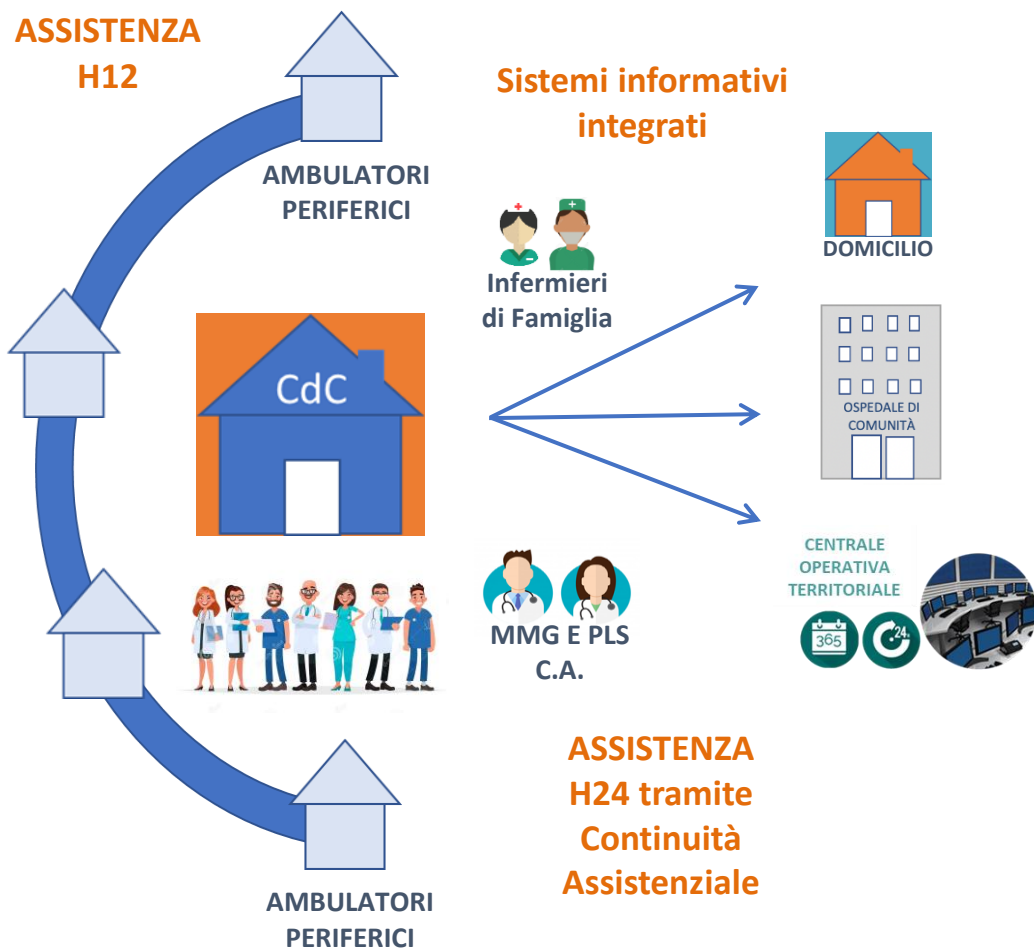


Casa della Comunità

Standard: 1 CdC *hub* ogni 40.000-50.000 ab



- **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.

Casa della Comunità *hub&spoke*

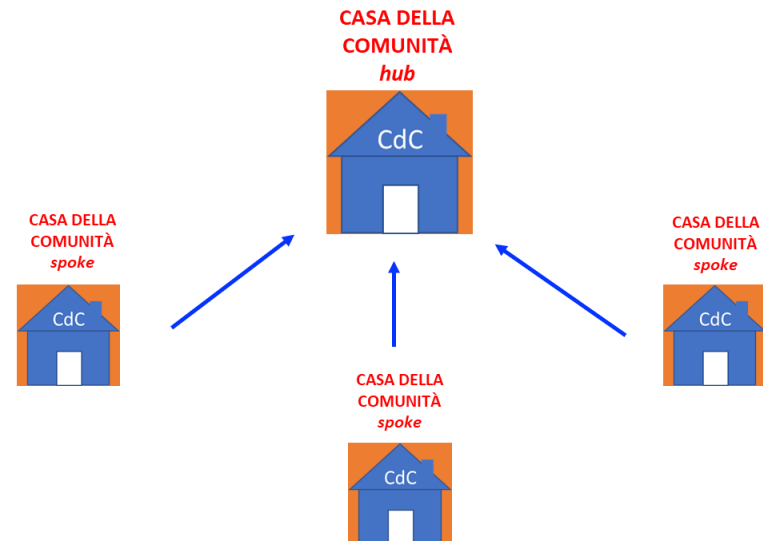
Standard: 1 CdC *hub* ogni 40.000-50.000 ab

Modello organizzativo nella Riforma:

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.).

1350 CdC *hub* con i fondi PNRR*



*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 che deve avere una Casa della Comunità *hub*:

Servizi	Casa della Comunità <i>hub</i>
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
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

Casa della Comunità *hub*

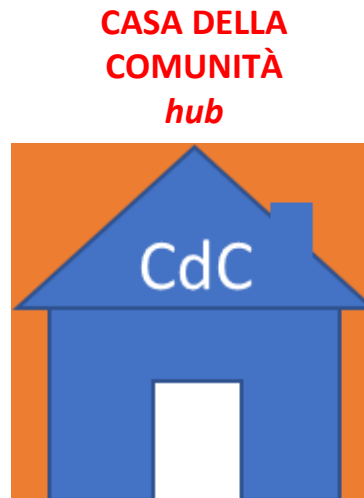
Modello organizzativo e personale

Standard: 1 CdC *hub* ogni 40.000-50.000 ab

30 - 35 MMG afferenti
2 ore / settimana per MMG
Apertura Ambulatorio
H12 - 6 giorni su 7

Continuità Assistenziale
Apertura Ambulatorio
Notturmo e Festivi
H24 – 7 giorni su 7

10-15 ambulatori dove 10-20
MMG afferenti potranno
svolgere **attività ambulatoriale**
per i propri assistiti



12 Infermieri di Famiglia e Comunità:

- 1 Coordinatore
- 3 IFeC per le attività ambulatoriali della CdC;
- 2 IFeC per le attività di Triage e Valutazione dei bisogni di salute;
- 6 IFeC per l'assistenza domiciliare di base, per le attività di prevenzione e teleassistenza.

8 unità di Personale di Supporto (Amministrativo e Sanitario)

Apertura PUA
08-18 - 6 giorni su 7
e altri servizi anche sanitari all'utenza

La telemedicina a supporto dei pazienti con patologie croniche

Promuovere e finanziare lo sviluppo e la diffusione di nuovi progetti e soluzioni di telemedicina all'interno dei sistemi sanitari regionali - €1.0bn

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

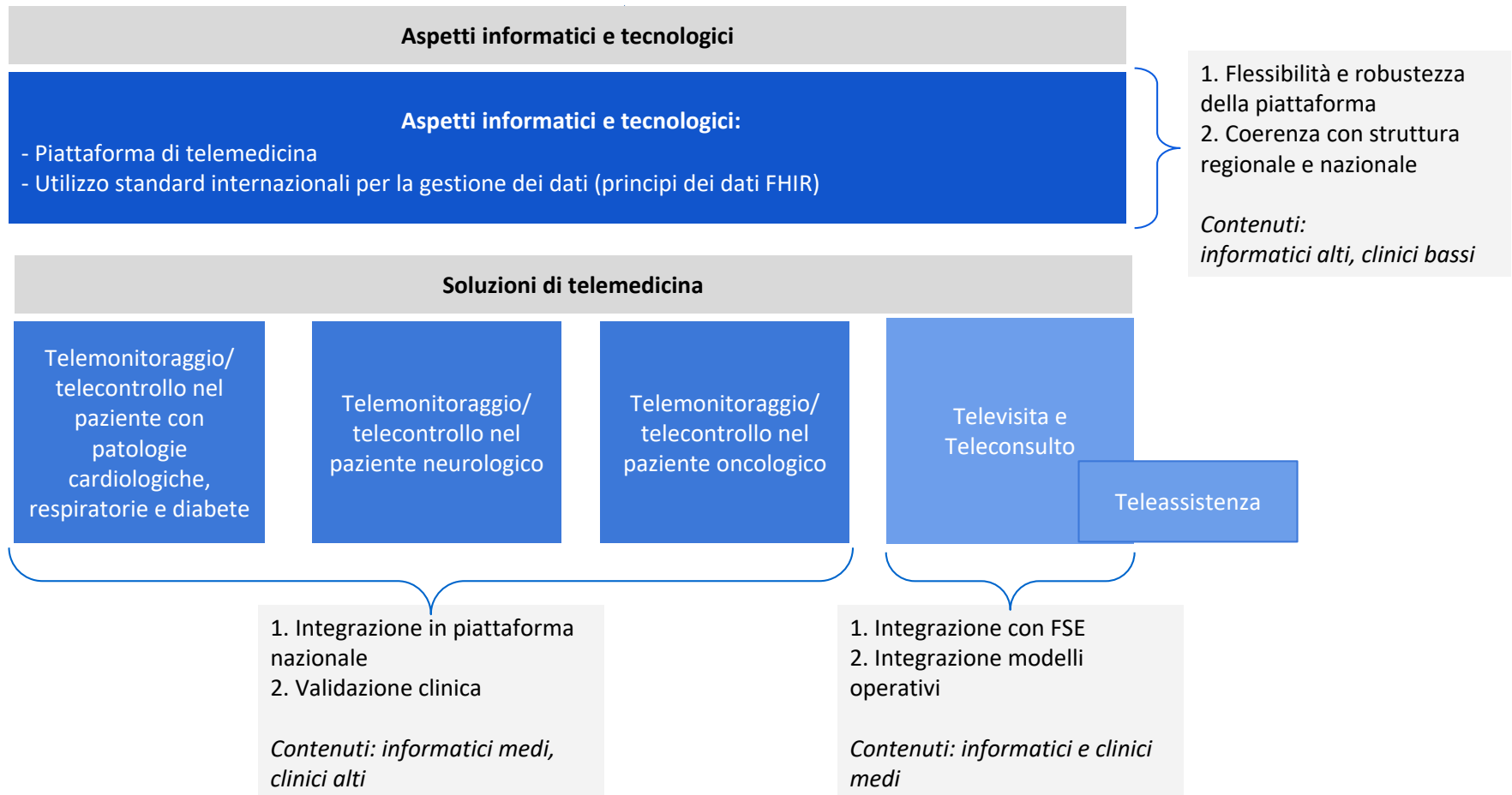
Target europei del PNRR

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



La telemedicina a supporto dei pazienti con patologie croniche

Approccio: sviluppo di servizi di telemedicina

Piattaforma	Creare una o al massimo due/tre piattaforme di telemedicina nelle quali esporre servizi a supporto di telemedicina sviluppate/adottate con l'investimento seguente entro 4T23
Certificazione soluzioni	a) Certificazione tecnologica inizialmente in capo al MITD e poi trasferita al MdS b) Certificazione clinica in capo al MdS e AGENAS
Integrazione con in FSE	Integrare la piattaforma di telemedicina con il nuovo FSE 2.0, che diventerà il portale di accesso unico a tutti i servizi di sanità digitale
Verticali	Dividere le soluzioni telemedicina in quattro verticali (televisita/teleconsulto, telecontrollo/telemonitoraggio nel paziente neurologico, oncologico e con patologie cardiologiche/cardiologiche/respiratorie/diabete)
Priorità	Identificare tra i verticali le priorità sulla base delle esigenze del sistema sanitario e allocare l'investimento PNRR di conseguenza
Bandi diversificati	Data l'eterogeneità per maturità, finalità e impatto organizzativo ed economico tra i verticali, definire i bandi per lo sviluppo di soluzioni di telemedicina secondo due strategie differenti per Televisita/Teleconsulto e Telemonitoraggio.
Requisiti	I finanziamenti saranno erogati solo a quelle soluzioni che si integrano con a) la piattaforma di telemedicina (vedi slide precedente) b) il Fascicolo Sanitario Elettronico così come previsto nell'investimento PNRR M6C1 1.3.1