

PNRR, IFEC e nuovi modelli assistenziali

OPI Bologna – 9 Giugno 2022

Annamaria Ferraresi
Direttore Distretto Ovest
Azienda USL Ferrara

PNRR



Next Generation EU e PNRR: per l'Italia 235 mld

Il piano di intervento europeo è stato chiamato «**Next Generation EU**» (NGEU), spesso definito dai media «**Recovery Fund**» (Fondo per la ripresa).

Le risorse del NGEU finanzieranno i Piani di intervento di ciascun Paese membro. Il PNRR italiano, presentato alla Commissione il 30 aprile 2021, è stato approvato lo scorso 22 giugno con una valutazione di dieci «A» e una «B». Dopo l'adozione da parte del Consiglio europeo, spetta all'Italia **un anticipo del 13% delle risorse** destinate al nostro Paese.

Per **l'Italia - prima beneficiaria in valore assoluto del Recovery Fund - le risorse disponibili** previste dal NGEU nel suo Dispositivo per la Ripresa e la Resilienza (RRF) sono pari a 191,5 miliardi: le sovvenzioni da non restituire ammontano a 68,90 miliardi (36%), i prestiti da restituire a 122,6 miliardi (64%). **La dotazione complessiva del PNRR è di 235,14 miliardi**, perché ai 191,50 si aggiungono 30,64 miliardi di risorse nazionali e 13 miliardi del Programma ReactEU, il Pacchetto di assistenza alla ripresa per la coesione e i territori d'Europa.

PNRR: 6 Missioni e 16 Componenti

Il Piano di Ripresa e Resilienza si articola in **6 MISSIONI**, che corrispondono alle 6 grandi aree di intervento previste dal Next Generation EU, e **16 COMPONENTI**



Missione 5: lavoro, famiglia e coesione territoriale

La Missione 5 "Inclusione e coesione" si focalizza sulla dimensione sociale e spazia dalle politiche attive del lavoro, con focus sul potenziamento dei Centri per l'impiego e del Servizio civile universale, all'aggiornamento delle competenze, fino al sostegno all'imprenditoria femminile. Sono previste misure per rafforzare le infrastrutture sociali per le famiglie, le comunità e il terzo settore, inclusi gli interventi per la disabilità e per l'housing sociale.



Sono inoltre previsti interventi speciali per la coesione territoriale, che comprendono gli investimenti per la Strategia nazionale per le aree interne e quelli per le Zone economiche speciali (ZES) e sui beni sequestrati e confiscati alla criminalità.

La Missione 5, **con una dotazione di 19,81 miliardi**, si articola in tre Componenti:

- **Politiche per il lavoro**
- **Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore**
- **Interventi speciali per la coesione territoriale**

Missione 6: salute bene pubblico e universale

La Missione 6 «Salute» parte dall'assunto che la pandemia da Covid-19 ha confermato il valore universale della salute, la sua natura di bene pubblico fondamentale e la rilevanza macroeconomica dei servizi sanitari nazionali.

Si focalizza sugli obiettivi di rafforzare la rete territoriale e ammodernare le dotazioni tecnologiche del Servizio sanitario nazionale con il rafforzamento del Fascicolo sanitario elettronico e lo sviluppo della telemedicina. Inoltre, si sostengono le competenze tecniche, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario, oltre a promuovere la ricerca scientifica in ambito biomedico e sanitario.

La Missione, **con una dotazione di 15,63 miliardi**, si articola in due Componenti:

- **Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale**
- **Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio sanitario nazionale**

Missione 5 – Inclusione sociale

Sub-investimento	N° progetti attesi Emilia-Romagna
1.1.1 Sostegno alle capacità genitoriali e prevenzione della vulnerabilità delle famiglie e dei bambini	28
1.1.2 Autonomia degli anziani non autosufficienti	9
1.1.3 Rafforzamento dei servizi sociali domiciliari per garantire la dimissione anticipata assistita e prevenire l'ospedalizzazione	15
1.1.4 Rafforzamento dei servizi sociali e prevenzione del fenomeno del burn out tra gli operatori	15
1.2 Percorsi di autonomia per persone con disabilità	52
1.3 Povertà estrema - Housing first	21
1.3 Povertà estrema – Stazioni di Posta/Centri servizi	21

- È già stata pubblicata una graduatoria dei Comuni o associazioni di Comuni che potranno accedere ai finanziamenti;

Sono in fase di pubblicazione bandi di co-progettazione con enti del terzo settore

La Missione 6 si articola in 2 Componenti



Missione 6: Salute

COMPONENTI E RISORSE (MILIARDI DI EURO):



15,63

Totale

M6C1 - RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E
TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA
TERRITORIALE 7,00

M6C2 - INNOVAZIONE, RICERCA E
DIGITALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO
NAZIONALE 8,63

Missione 6 : assistenza territoriale

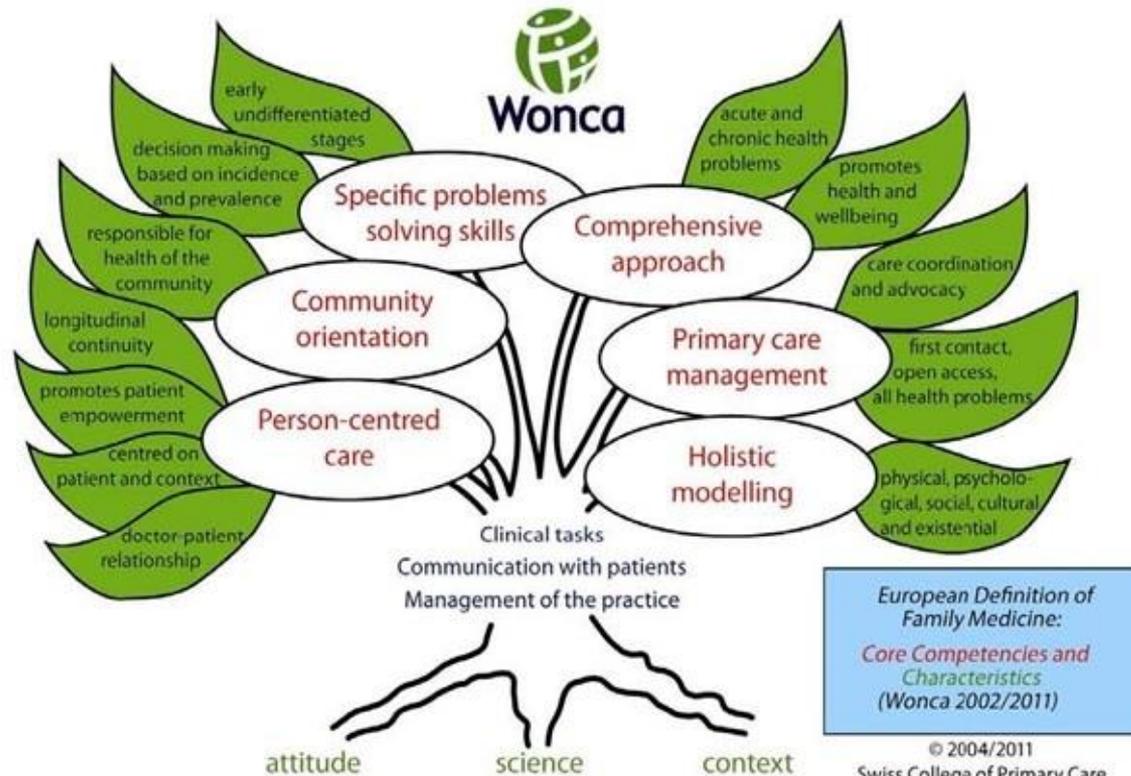
Il PNRR offre una storica opportunità di finanziamento strutturale e tecnologico della sanità territoriale, che deve essere sviluppato avendo chiaro un modello che valorizzi :

- prossimità al cittadino
- integrazione multiprofessionale e multidisciplinare,
- integrazione socio-sanitaria
- integrazione territorio-ospedale.

Le cure primarie secondo Barbara Starfield - MMG

È tempo che prendano l'iniziativa per muovere l'assistenza laddove ci sono i bisogni; per assistere i pazienti e le popolazioni e non le malattie. Tutto ciò non solo è biologicamente corretto, ma anche più efficace, più efficiente, sicuro e più equo.

Definizione europea medicina generale



L'ALBERO WONCA
elaborato dal College Svizzero delle Cure Primarie
(riveduto nel 2011)

Tassonomie, interprofessionalità e bisogni complessi

The poster features a vibrant geometric pattern of overlapping triangles and squares in shades of yellow, orange, red, blue, and black. The text is overlaid on this pattern.

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara

ICPC-2R

**CLASSIFICAZIONE
INTERNAZIONALE
DELLE CURE PRIMARIE**

16 NOVEMBRE 2019

Aula Magna
OSPEDALE DI CONA - Ferrara

DALLE ORE 08.30 ALLE ORE 17.30

Assistenza territoriale: pazienti, professionisti e istituzioni collaborano per costruire salute.

La medicina del territorio è la base su cui fondare il Servizio Socio-Sanitario:

- integra al suo interno un approccio **biopsicosociale** capace di intervenire sui determinanti di salute (i contesti e gli ambienti in cui le persone nascono, vivono, crescono, lavorano e invecchiano);
- favorisce la tutela anche delle fasce di popolazione più svantaggiate economicamente-culturalmente;
- rappresenta un modello capace di affrontare la complessità, sviluppando sistemi di assistenza per intervenire sui processi salutogenici del singolo o della famiglia

Sviluppo dell'assistenza territoriale

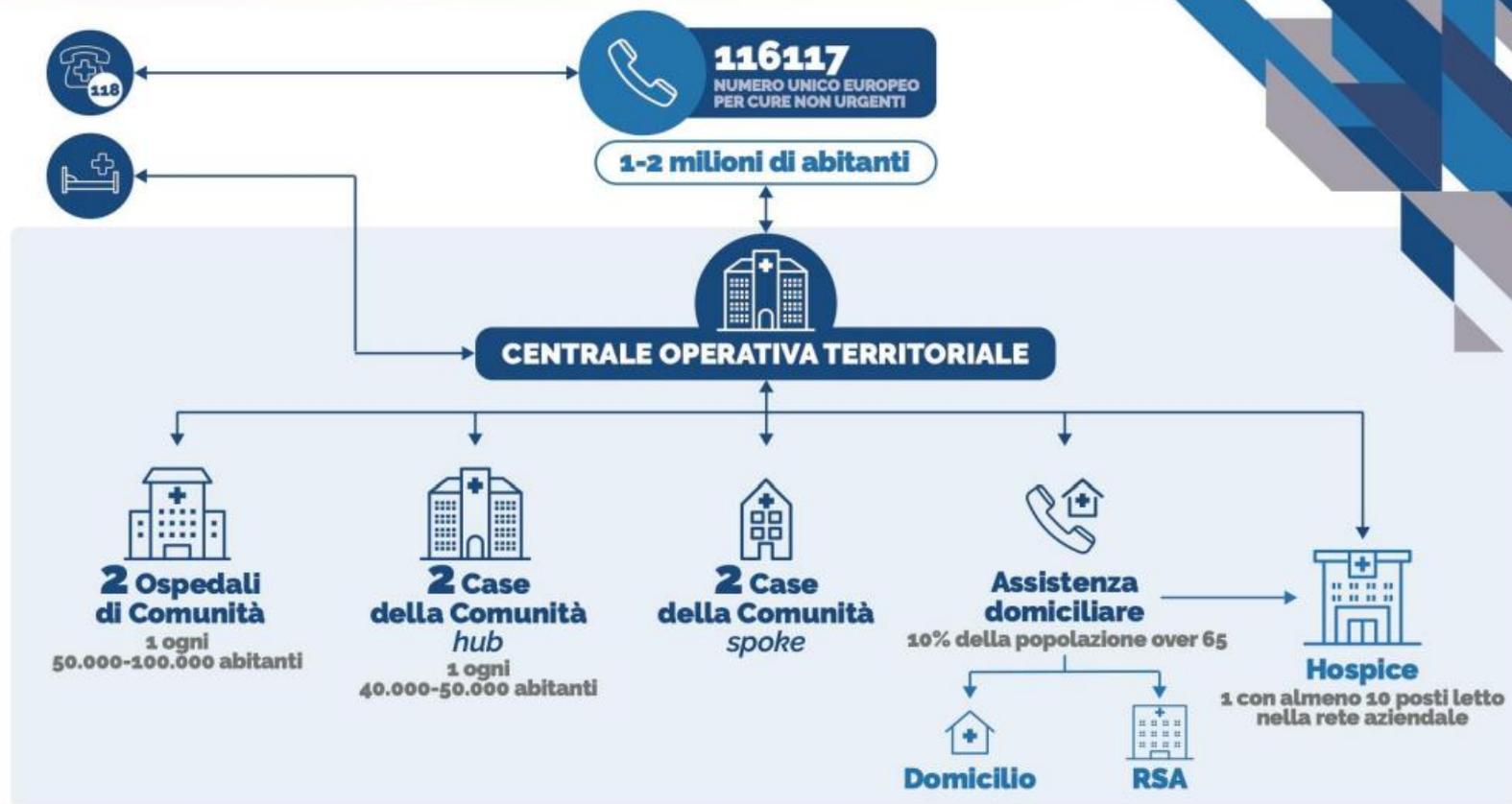
I bisogni nella prospettiva biopsicosociale vanno affrontati mettendo in campo, in maniera coordinata, tutte le risorse necessarie per soddisfare le varie componenti – cliniche, assistenziali, sociali, talora anche culturali. Ciò richiede team multiprofessionali in sinergia con servizi non sanitari.

Ruolo e formazione dei professionisti nell'assistenza territoriale

L'idea di fondo è quella di professionisti sanitari **formati e fortemente responsabilizzati rispetto allo stato di salute dei cittadini residenti** nel distretto che lavorino in modo collegiale integrato e altre discipline all'interno degli Ospedali e delle Case della Comunità, sia nell'accogliere e accompagnare la persona che a loro si rivolge per un **bisogno sanitario o socio-sanitari** sia di avere un ruolo **pro-attivo nei confronti della cronicità** (“medicina di iniziativa”) **sia della prevenzione e promozione della salute.**

Decreto Ministeriale 71

Il Consiglio dei Ministri ha approvato una delibera motivata che autorizza il ministero della Salute ad adottare il decreto ministeriale sui “modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale” che recepisce il “Dm 71”, che definisce gli standard per l'assistenza territoriale.



Il Distretto: funzioni e standard

Gli obiettivi strategici e gli strumenti del PSSR Regione Emilia Romagna

- Come obiettivo viene confermato il **Distretto** quale **snodo strategico e punto nevralgico** per realizzare ed erogare in modo ancora più integrato i servizi sanitari, sociali e **socio-sanitari**. Per Distretto, concretamente, si intende l'ambito territoriale sul quale orientare la lettura dei bisogni e delle risorse e la programmazione degli interventi. Oltre all'Azienda sanitaria, ne fanno parte i Comuni o le Unioni

Assistenza territoriale

Il modello di sanità territoriale che oggi sembra essere maggiormente in grado di assolvere al compito di accoglienza, presa in cura e risposta ai bisogni sanitari e socio-sanitari della popolazione nell'ambito di una relazione di cura, si fonda sulla “**zona-distretto**”, luogo di gestione e coordinamento organizzativo della rete all'interno della quali operano in primis:

- le “Case della Comunità” hub e spoke, primo e più prossimo punto unitario di riferimento per i cittadini e per la presa in carico della loro domanda di salute inclusi gli MMG

- le “Centrali Operative Territoriali”
- gli “Ospedali di Comunità”, a fondamentale gestione infermieristica, per la assistenza e la cura di malati affetti da acuzie di entità tale da non richiedere il ricovero in Ospedale ma da non poter essere garantita a domicilio,
- Lo sviluppo della domiciliarità orientata al miglioramento delle abilità funzionali della famiglia e non alle prestazioni

E' all'interno di questo modello devono essere sviluppate figure di prossimità, che esprimano competenze *distintiva*, ossia che potenzino il confronto tra le diverse professionalità e l'attivazione delle risorse del cittadino e del sistema famiglia nella risposta al problema di salute.

Sviluppo servizi territoriali e sistema informativo

Sole è la rete che collega i medici e pediatri di famiglia con le strutture sanitarie ed ospedaliere della Regione Emilia-Romagna.

Ciò permette:

- L'invio della prescrizione elettronica di visite ed esami specialistici dai medici e pediatri di famiglia
- Le notifiche di ricovero e dimissione del paziente ricoverato, previo suo consenso, dall'ospedale al medico e pediatra di famiglia e il referto di pronto soccorso
- Le vaccinazioni effettuate dai servizi vaccinali
-
- E l' infermiere ??

Assistenza territoriale come *gatekeeping*

- Il punto di primo contatto per i pazienti **cronici e complessi** devono essere sempre più i servizi territoriali
- L'accesso in pronto soccorso garantisce risolutività solo a pazienti sani con problematiche acute, ad esempio patologie tempo dipendenti come infarto o ictus che rappresentano solo una parte dei bisogni di salute

Assistenza territoriale come *gatekeeping*

- L'assistenza territoriale deve operare come punto di primo contatto e dovrà possedere le competenze e le funzioni per accogliere il paziente reale, comprenderne le necessità, conoscere le risorse territoriali e la rete dei servizi esistenti, pianificare un possibile intervento socio assistenziale, o riferire il paziente ad altre reti di intervento, laddove necessario

- La letteratura associa alla mancanza di una porta di ingresso facilmente accessibile la distorsione dei percorsi terapeutici, l'uso inappropriato dei servizi, il ritardo assistenziale, la diminuita risolutività e l'aumento dei costi.
- Quale struttura e ulteriore sviluppo del PUO ? Oggi quali professionisti accolgono il cittadino al primo accesso ? Quando avviene la presa in carico?
- Il pronto soccorso, la continuità assistenziale sono un punto di accesso ?

Cure intermedie

Il termine “cure intermedie” (*Intermediate care*) è stato introdotto nel 2002 dal Ministero della Sanità britannico per indicare una vasta gamma di servizi integrati capaci di promuovere un rapido recupero dello stato di salute del paziente, prevenire un’ospedalizzazione acuta non necessaria e supportarne la dimissione.

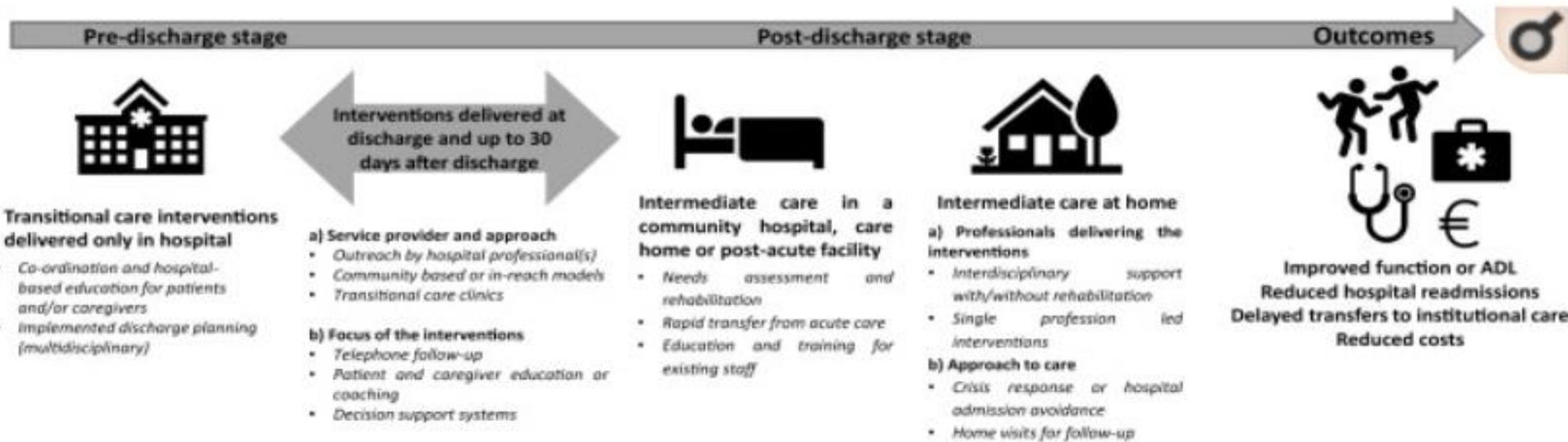
Cure intermedie

Nella letteratura internazionale il tema è stato negli anni sviluppato principalmente con due prospettive:

l'intermediate care, che ricopre tutte le aree di intervento intermedie tra l'ospedale ed il domicilio del paziente e che si caratterizza per il contenuto socio-assistenziale

la transitional care, che si concentra invece sulle modalità di raccordo e di passaggio del paziente fra i diversi ambiti di assistenza.

Di fatto le soluzioni non si escludono a vicenda, possono essere presenti entrambi: le soluzioni dell'*intermediate care* sono principalmente di natura strutturale, mentre quelle di *transitional care* sono funzionali



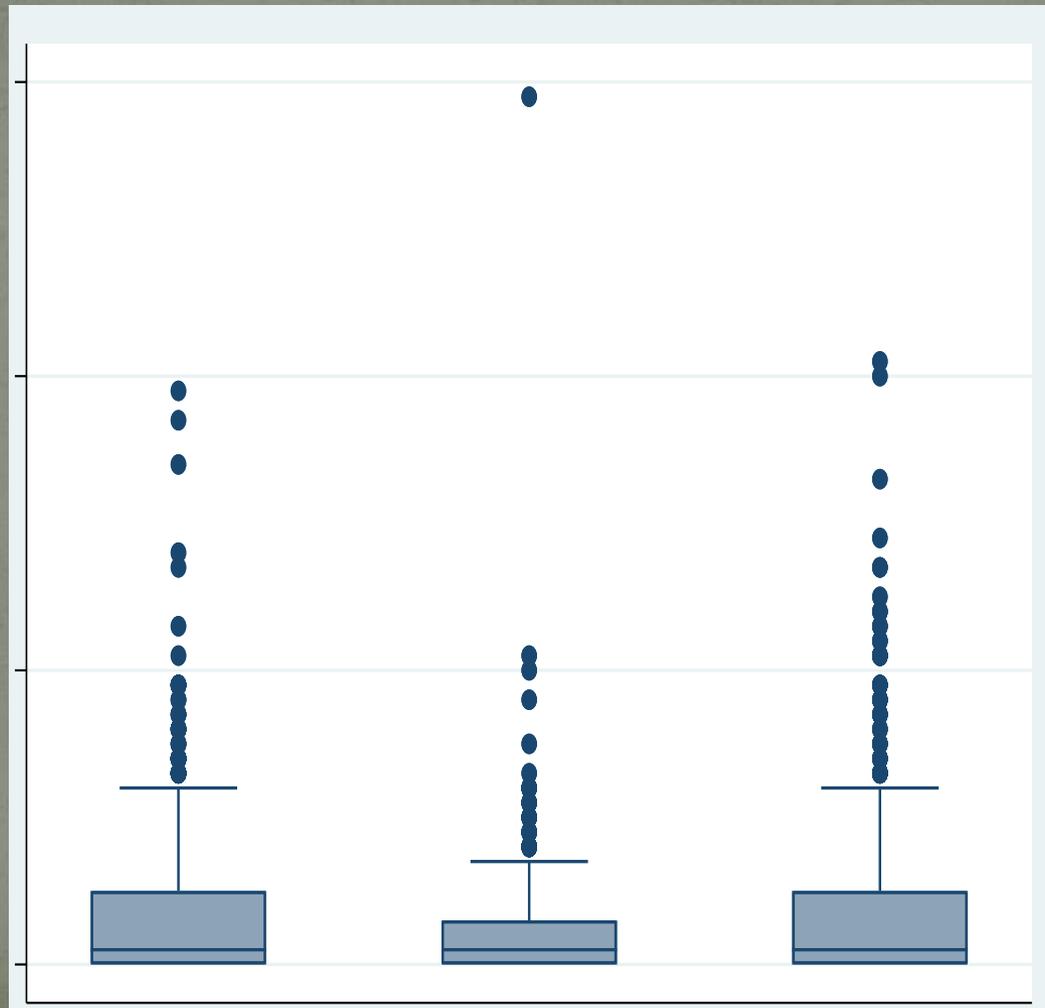
Interventions and their outcomes

Duygu Sezgin, *The effectiveness of intermediate care including transitional care interventions on function, healthcare utilisation and costs: a scoping review* Eur Geriatr Med 2020 Dec;11(6):961-974

Centrale operativa territoriale

- La Centrale Operativa Territoriale (Cot) è un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza (*DM 71*)
- *Quale ruolo per i servizi sociali?*

COT e governo rete posti letto provinciali



Domiciliarità

Vi è stato un ampliamento del concetto “culturale” di domiciliarità: si tende a farla coincidere con un sistema a rete con il coinvolgimento della comunità locale. È infatti maturata la consapevolezza che né le varie unità d’offerta socio-sanitarie, né le cure familiari e/o informali possono, di per sé, affrontare tutte le esigenze e i problemi connessi al diritto delle persone non autosufficienti di restare nel luogo primario di vita e relazioni, la loro casa.

Quale nuovo modello di integrazione socio – sanitaria nella domiciliarità? Quali attori e quali risorse umane e materiali ?

Promozione della salute e prevenzione

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara

20 APRILE, ORE 17, 30
PIATTAFORMA BLACKBOARD

PARTECIPA E COLLEGATI A QUESTO LINK:
<https://www.ausl.fe.it/sport>

INTERVENGONO:

- SALUTI: PIER GIORGIO BRUNELLO
ASSRE DEL COMUNE DI POGGIO RENATICO
- LUCA CASTAGNINI
DIR. U.O.C. ORTOPEZIA - OSP. DI CENTO
- DALIA COTTI
FISIATRA - OSP. CENTO
- LUCA CATAPANO
MMG - MEDICO DI MEDICINA DI GRUPPO
POGGIO RENATICO

Incontro del PRP -
Piano regionale della
prevenzione organizzato
dall'Azienda Usl con i
Comuni del Distretto
Ovest: Bondeno, Cento,
Poggio Renatico
Terre del Reno
e Vigarano Mainarda

MODERA: ANNAMARIA FERRARESE
DIRETTRICE DISTRETTO OVEST

TRAUMATOLOGIA GINOCCHIO E SPALLA:

- PREVENZIONE
- TRATTAMENTO
ORTOPEDICO
- RIABILITAZIONE

OPPURE ENTRA
E SCANSIONA
IL QR CODE

Il Dipartimento di Prevenzione agisce in stretto raccordo con il Distretto per la programmazione, attuazione, validazione e coordinamento di azioni finalizzate alla promozione della salute. (DM71)

Case della Comunità come ambito per la prevenzione: PRP

- Nelle Case della Comunità viene programmata l'attività di prevenzione per la salute della comunità a supporto in vari programmi del PRP:

- PP2 Comunità attive
- PP5 Sicurezza negli ambienti di vita
- PL11 Primi mille giorni di vita
- PL13 Screening
- PL16 Vaccinazioni
- PL20 Stili di vita: dalla promozione alla presa in carico



Le politiche sociali: un sistema frammentato

- La gestione associata è l'obiettivo strategico di governance del sistema individuato dal PSSR, il quale prevede la gestione associata dei servizi sociali per ambito distrettuale, già disciplinata dalla L.R. n. 12/2013, dalla delibera di Giunta regionale n. 1012/2014

Qualificazione dei servizi sociali

- A supporto della qualificazione del Servizio sociale territoriale è importante richiamare il potenziamento dei servizi sociali comunali, di cui all'art.1 c.797 e seguenti della Legge 30 dicembre 2020 n. 178 (Legge di bilancio 2021), operato a livello nazionale. La norma ha introdotto un livello essenziale delle prestazioni di assistenza sociale definito in 1 operatore ogni 5.000 abitanti.

Integrazione con i servizi sociali e sviluppo integrato di servizi

- Case della comunità e servizi sociali
- COT e servizi sociali
- Domiciliarità e servizi sociali : ADI e SAD

Integrazione con i servizi sociali

Casa della Comunità

Standard minimi che deve avere una Casa della Comunità hub:

Servizi	Casa della Comunità hub
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
Integrazione con i Servizi Sociali per la cronicità	obbligatorio
Partecipazione della Comunità e valorizzazione co-produzione	obbligatorio
Presenza medica	obbligatorio h24, 7/7 gg
Presenza infermieristica	obbligatorio h12, 7/7 gg fortemente raccomandato h24, 7/7 gg
Servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicità	obbligatorio
Continuità Assistenziale	obbligatorio
Punto prelievi	obbligatorio
Servizi Sociali alla persona e alla famiglia	fortemente raccomandato
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	raccomandato
Medicina dello sport	raccomandato
Attività Consultoriali	raccomandato
Programmi di screening	facoltativo
Vaccinazioni	facoltativo