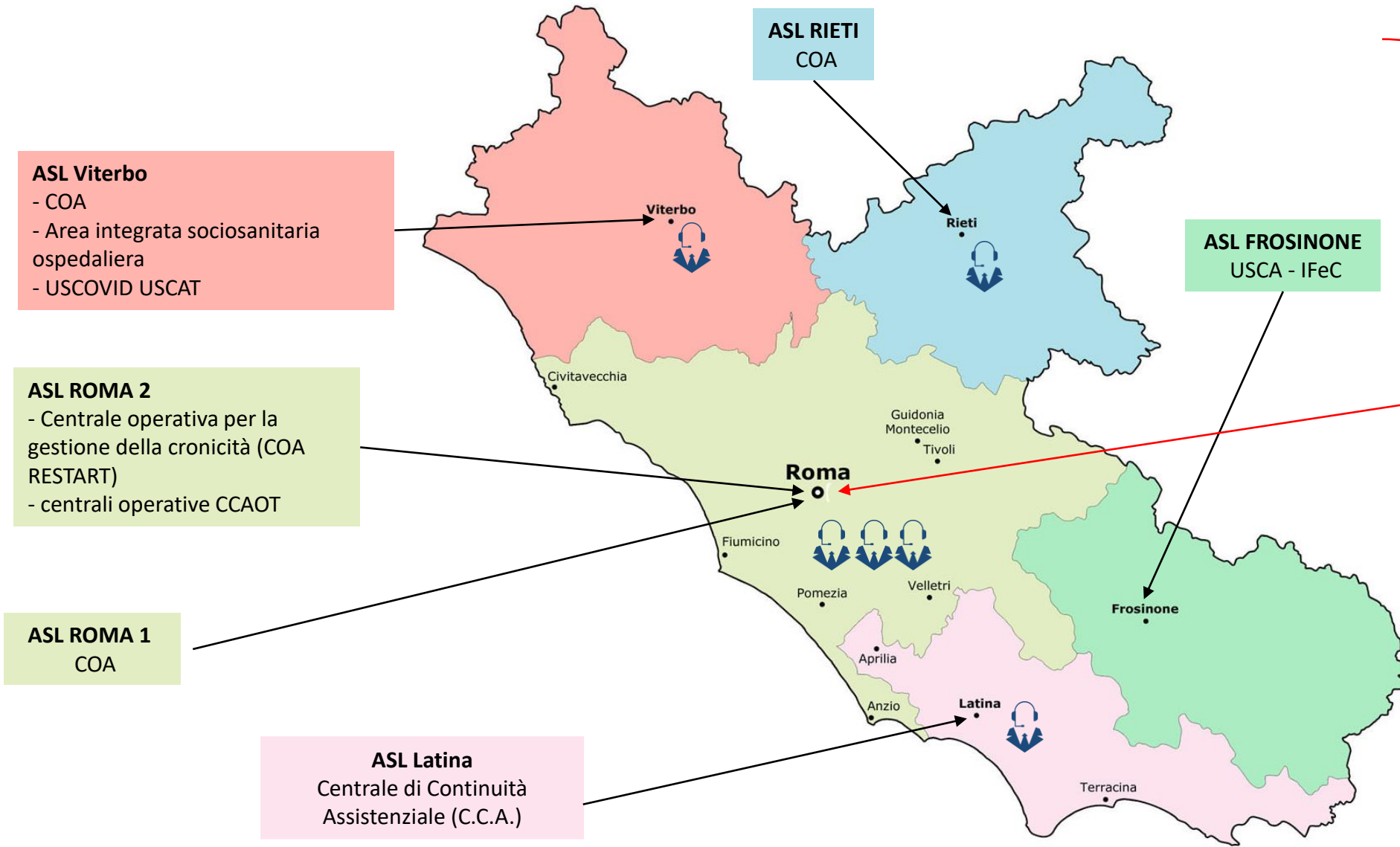
Progetto Sperimentale di ricerca: attivazione COT

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

**COT Alessandria**



# Centrali Operative nate dal periodo Covid nel Lazio



Attivazione del numero verde 800 188 800 in tutta la regione Lazio



# La prima COT realizzata: ASP Ragusa inaugurata Maggio 2022



“TrentinoSalute4.0”

La piattaforma TreC offre ai cittadini residenti o domiciliati servizi online quali:

- accesso al FSE
- consultare i propri referti online
- gestire un diario sul proprio stato di salute e di condividerlo con i professionisti sanitari
- consultare le ricette farmaceutiche
- pagare online prestazioni sanitarie
- etc.

**COMUNITA' DI PRATICA**



Sperimentazione CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE

Realizzazione di una piattaforma di gestione.



**Standard da Riforma:** 10% della popolazione over 65

## Modello organizzativo

Il servizio 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.

# Linee guida contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare



*Milestone EU – T2 2022*

- Il **Medico di Medicina Generale** (MMG) e il **Pediatra di Libera Scelta** (PLS) sono gli **attori** da cui non si può prescindere nell'assistenza domiciliare (topic esclusivo di queste linee guida). (DPCM 12 gennaio 2017, "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza")

MMG/PLS inserito quale prescrittore/richiedente, attivatore, erogatore o comunque soggetto coinvolto per servizi che tradizionalmente sono stati predisposti per i medici specialisti (i.e. la televisita, il telecontrollo, ecc.).

- Pluralità dei servizi di telemedicina, in un'ottica di integrazione dei diversi servizi sanitari che pongono la persona, quale soggetto attivo, al centro del proprio percorso di cura, con bisogni che interessano in senso **trasversale** tutte le attività assistenziali.

È stato predisposto un modello operativo che contempra non soltanto i servizi di telemedicina che coinvolgono la figura medica, ma anche i servizi di telemedicina che nello specifico sono di pertinenza delle professioni sanitarie: la **teleassistenza** e la **teleriabilitazione**.

# Linee guida contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare

- Televisita
- Teleconsulto
- Teleconsulenza medico-sanitaria
- Telemonitoraggio
- Teleassistenza
- Telecontrollo medico
- Teleriabilitazione

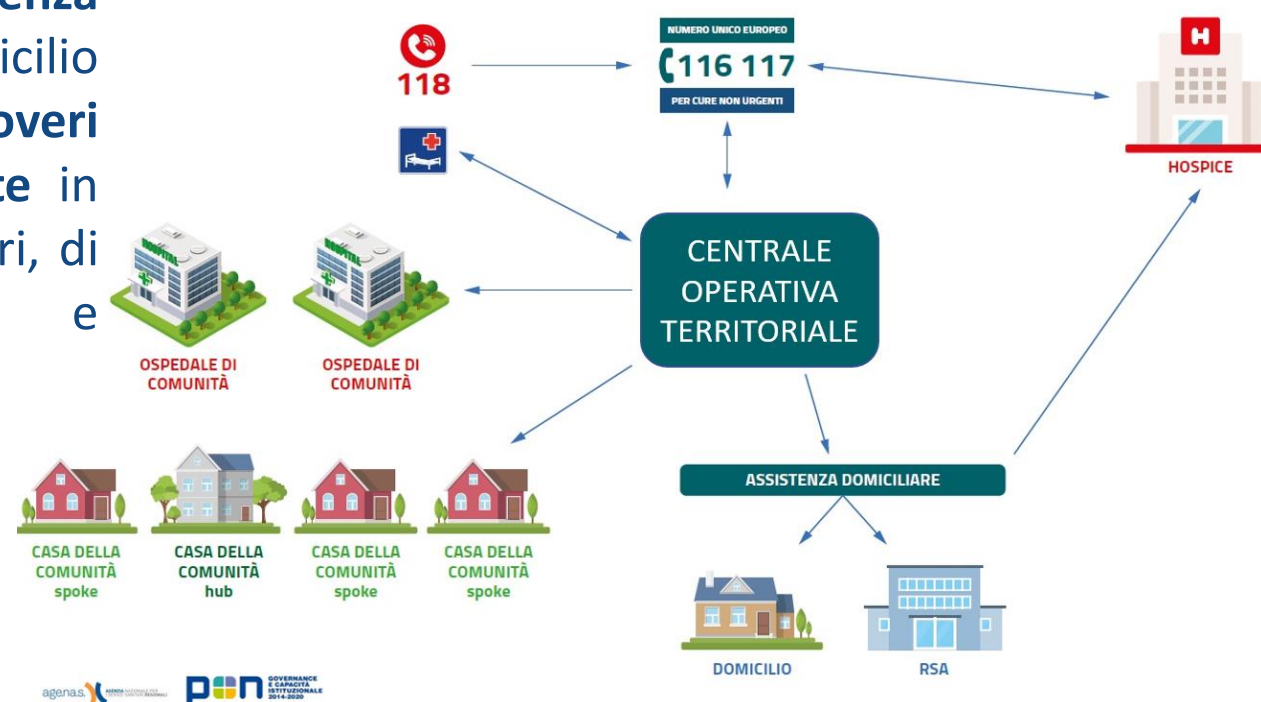


# Ospedale di Comunità: a metà strada tra l'ospedale e le strutture di prossimità



## Definizione

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 Comunità

**Standard** → 1 OdC (20 posti letto)

1 Ospedale di Comunità ogni **100.000** abitanti

**Standard minimo di personale per 1 OdC (20 posti letto)**

**7-9** Infermieri (di cui 1 coordinatore)

**4-6** Operatori Sociosanitari

**1-2** unità di altro personale sanitario con funzioni riabilitative

**1** Medico per almeno 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7



# Ospedale di Comunità: posti letto attivi

OdC da realizzare

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
<b>ITALIA</b>	<b>59.641.488</b>	<b>23.857</b>	<b>3.163</b>	<b>8.000</b>	<b>400</b>	<b>11.163</b>



\*Fonte dati – Ospedali di Comunità attivi:

Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale.»  
 Documentazione e Ricerche. N. 144. 1 marzo 2021. Dipartimento Affari Sociali del Servizio Studi della Camera dei deputati - XVIII legislatura.

# Ospedale di Comunità



Ospedale per acuti

3 posti letto ogni  
1000 ab



Ospedale post-acuti

0,7 posti letto ogni  
1000 ab



Ospedale di Comunità

0,2 posti letto ogni  
1000 ab



# Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS)

Ministero della Salute sottoscrive un CIS con ciascun **Soggetto Attuatore**



**SOGGETTO ATTUATORE:**  
Regioni e Province Autonome

21 Soggetti Attuatori



Sottoscrizione dei Contratti Istituzionali di Sviluppo  
tra Ministero della Salute e Regioni

(CdC, COT e OdC)



*Milestone IT – T2 2022*

30 giugno 2022

Approvazione dei Contratti Istituzionali di Sviluppo

(CdC, COT e OdC)



*Milestone EU – T2 2022*



# Attori

**Amministrazione centrale titolare di intervento:**

*responsabile dell'attuazione di riforme e investimenti previsti dal PNRR*



**Ministero della salute**

**Soggetto attuatore:**

*provvede alla realizzazione degli interventi di cui alle Schede Intervento riconducibili al Piano Operativo allegato al CIS*



**Regione/PA**

**Oggetto del CIS**

Realizzazione degli interventi finanziati nell'ambito del PNRR-M6C1&C2

# Interventi previsti dai CIS

Regione	Case della Comunità previste	Centrali Operative Territoriali previste	Ospedali di Comunità previsti
Piemonte	82	43	27
Valle d'Aosta	4	1	1
Lombardia	199	101	66
P.A. Bolzano	10	5	3
P.A. Trento	10	5	3
Veneto	95	49	35
Friuli-Venezia Giulia	23	12	7
Liguria	32	16	11
Emilia-Romagna	85	45	27
Toscana	77	37	24
Umbria	17	9	5
Marche	29	15	9
Lazio	135	59	36
Abruzzo	40	13	11
Molise	13	3	2
Campania	172	65	48
Puglia	121	40	38
Basilicata	19	6	5
Calabria	61	21	20
Sicilia	156	50	43
Sardegna	50	16	13
<b>Italia</b>	<b>1.430</b>	<b>611</b>	<b>434</b>



# Durata del CIS



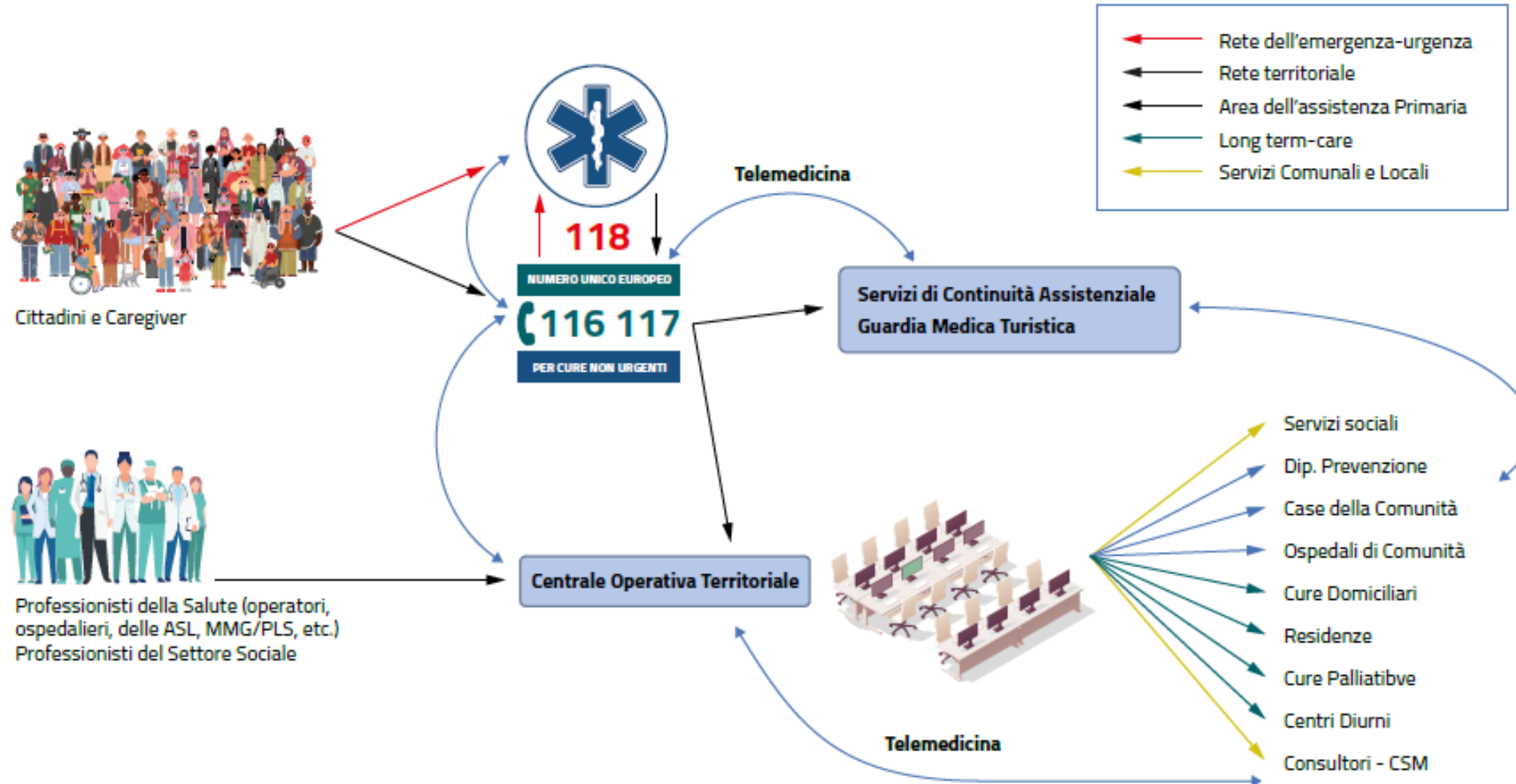
## Il CIS impegna le parti fino alla completa realizzazione del programma degli interventi previsti

- Nel rispetto delle tempistiche previste per il conseguimento di *Milestone* e *Target*
- E comunque *non* oltre la data del **30 giugno 2026**



# LA NUOVA RIORGANIZZAZIONE

## Centrale Operativa Territoriale – UVM – 116117



# ***Il fabbisogno di personale***

# Fabbisogno di personale per l'attuazione della Riforma – finanziamento

Fonte	Anno 2026
Art. 1, comma 4, DL 34/2020 – Assistenza Domiciliare	265.028.624 €
Art. 1, comma 5, DL 34/2020 - IFoC	480.000.000 €
Art. 1, comma 274, LB 2022 – Riforma assistenza territoriale	1.015.253.160 €
<b>Totale</b>	<b>1.760.281.784 €</b>

Il costo previsto per l'attivazione delle strutture territoriali realizzate con il PNRR è pari a circa **1.506.000.000 €**.

Il finanziamento del personale minimo previsto nelle nuove strutture risulta assicurata dall'art. 1 comma 4 e 5 del Decreto-Legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito con modificazione con la Legge 17 luglio 2020, n. 77, e dall'art. 1 comma 274 della Legge 30 dicembre 2021, n. 234.

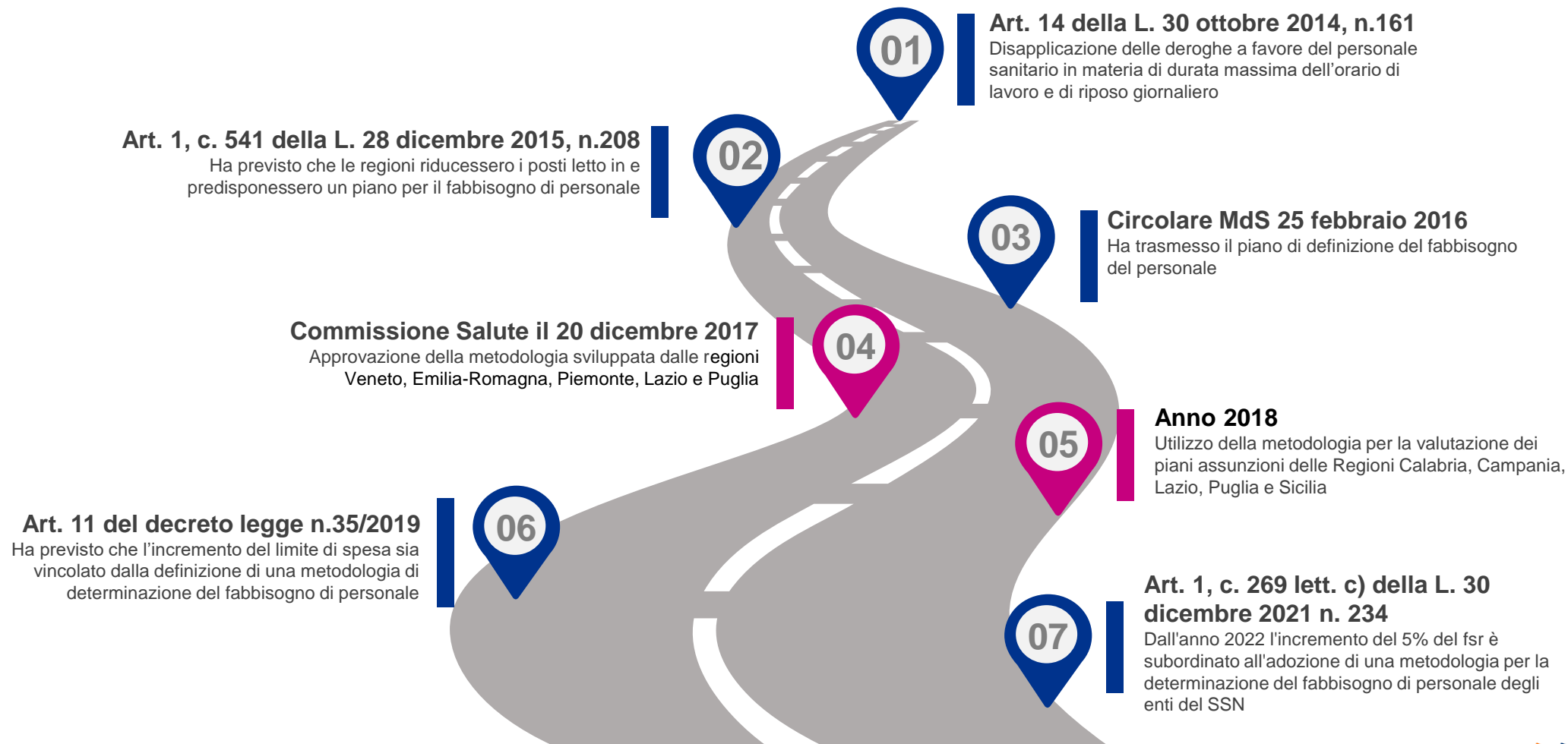
# Fabbisogno di personale per l'attuazione della Riforma del territorio – standard minimi



Servizi e Personale Sanitario	Standard
<b>Infermiere di Famiglia o Comunità</b>	1 ogni 3.000 ab.*
Fabbisogno	<b>19.880 infermieri</b>
<b>Case della Comunità</b>	1 CdC hub ogni 40.000-50.000 ab. (1.350 da PNRR): 7-11 infermieri, 1 assistente sociale, 5-8 unità di personale di supporto
Fabbisogno	<b>9.450 infermieri</b> <b>1.350 assistenti sociali</b> <b>6.750 unità di personale di supporto</b>
<b>Unità di Continuità Assistenziale</b>	1 medico e 1 infermiere ogni 100.000 ab.
Fabbisogno	600 infermieri 600 medici
<b>Centrali Operative Territoriali</b>	1 COT ogni 100.000 ab. (600 da PNRR): 3-5 infermieri, 1 coordinatore inf., 1-2 unità di personale di supporto
Fabbisogno	<b>2.400 infermieri</b> <b>600 unità di personale di supporto</b>
<b>Ospedale di Comunità</b>	1 OdC ogni 100.000 ab. (400 da PNRR): 7-9 infermieri (di cui 1 coordinatore), 4-6 OSS, 1-2 unità di altro personale sanitario, 1 medico (4,5 h/die 6/7 gg)
Fabbisogno	<b>2.800 infermieri</b> <b>1.600 OSS</b> <b>400 unità di altro personale sanitario</b> <b>563.400 ore medici</b>
<b>Totale</b>	<b>19.880 infermieri</b> (di cui 15.250 per servizi/strutture della riforma) <b>1.600 OSS</b> <b>1.350 assistenti sociali</b> <b>7.350 unità di personale di supporto</b> <b>400 unità di altro personale sanitario</b>



## La necessità di sviluppare una metodologia per il calcolo del fabbisogno di personale per l'assistenza ospedaliera si è articolata in varie tappe





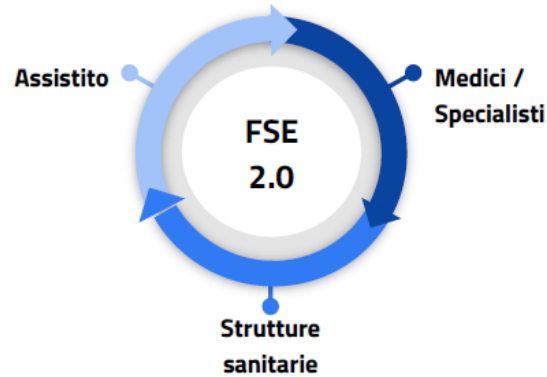
# Lo sviluppo della Sanità Digitale

# Linee di sviluppo Sanità digitale

La sanità digitale al 2026: omogeneizzazione, portabilità e scala



**FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO**  
€1.3 Mld



- **Alimentazione** vicina al 100%
- **Standardizzazione** esperienza FSE tra Regioni
- **Portabilità** dei dati/documenti tra Regioni
- **FSE come punto unico di accesso a sanità online**

+

**TELEMEDICINA**  
€1.0 Mld



- **Una piattaforma nazionale abilitante** ad accesso uniforme ai servizi
- **Piattaforme e applicazioni regionali integrate**
- **Trasportabilità di servizi** tra territori
- **Servizi chiave sviluppati** (televisita, teleconsulto, telemonitoraggio per patologia; integrazione con SPID/CIE, PagoPA, FSE)

**Agenzia per la Sanità Digitale** in seno ad Agenas

# Agenzia Nazionale per la Sanità Digitale (ASD): Funzioni

*GURI serie generale n. 21 del 27.01.2022 art 21 DL n. 4*



- **predisposizione, pubblicazione e aggiornamento**, previa approvazione del Ministero della salute e del Ministero delegato per l'innovazione tecnologica e transizione digitale, **di LG necessarie ad assicurare la raccolta e l'interscambio di dati sanitari da parte degli enti del SSN**
- **monitoraggio sull'attuazione delle LG** di cui sopra e controllo della qualità dei dati sanitari raccolti
- **promozione e realizzazione di servizi basati sui dati destinati agli assistiti e agli operatori** al fine di assicurare strumenti di consultazione dei dati dell'EDS sul territorio nazionale
- **certificazione di soluzioni IT** che realizzano servizi sanitari digitali
- **gestione della Piattaforma nazionale di Telemedicina**
- supporto al Ministero della salute per la **valutazione delle richieste di terzi per finalità di ricerca dei dati raccolti nell'EDS**
- **supporto alla Cabina di regia del Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS)**
- **proposta per la fissazione e il periodico aggiornamento delle tariffe per i servizi di telemedicina**, da approvare con decreto del Ministro della salute

# La Telemedicina a supporto dei pazienti con patologie croniche – *sub investimento 1.2.3*



Promuovere e finanziare lo sviluppo e la diffusione di **nuovi progetti e soluzioni di telemedicina** all'interno dei **sistemi sanitari regionali**

## Obiettivi generali

- Incentivare l'adozione della telemedicina durante tutto il percorso di cura con particolare attenzione ai casi cronici
- Assicurarsi che le soluzioni di telemedicina si integrino con l'ecosistema digitale sanitario e in particolare con FSE
- Misurare gli interventi e incentivare quelli migliori perché estendano i loro servizi a più regioni del SSN

## Target europei del PNRR

- Q4 - 2023 Almeno un progetto per regione/PA
- Q4 - 2025 Almeno 200.000 persone assistite con la telemedicina

# La Telemedicina a supporto dei pazienti con patologie croniche – *sub investimento 1.2.3*



2026

● Integrazione delle soluzioni di **Telemedicina** (televisita, teleconsulto, telemonitoraggio, telecontrollo e teleassistenza) **nel Servizio Sanitario Nazionale.**

○ Flussi di dati amministrativi e clinici

○ Interoperabilità semantica

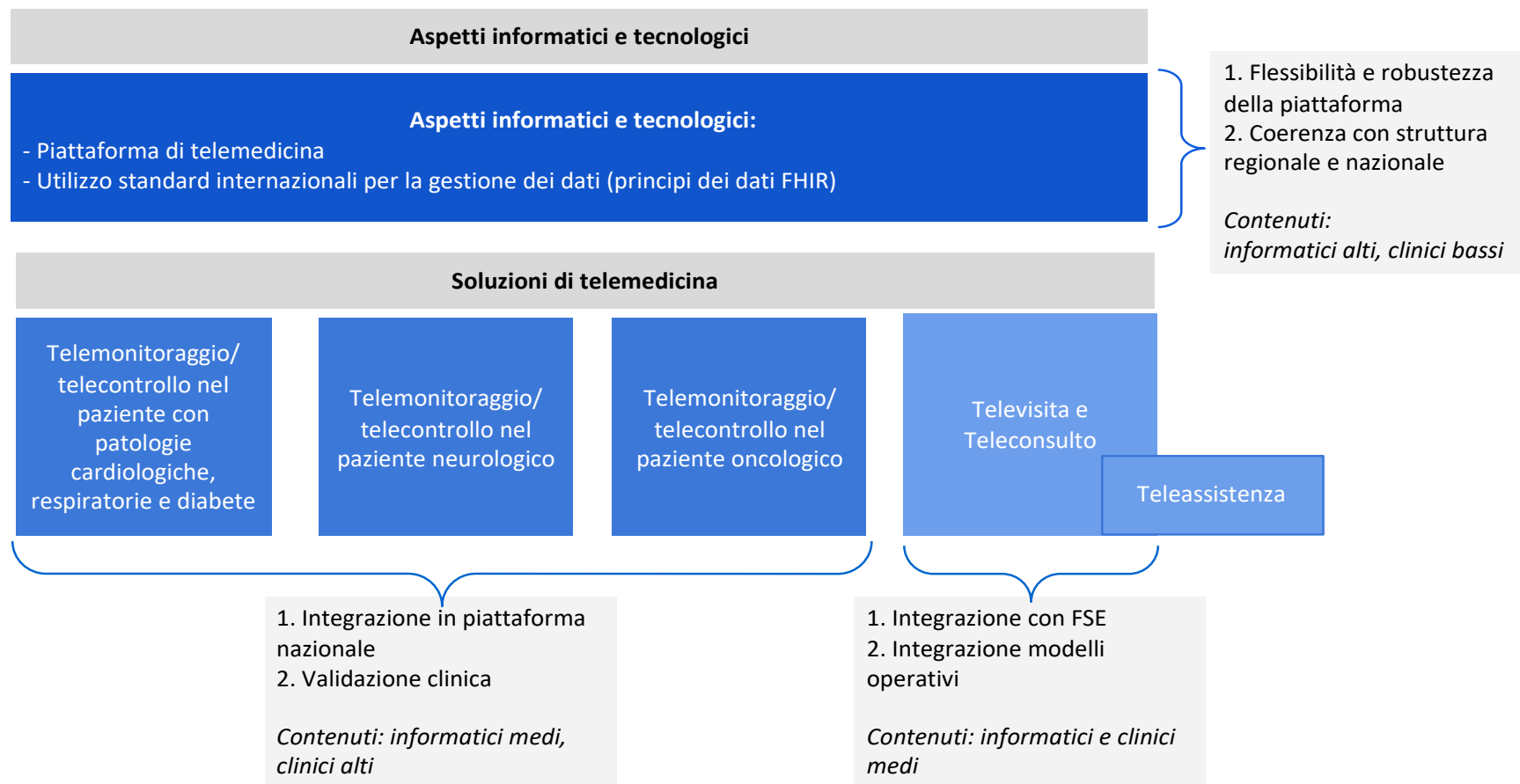
○ Valore predittivo per la presa in carico della comunità

**Ulteriori progettualità**

○ **Portale della Trasparenza**

○ **Progetto Pilota di Intelligenza Artificiale nell'assistenza primaria**

# La Telemedicina a supporto dei pazienti con patologie croniche – *sub investimento 1.2.3*



# Piattaforma Nazionale di Telemedicina

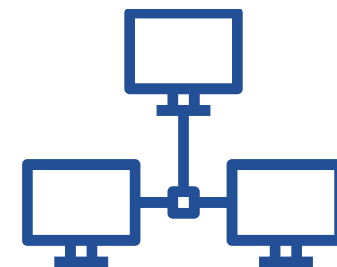


La creazione di una **Piattaforma Nazionale di Telemedicina** permette il governo e il monitoraggio di percorsi di telemedicina messi in atto a livello regionale.

**La Piattaforma Nazionale di Telemedicina si compone di un'infrastruttura nazionale che realizza i servizi abilitanti:**

- Raccolta dati (dati clinici, dati inseriti dal paziente e dati amministrativi)
- Sistema di gestione delle terminologie (nomenclatore / *business glossary*)
- Gestione delle soluzioni di telemedicina
- Sistema di gestione delle Regole (*policy role manager*)
- Governo pianificazione e monitoraggio dei servizi di telemedicina;
- Monitoraggio degli outcome.

A livello regionale è prevista un'**infrastruttura** per l'erogazione almeno di servizi minimi di telemedicina: televisita; teleconsulto; teleassistenza, telemonitoraggio, etc. etc.



## Il PonGov ICT e Cronicità/Telemedicina



1. Mappatura delle esperienze di telemedicina

2. PonGov: Sostenere la sfida alla cronicità con il supporto dell'ICT

3. Analisi delle esperienze internazionali

4. Indicazioni Nazionali e documenti di indirizzo

# Mappatura delle esperienze di telemedicina sul territorio nazionale

Anno 2018:

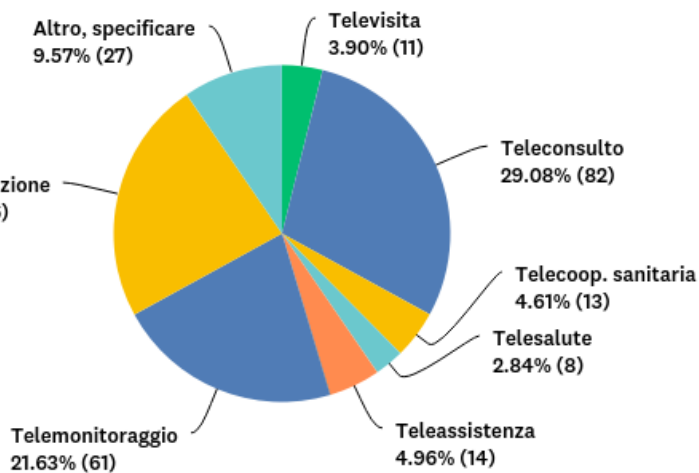
282 esperienze rilevate in tutte le regioni

Aggiornamento in corso

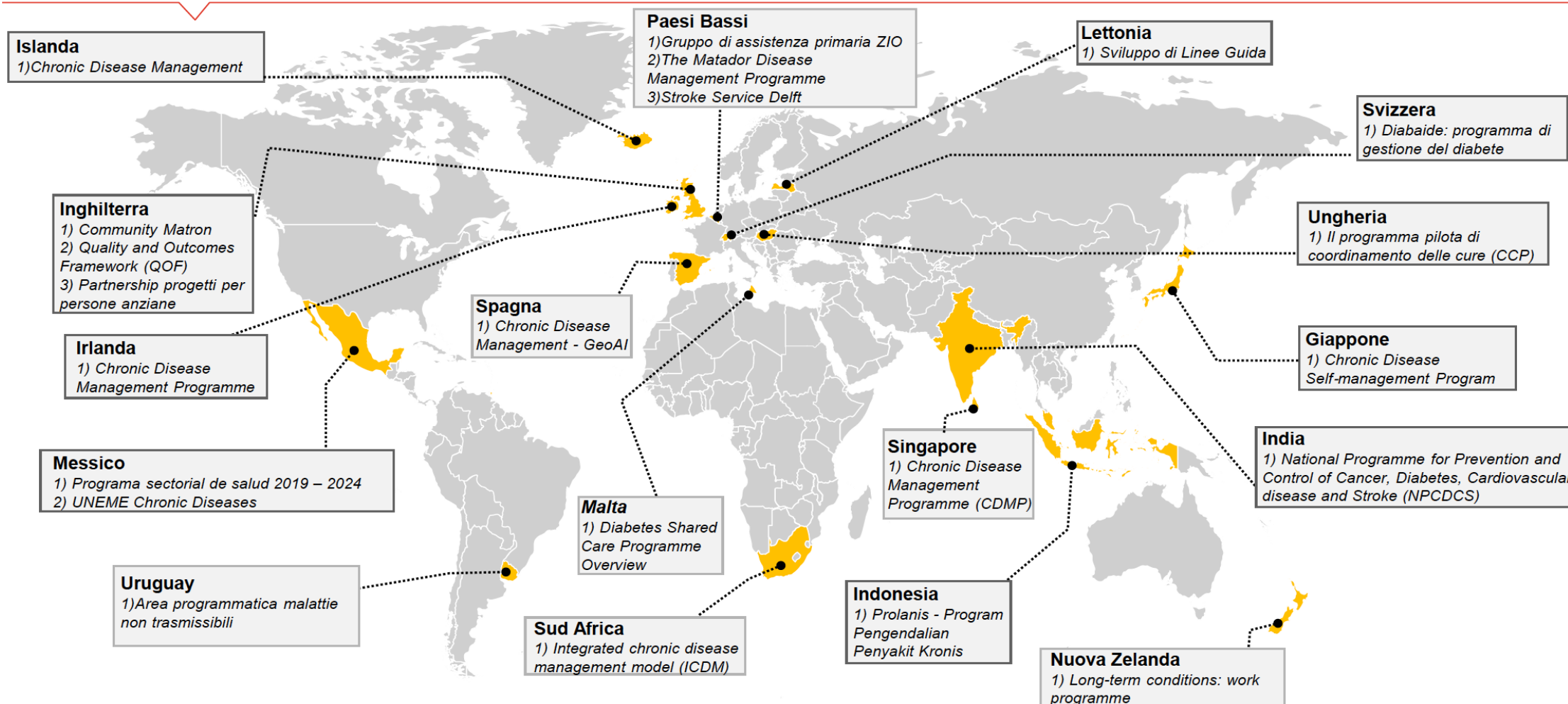
OPZIONI DI RISPOSTA	RISPOSTE
Pazienti acuti di qualsiasi età	34.40% 97
Pazienti acuti solo adulti	7.80% 22
Pazienti acuti solo pediatrici	2.84% 8
Pazienti con più patologie croniche di qualsiasi età	29.08% 82
Pazienti con più patologie croniche solo maggiori di 65 anni	2.48% 7
Pazienti con più patologie croniche solo pediatrici	1.77% 5
Pazienti con una patologia cronica di qualsiasi età	17.02% 48
Pazienti con una patologia cronica solo maggiori di 65 anni	2.84% 8
Pazienti con una patologia cronica solo pediatrici	1.77% 5
TOTALE	282

45%

55%



# Le esperienze internazionali di telemedicina



# Fascicolo Sanitario Elettronico - obiettivo

L'obiettivo è quello di far diventare il FSE l'**unico punto di accesso ai servizi sanitari digitali** attraverso la trasformazione del FSE:

da "archivio di documenti" a "ecosistema di dati e servizi"

per i :

- **Cittadini:** oltre a contenere i dati clinici deve consentire l'accesso ai servizi sanitari
- **Operatori Sanitari:** fonte di informazioni per la storia clinica dell'assistito e per il monitoraggio di aderenza alle cure
- **Aziende, Regioni, Governo e Ricerca:** dati e strumenti per analisi finalizzate a favorire la prevenzione, il miglioramento delle cure e la ricerca.

Il lavoro è tanto ma possiamo farcela!



## PAROLA CHIAVE ..... CO-PROGETTAZIONE!



Sindaci

Professionisti sociali

Osservatorio BP SOCIO-SANITARIE  
(Convenzione Agenas – Federsanità Anci regionali)



Osservatorio Nazionale BP Agenas



Monitoraggio delle Buone Pratiche

Referenti regionali e aziendali

Professionisti sanitari

Ministero della Salute

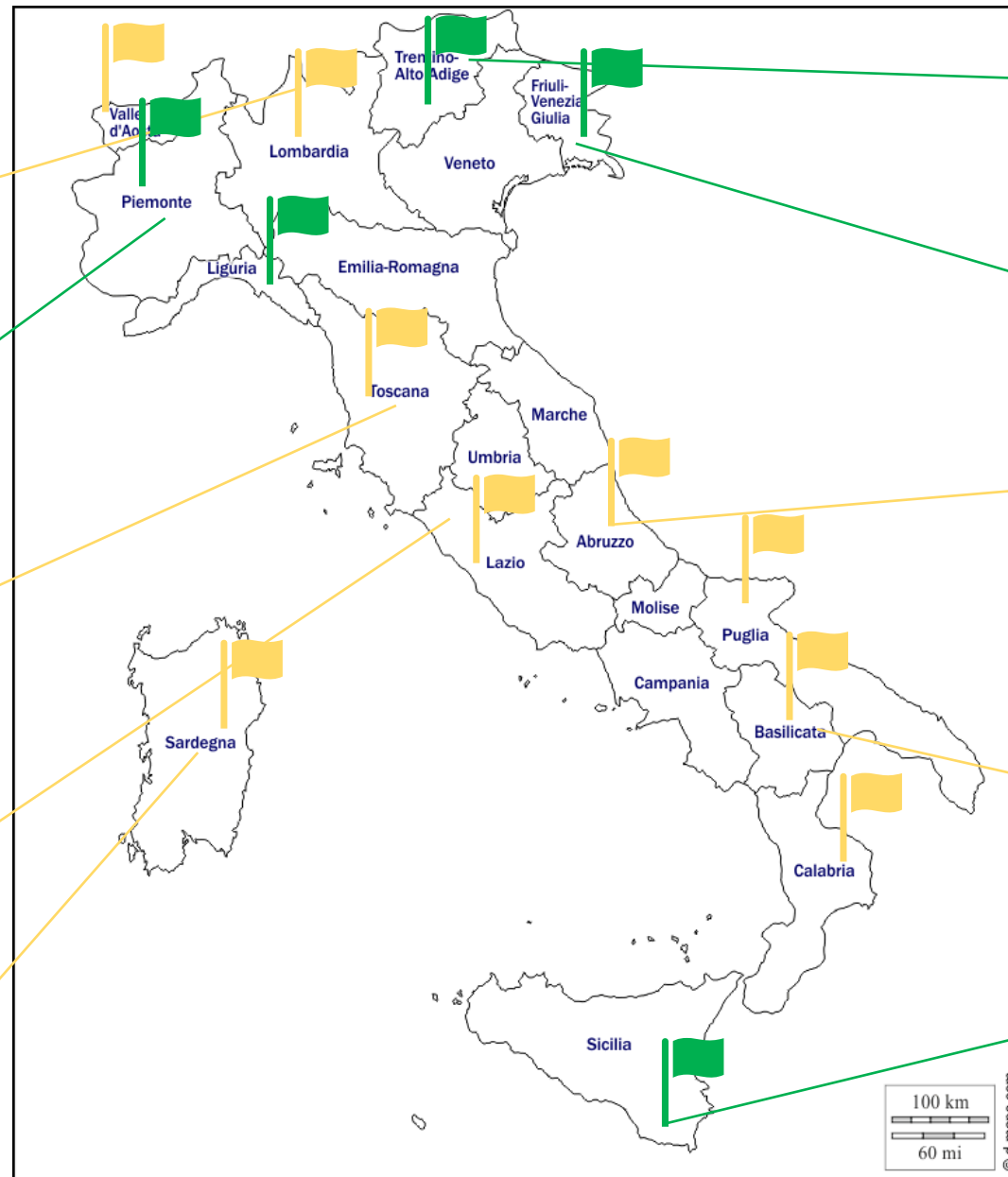


OSSERVATORIO CRONICITÀ



Ministero della Salute

# La Comunità di Pratica del progetto PONGOV



Riorganizzazione rete territoriale  
ASST Lodi - CdC, COT, OdC

Attivazione CO 116117  
Sperimentazione di 4 COT  
(ASL NO, ASL TO3, ASL CU2,  
ASL Città di Torino)

Potenziamento rete territoriale  
attivazione NEA 116117

COT  
Modelli innovativi di gestione della cronicità  
NEA 116117

Attivazione NEA 116117

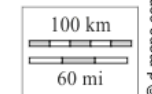
Buona pratica Telemedicina  
(Trentinosalute 4.0)

Progetto Smartcare

Riorganizzazione rete territoriale  
CdC, COT, OdC  
Sperimentazione NEA 116117

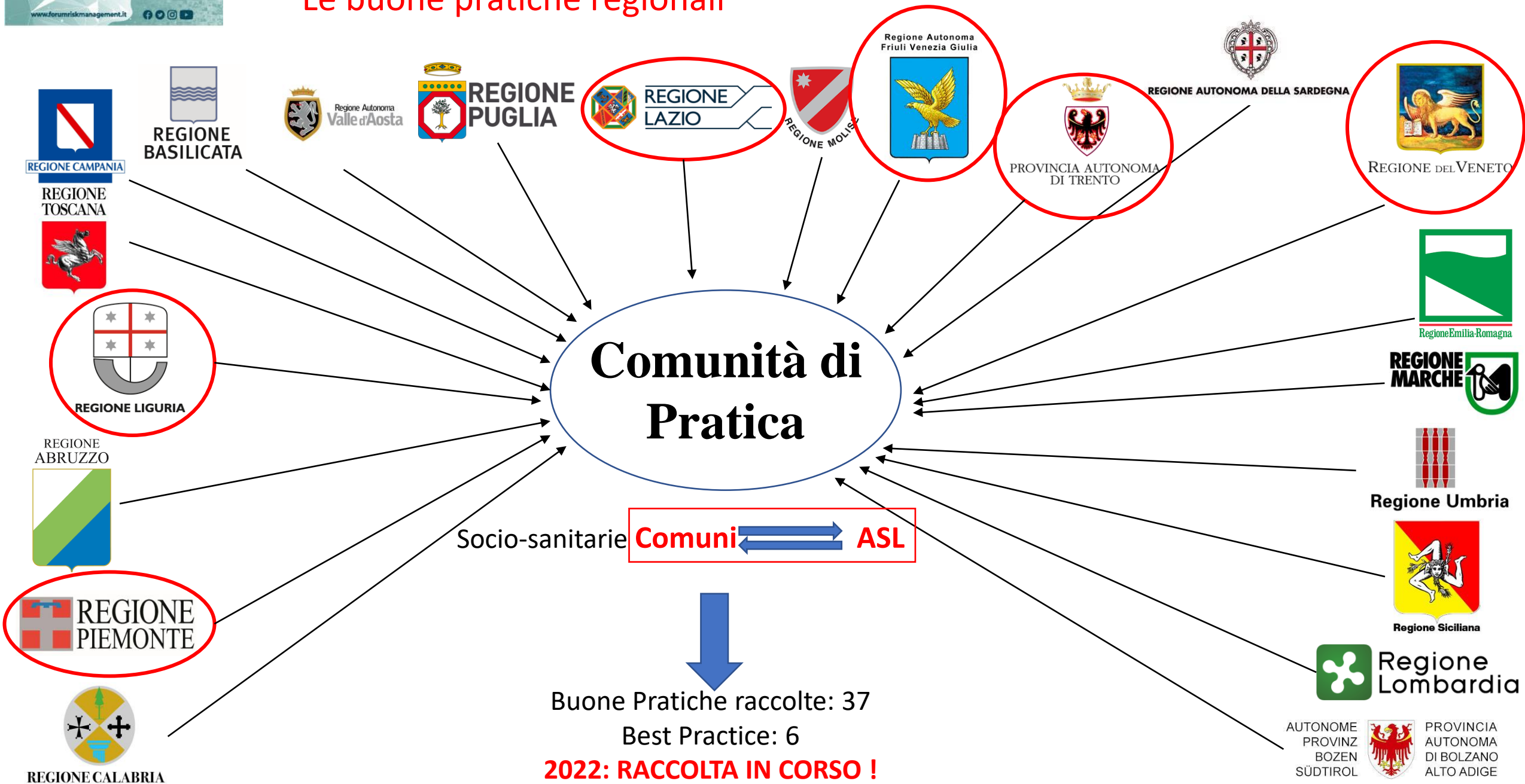
Sperimentazione NEA 116117

Attivazione COT ASP Ragusa



© d-maps.com

# Le buone pratiche regionali



## MANUALE OPERATIVO PONGOV ICT e Cronicità

- raccolta sistematica di metodologie, analisi, competenze e conoscenze multidisciplinari basate sul lavoro di esperti coinvolti nel progetto e sulla continua condivisione di esperienze ed il confronto reciproco tra gli operatori del settore, quale obiettivo della *Comunità di Pratica*;
- vero e proprio strumento di guida, di tutte quelle Regioni/Amministrazioni, Aziende e Stakeholder interessati e attori in questo graduale percorso di potenziamento dell'assistenza territoriale rimanendo in linea con le indicazioni di carattere nazionale in tema di PNRR;
- **un documento in costante aggiornamento!!**

### Online presso:

- <https://osservatoriocronicita.it/index.php>
- <https://www.agenas.gov.it/comunicazione/primo-piano/2097-manuale-operativo-e-buone-pratiche-per-ispirare-e-supportare-l%E2%80%99implementazione-del-pnrr>



## PARTE I: INTRODUZIONE ..... 15

<b>1. FINALITÀ E STRUTTURA DEL MANUALE OPERATIVO: STRUMENTI GESTIONALI E DIGITALI PER LA PRESA IN CARICO DI CRONICITÀ E FRAGILITÀ ..... 15</b>
1.1 Il Progetto PONGOV Cronicità ..... 15
1.2 Finalità del Manuale Operativo ..... 18
1.3 La struttura multicanale del Manuale ..... 18
Componente 1 – Contesto, modelli di riferimento e indicazioni operative ..... 18
Componente 2 – Metodi e strumenti ..... 19
La Matrice di analisi delle pratiche innovative ..... 19
I glossari tematici ..... 20
Le Check list di approfondimento ..... 20
Componente 3 – Buone pratiche ..... 21
Le buone pratiche nell'ottica dei programmi europei ..... 21
1.4 Il processo di diffusione del Manuale e delle Buone Pratiche ..... 26
Gruppi di lavoro e comunità di pratica ..... 27

## PARTE II: SCENARIO ..... 29

<b>2. IL CONTESTO EPIDEMIOLOGICO TASSI DI COPERTURA E APPROPRIATEZZE DEL SSN: PRINCIPALI INDICATORI DI RIFERIMENTO NAZIONALI E REGIONALI ..... 29</b>
2.1 L'epoca della fragilità: invecchiamento e disuguaglianza ..... 29
2.2 Aspettativa di vita e invecchiamento ..... 30
2.3 Fragilità ..... 31
2.4 Integrazione della prevenzione sociosanitaria ..... 33
2.5 Indicatori di riferimento a livello nazionale e regionale ..... 33
2.6 Patrimonio informativo NSIS ..... 33
2.7 Monitoraggio dei LEA – Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) ..... 34
<b>3. LO SCENARIO PROGRAMMATICO E NORMATIVO-DOCUMENTALE ..... 37</b>
3.1 Obiettivi e framework del Piano Nazionale Cronicità ..... 37
3.2 Indirizzi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza ..... 40
3.3 Visioni di una riforma centrata sulle cure integrate ..... 43
<b>4. LOGICHE E STRUMENTI PER LA STRATIFICAZIONE DELLA POPOLAZIONE E LA CLUSTERIZZAZIONE DEI PAZIENTI ..... 45</b>
4.1 Contesto epidemiologico ..... 45
4.2 Dalla classificazione delle malattie alla stratificazione della popolazione ..... 46
4.3 Perché studiare la stratificazione della popolazione ..... 46
4.4 Differenza tra stratificazione della popolazione e Risk Adjustment ..... 47
4.5 Modelli di stratificazione della cronicità studiati e pubblicati in Italia ..... 47
4.6 Lo Stato dell'arte in Italia (la ricognizione PonGov Cronicità) e la mappa delle buone pratiche inerenti alla stratificazione della popolazione e la clusterizzazione dei pazienti ..... 48
4.7 Strategie di stratificazione a confronto: la fragilità come sintesi ..... 50
4.8 La governance aziendale della stratificazione ..... 51
4.9 Sintesi ..... 52

## PARTE III: LE INNOVAZIONI DEI SERVIZI ..... 55

<b>5 MODELLI DI PRESA IN CARICO DELLA CRONICITÀ E PDTA VALORIZZANDO GLI STRUMENTI DIGITALI ..... 55</b>
5.1 Analisi di contesto ..... 55
La presa in carico (PIC) ..... 55

INDICE

9

LOGICHE E STRUMENTI GESTIONALI E DIGITALI PER LA PRESA IN CARICO DELLA CRONICITÀ



10

5.2 Le componenti di servizio fondamentali per la presa in carico del paziente cronico ..... 56
Medicina di iniziativa ..... 56
PAI e PDTA ..... 57
Il coordinamento della filiera professionale MMG, specialisti convenzionati, medici ospedalieri ..... 58
Infermiere di Famiglia o Comunità ..... 59
I confini del PAI ..... 59
Case della Comunità ..... 59
5.3 Lo stato dell'arte in Italia (la ricognizione PonGov Cronicità) e la mappa delle buone pratiche inerenti la presa in carico della cronicità ed i PDTA ..... 61
5.4 I fattori critici di successo per il change management ..... 64

## 6 TRANSITIONAL CARE DELLA FRAGILITÀ CON STRUMENTI DIGITALI ..... 67

6.1 Aspetti definitivi: fragilità, transitional care, strumenti digitali ..... 67
6.2 Gli elementi fondamentali: Centrali Operative Territoriali (COT), Unità di Valutazione multidimensionale (UVM), Numero Unico Europeo 116117 ..... 67
6.3 Lo Stato dell'arte in Italia (la ricognizione PonGov Cronicità) e la mappa delle buone pratiche inerenti modelli di transitional care della cronicità ..... 71
6.4 I fattori critici di successo: change management ..... 72

## 7 MODELLI INNOVATIVI DI CURA ED ASSISTENZA BASATI SU SISTEMI ICT E TELEMEDICINA ..... 75

7.1 Rilevanza e necessità della telemedicina nella sanità moderna ..... 75
7.2 Aspetti chiave nella progettazione del servizio ..... 77
Un sistema a misura del bisogno clinico-assistenziale ..... 77
I contenuti tecnici ..... 78
Il fattore abilitante: i dispositivi medici ..... 79
Privacy e protezione delle informazioni digitali & Cybersecurity in telemedicina ..... 79
7.3 Lo Stato dell'arte in Italia (la ricognizione PonGov Cronicità) e la mappa delle buone pratiche sull'utilizzo di ICT e Telemedicina ..... 81
7.4 I fattori critici di successo ..... 85

## 8 LA RETE DEI SERVIZI DELLE CURE INTERMEDIE ..... 87

8.1 Aspetti definitivi ..... 87
8.2 Gli elementi/dimensioni fondamentali ..... 87
8.3 Lo Stato dell'arte in Italia (la ricognizione PonGov Cronicità) e la mappa delle buone pratiche inerenti i servizi di cure intermedie ..... 91
8.4 I fattori critici di successo ..... 94

## PARTE IV: DIMENSIONAMENTO E CHANGE MANAGEMENT ..... 97

### 9 DIMENSIONAMENTO DEI SERVIZI E DELLA CAPACITY DI PERSONALE E LOGISTICA ..... 97

9.1 Il dimensionamento dei servizi e della capacity produttiva ..... 97
9.2 Le variabili fondamentali del dimensionamento dei servizi e della capacity produttiva ..... 97
9.3 Un modello di dimensionamento territoriale ..... 98
9.4 Esempificazione del modello di dimensionamento territoriale in un caso studio regionale ..... 100
9.5 Il fabbisogno di competenze multiprofessionali nei team in sanità ..... 105
9.6 I team multiprofessionali nelle buone pratiche esaminate e nel futuro assetto territoriale (PNRR) ..... 105
9.7 Fattori critici di successo per l'uso di strumenti di dimensionamento dei servizi e delle capacity ..... 106

### 10 CHANGE MANAGEMENT ..... 109

10.1 Il change management di sistema a livello istituzionale. Un work in progress ..... 109
10.2 Il change management di livello organizzativo. Istruzioni di base ..... 110
10.3 Il change management applicato al PonGov Cronicità: strumenti operativi e prospettive ..... 112



# Grazie dell'attenzione

**Francesco Enrichens - Agenas**

Project Manager PONGOV ICT e Cronicità  
*[enrichens@agenas.it](mailto:enrichens@agenas.it)*

