

# CONTRIBUTI DIDATTICI - PARTE I

# INDICE RELAZIONI

RELAZIONE INTERVENTO GIANNI PETROSILLO – PRESIDENTE FEDERFARMA BERGAMO E FEDERFARMA SUNIFAR Pag. 3

RELAZIONE INTERVENTO ANDREA MANDELLI – PRESIDENTE FOFI Pag 16

RELAZIONE INTERVENTO PIERO FERRANTE – PRESIDENTE FNOFI Pag.19

RELAZIONE INTERVENTO TERESA CALANDRA – PRESIDENTE FNO TSRM – PSTRP Pag. 33

# RELAZIONE INTERVENTO GIANNI PETROSILLO

*PRESIDENTE FEDERFARMA SARDEGNA E FEDERFARMA  
SUNIFAR*



**FOCUS ON: PNRR M5 E FONDI – TELEMEDICINA –  
SPESA FARMACEUTICA SUL TERRITORIO – CASE  
STUDY REGIONE MARCHE**

## MACRO – AREE TEMATICHE DI RIFERIMENTO

**NORMATIVA**



**PIANIFICAZIONE ORGANIZZATIVA E OPERATIVA**



**PIANIFICAZIONE FINANZIARIA**



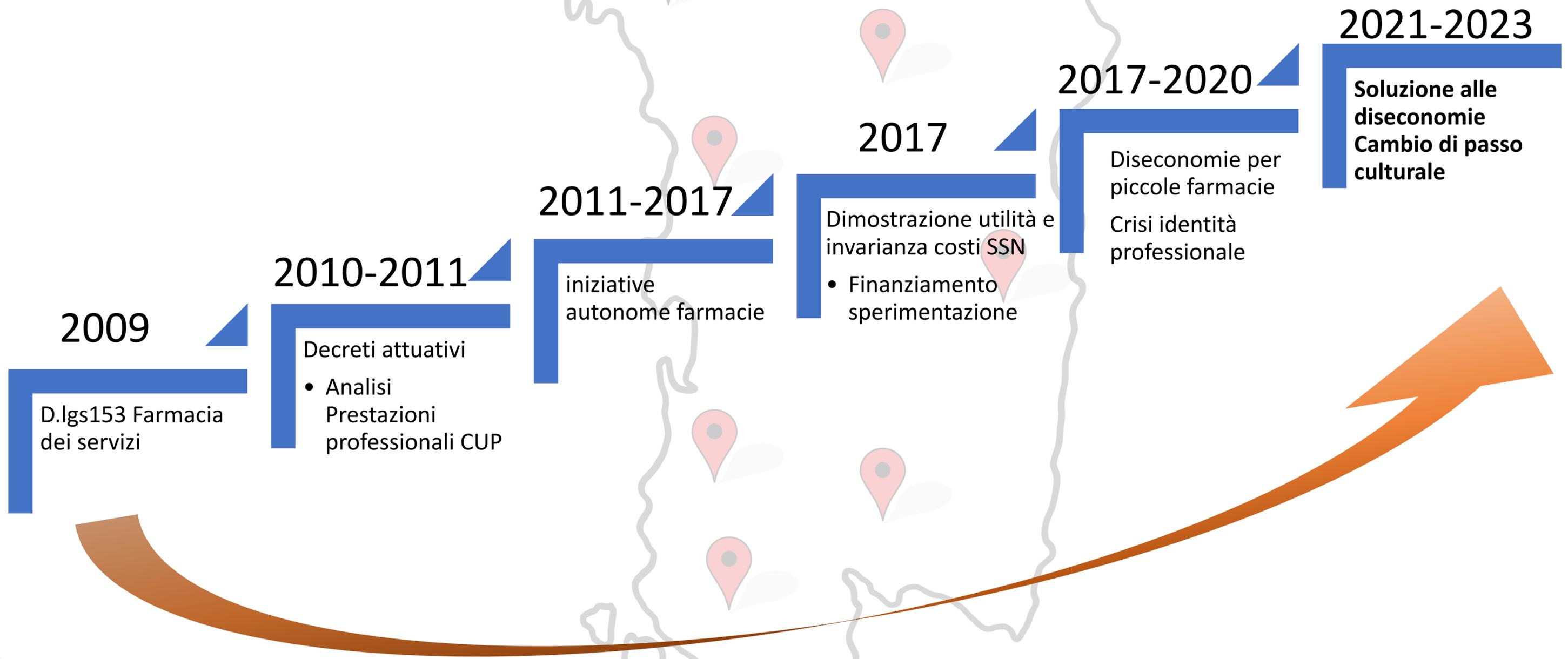
**HUMAN CAPITAL**



**DOTAZIONI STRUTTURALI E INFRASTRUTTURE  
TECNOLOGICHE**



**STANDARD DI SICUREZZA DELLE CURE**



# PNRR - Missione 5, Coesione e Inclusione Finanziamento (100+28) milioni di euro

ITALIA	Conteggio di Comune	Somma di Importo ammissibile	Importo medio a farmacia
<b>CENTRO-NORD</b>	<b>1427</b>	<b>28.665.567,00 €</b>	<b>20.088,0 €</b>
<b>MEZZOGIORNO</b>	<b>746</b>	<b>15.411.247,00 €</b>	<b>20.658,5 €</b>
<b>Totale complessivo</b>	<b>2173</b>	<b>44.076.814,00 €</b>	<b>20.283,9 €</b>

Aree	N° decreti liquidazione	Domande presentate	Domande liquidate	Importo erogato	Domande in attesa
Interne	11	1095	867	16.094.380 €	-228
Non interne	7	1078	707	15.593.640,00 €	-371
<b>Totali</b>		<b>2173</b>	<b>1574</b>	<b>31.688.020,00 €</b>	<b>-599</b>

# Le risposte al censimento AGENAS

(soggetto attuatore della piattaforma nazionale per la telemedicina)

CENSIMENTO FARMACIA DEI SERVIZI				SERVIZI DI TELEMEDICINA								SERVIZI DI SECONDO LIVELLO				LOCALI SEPARATI
				ECG		HOLTER PRESSORIO		HOLTER CARDIACO		SPIRO- METRIA		ANALISI		TEST		
	Risposte	Farmacie Urbane	Farmacie Rurali	Erogano	Disponibili	Erogano	Disponibili	Erogano	Disponibili	Erogano	Disponibili	Erogano	Disponibili	Erogano	Disponibili	
Val. assoluto	13.997	9.053	4.903	7.209	4.476	6.944	4.821	6.496	5.021	1.053	7.813	8.659	3.637	8.751	2.917	9.240
Val. %	76%*	65%	35%	52%	32%	50%	34%	46%	36%	8%	56%	62%	26%	63%	21%	66%

Risposta 76% delle farmacie associate

# Telemedicina focus rurali

Censimento Focus Rurali		SERVIZI DI TELEMEDICINA								SERVIZI DI SECONDO LIVELLO				LOCALI SEPARATI
		ECG		HOLTER PRESSORIO		HOLTER CARDIACO		SPIROMETRIA		ANALISI		TEST		
Risposte Totali	Farmacie Rurali	Erogano	Disponibili	Erogano	Disponibili	Erogano	Disponibili	Erogano	Disponibili	Erogano	Disponibili	Erogano	Disponibili	
13.997	4.903	2.318	1.818	2.176	1.996	2.033	2.035	387	2.857	2.703	1.487	2.931	1.050	3.151
	35%	47%	37%	44%	41%	41%	42%	8%	58%	55%	30%	60%	21%	64%

## PRESENZA E POTENZIALITA' SUL TERRITORIO

Adesioni  
71%

Tipologia farmacia	Numero
Farmacia rurali Non Sussidiate	2.740
Farmacia Rurale Sussidiata	4.173
<b>Totale Farmacie Rurali</b>	<b>6.913</b>
Farmacie Urbane	12.545
<b>Totali</b>	<b>19.458</b>
Dispensari	539

Farmacie	urbane	rurali	ruali sussidiate	tutte
Sardegna	308	150	188	646
<b>Farmacia Servizi</b>	<b>261</b>	<b>214</b>		<b>475</b>
	85%	63%		74%

# Telemedicina, si partec... nel 2024 cure online per 158n

**Il piano.** A dicembre operativa la Piattaforma nazionale, subito dopo coinvolto i medici del Ssn e 99mila infermieri. L'obiettivo è assistere

## Marzio Bartoloni

La telemedicina è pronta a bussare a casa di 158mila italiani con visite on line, controlli dei parametri a distanza o consulti tra più specialisti sulle patologie di cui soffre. Nel 2024 partiranno i primi servizi di telemedicina previsti dal Pnrr - che su questa nuova frontiera delle cure investe in tutto 1 miliardo -, per poi crescere l'anno successivo quando saranno raggiunti entro settembre oltre 475mila pazienti e salire ancora nel 2026 (sempre nel terzo trimestre) quando dovranno essere raggiunti dal telemonitoraggio ben 792mila italiani con malat-

tie croniche. Con differenze regionali anche importanti: si va dalla Lombardia che passerà dai 40mila pazienti cronici assistiti in telemonitoraggio nel 2024 ai 200mila nel 2026 ai soli 3410 (il prossimo anno) e 17050 (nel 2026) del Lazio; oppure dai 19328 iniziali della Puglia ai 96.640 del 2026 ai soli 968 (2024) e 4830 (nel 2026) del Friuli.

I numeri sono contenuti nei Piani operativi regionali appena approvati che definiscono per ogni Regione il fabbisogno di servizi minimi di telemedicina e quindi il numero delle persone da assistere: proprio nei giorni scorsi in Conferenza Stato Regioni è stato appro-

vato il decreto di riparto che stanziava 430 milioni vincolati all'acquisto sulla base della gare fatte dalle Re-

gioni capofila (Lombardia per i servizi minimi di telemedicina e Puglia per le postazioni di lavoro), con 50 milioni assegnati a qualità di soggetto attuatore dell'investimento all'Agenas, l'Agenzia per i servizi sanitari regionali che è anche Agenzia per la sanità digitale. Il calendario per la partenza della telemedicina è piuttosto serrato: a novembre ci sarà il collaudo della Piattaforma nazionale della telemedicina (realizzata da Almagora ed Engineering a cui spetterà anche

stazione di telemedicina», ha confermato nei giorni scorsi il direttore generale di Agenas Domenico Man-

toan. La postazione conterà di «un computer speciale e una piattaforma fornita da noi, comprati con i soldi del Pnrr. Tutti i dati serviranno per alimentare il fascicolo sanitario elettronico», aggiunge ancora Mantoan. Alle postazioni all'interno delle strutture sanitarie se ne aggiungono altre 6.913 da attivare nelle farmacie rurali in modo così da raggiungere anche i pazienti che

vivono in zone disagiate, come i piccoli comuni di montagna.

Che il piano per la Telemedicina

## Un esempio di eccellenza: Regione Marche a tre mesi dall'avvio

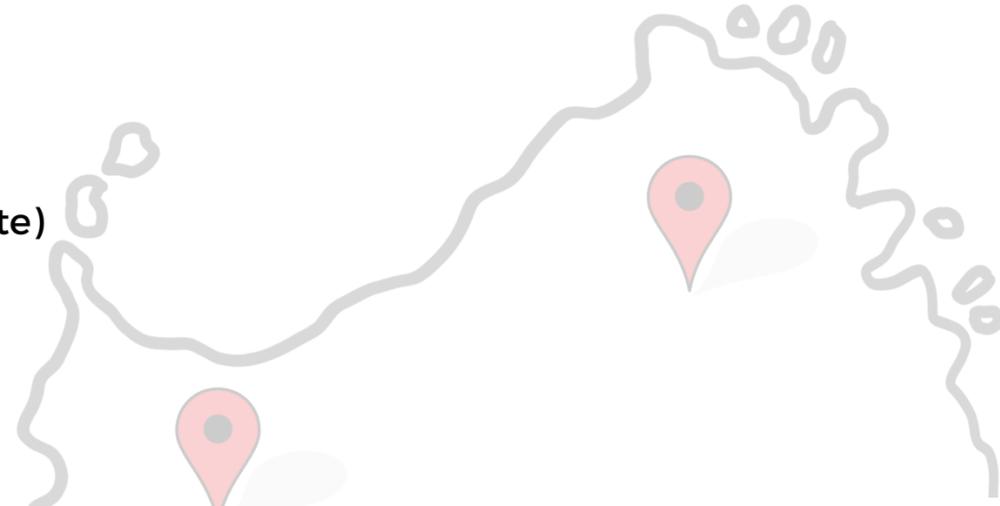
<b>Servizi erogati Regione</b>	<b>1989</b>	<b>100%</b>
<b>Servizi in erogazione Regione</b>	<b>872</b>	
<b>Servizi attivati Regione</b>	<b>2861</b>	

Di cui

<b>Servizi erogati Regione Rurali</b>	<b>686</b>	<b>35%</b>
<b>Servizi in erogazione Regione Rurali</b>	<b>411</b>	
<b>Servizi attivati Regione Rurali</b>	<b>1097</b>	

<b>Servizi erogati Regione Urbane</b>	<b>1298</b>	<b>65%</b>
<b>Servizi in erogazione Regione Urbane</b>	<b>456</b>	
<b>Servizi attivati Regione Urbane</b>	<b>1754</b>	

Marche:  
539 farmacie totali  
di cui 47% rurali



Spirometria	34	PS 0	MMG 10
ECG	686	PS 15	MMG 123
Holter cardiaco	743	PS 2	MMG 195
Holter pressorio	497	0	MMG 140
Monitoraggio aderenza BPCO	229		
Monitoraggio aderenza Diabete tipo 2	555		

# Dati vaccinazione sottostimati

Regione	Vaccini Covid-19	Vaccini Antinfluenzali	NOTE
	1.1.2022/31.3.2023	1.1.2022/31.3.2023	
Abruzzo	SI	SI	Mancano Dati
Basilicata	SI	SI	Mancano Dati
Campania	SI	SI	Mancano Dati
E. Romagna	SI	SI	Mancano Dati
Friuli V. Giulia	SI	SI	Mancano Dati
Lazio	SI	SI	Mancano Dati
Liguria	93.215	110	Dati parziali Vaccinazione antinfluenzale
Lombardia	466.850	SI	Mancano dati vaccinazione antinfluenzale
Marche	SI	SI	Mancano Dati
Molise	NO	SI	Mancano Dati
	Mancata messa a disposizione vaccini da parte regionale		
Piemonte	196.009	28.811	
Prov. Trento	NO	NO	-----
Prov. Bolzano	SI	SI	Mancano Dati
Sardegna	NO	NO SSR	Mancano Dati
		SI regime privato	
Sicilia	198.944	5.053	
Toscana	SI	SI	Mancano Dati
Umbria	25.704	SI	Mancano dati vaccinazione antinfluenzale
Valle d'Aosta	SI	SI	Mancano Dati
Veneto	73.346	22.694	
<b>TOTALI (Parziali)</b>	<b>1.054.068</b>	<b>56.668</b>	

Stima periodo Gennaio 2022 -  
Marzo 2023 - intero territorio  
nazionale

Somministrazioni vaccinali  
eseguite in farmacia:

- Vaccini Covid-19: circa 3 milioni
- Vaccini Antinfluenzali: circa 800.000

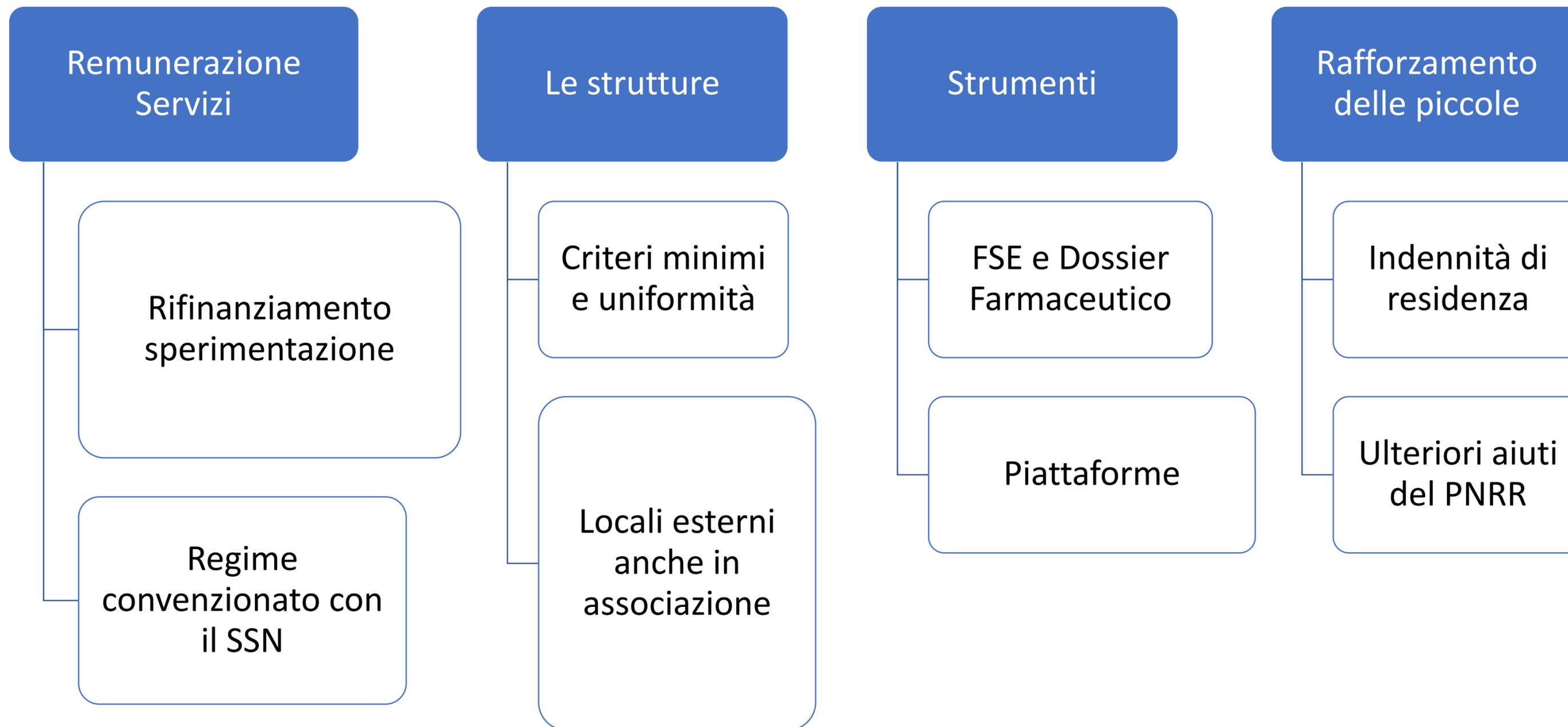
# La proposta

## Le farmacie in rete con MMG e infermieri, integrati con la Casa di comunità

- Collaborazione con MMG e PLS (Personalizzazione terapie; monitoraggio utilizzo del farmaco; compiti nei percorsi diagnostici-terapeutici patologie croniche)
- Telemedicina
- Prevenzione di primo e secondo livello
- Campagne vaccinali (DiaDay: 3% casi di diabete non diagnosticato e 13% casi di prediabete)
- Analisi ((Taglio liste di attesa)
- Orientamento cittadino ai servizi SSN
- Compiti specifici in ADI
- Sistema integrato CUP

## Riferimenti:

- Decreto legislativo n. 153/2009
- Linee guida per la sperimentazione della farmacia dei servizi, approvate dalla Conferenza Stato-Regioni del 17 ottobre 2019;
- Progetti regionali pilota per l'erogazione di prestazioni di telemedicina
- PNRR – Missione 5 (Coesione territoriale); potenziamento delle farmacie rurali

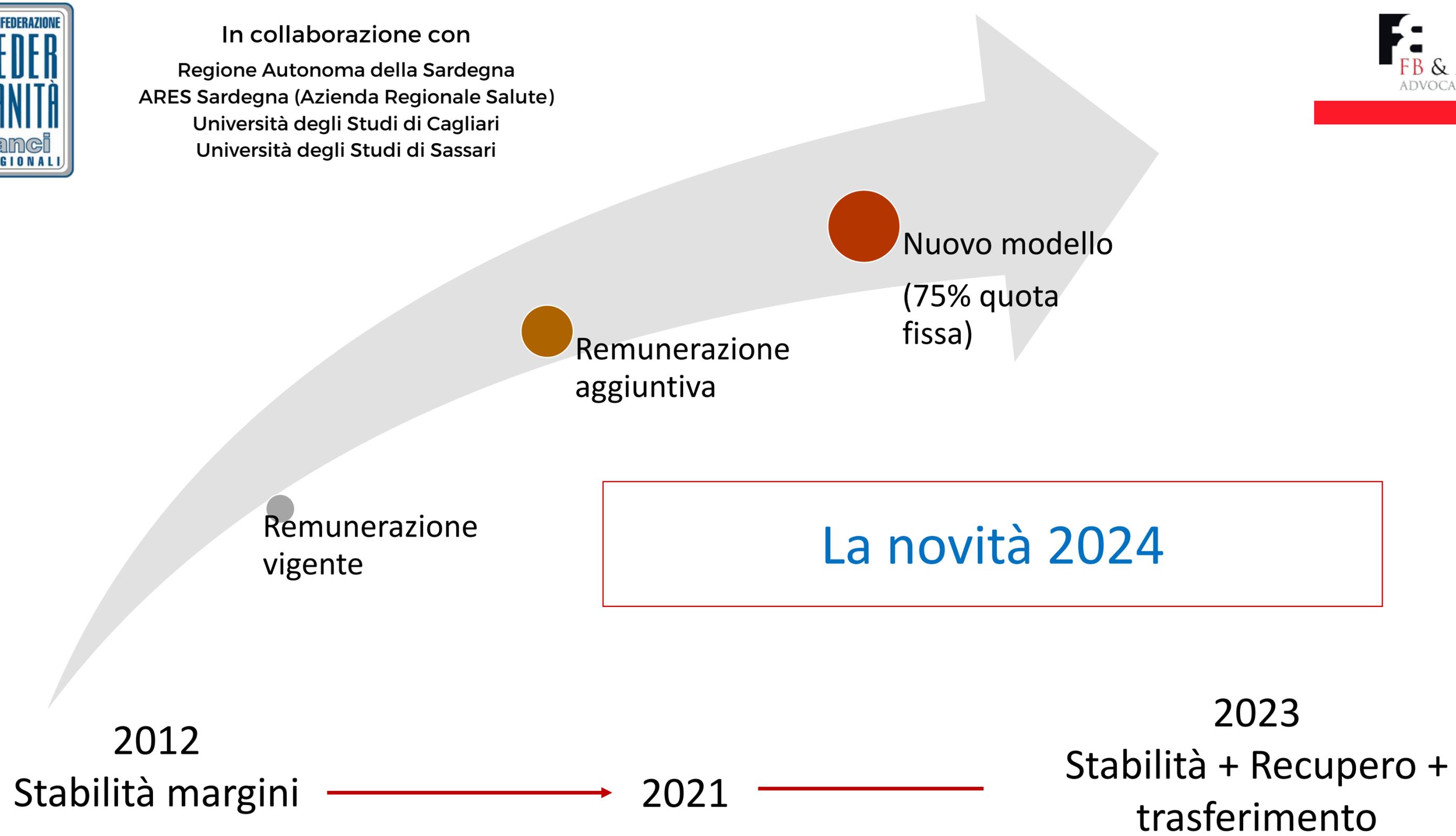


# Il farmaco sul territorio

Prima o poi bisognerà mettere mano anche ai canali di distribuzione dei farmaci.

## Spesa farmaceutica 2022

- **34,1** miliardi di euro la spesa complessiva per i farmaci
  - 23,5 mld a carico del SSN e **10,6** mld a carico del cittadino.
- La **Convenzionata** **8,5** mld
- La **Diretta** **15** mld
  - DPC di classe A ammonta a **2,52** miliardi.



# RELAZIONE INTERVENTO ANDREA MANDELLI

*PRESIDENTE NAZIONALE FOFI*



## **FOCUS ON: LA FARMACIA DEI SERVIZI E LE NUOVE PRESTAZIONI PROFESSIONALI DEL FARMACISTA**

### **MACRO – AREE TEMATICHE DI RIFERIMENTO**

**NORMATIVA**



**PIANIFICAZIONE ORGANIZZATIVA E OPERATIVA**



**PIANIFICAZIONE FINANZIARIA**

**HUMAN CAPITAL**



**DOTAZIONI STRUTTURALI E INFRASTRUTTURE  
TECNOLOGICHE**



**STANDARD DI SICUREZZA DELLE CURE**

# FARMACIA DEI SERVIZI

In attuazione dell'art. 11  
della L. 69 del 2009

Il D.lgs. 153 del 2009 ha individuato i  
nuovi servizi erogabili nelle farmacie,  
disciplinati nello specifico da:

decreto 16 dicembre  
2010 sui test  
*autodiagnostici*

decreto 16 dicembre 2010  
su attività professionali  
erogate in farmacia e a  
domicilio del paziente da  
parte di infermieri e  
fisioterapisti

decreto 8 luglio 2011  
su prenotazione  
prestazioni di assistenza  
ambulatoriale

decreto 11 dicembre  
2012  
su criteri per attivare i  
nuovi servizi da parte  
delle farmacie  
comunali

## LE NUOVE PRESTAZIONI PROFESSIONALI DEL FARMACISTA

<b>Legge di Bilancio 2021 (art.1, comma 420)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>il farmacista in farmacia può eseguire direttamente il prelievo di sangue capillare, indispensabile per l'esecuzione dei test di prima istanza</li> </ul>
<b>Legge di Bilancio 2021 (art.1, commi 418-420)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>esecuzione farmacisti in farmacia di test sierologici e tamponi rapidi su tutto il territorio nazionale</li> </ul>
<b>Legge di Bilancio 2021 (art.1, comma 471)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>possibilità di praticare, a titolo sperimentale, per l'anno corrente, <u>vaccinazioni anti Covid- 19 in farmacia</u></li> </ul>
<b>Decreto Green Pass (art. 5 d.l. 105/2021)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>partecipazione dei farmacisti delle farmacie alla campagna <u>vaccinale antinfluenzale</u></li> </ul>
<b>Decreto-Legge 24/2022, conv. L. 52/2022 (art.2)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>somministrazione a regime presso le farmacie di vaccini, sia anti SARS-CoV-2 che influenzali e, analogamente, l'effettuazione dei test diagnostici</li> </ul>

# RELAZIONE INTERVENTO

## PIERO FERRANTE

*PRESIDENTE FNOFI*



**FOCUS ON: FISIOTERAPIA TERRITORIALE –  
TELERIABILITAZIONE - EMPOWERMENT DEL  
PAZIENTE**

### MACRO – AREE TEMATICHE DI RIFERIMENTO

**NORMATIVA**



**PIANIFICAZIONE ORGANIZZATIVA E OPERATIVA**



**PIANIFICAZIONE FINANZIARIA**

**HUMAN CAPITAL**



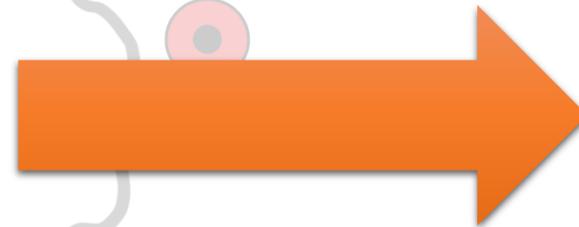
**DOTAZIONI STRUTTURALI E INFRASTRUTTURE  
TECNOLOGICHE**

**STANDARD DI SICUREZZA DELLE CURE**



## LE AREE INTERNE E LE ISOLE MINORI

Zone in cui è difficile poter «coprire» i bisogni e le legittime richieste di salute che vengono dai cittadini, lontani da strutture ad alta intensità di cure o di facile accesso



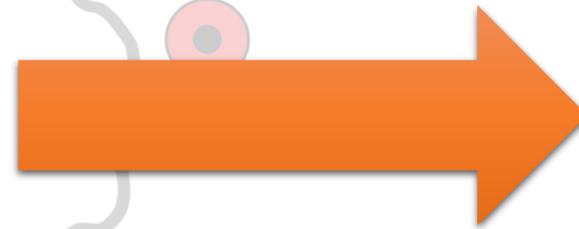
- ✓ Identificare i bisogni dei cittadini
- ✓ Proporre percorsi che vedano, in interazione con il team multidisciplinare, modalità e mezzi per poter sopperire a questo gap
- ✓ Stabilizzare percorsi di intervento con modelli di continuità



Il diritto alla salute è **FONDAMENTALE**

# CONSIDERAZIONI IMPORTANTI

- ISTAT: Le «aree interne» sono costituite Da circa il 48% dei comuni italiani
- Popolazione interessata: circa 13 milioni di abitanti



- OMS: Circa il 45% degli italiani manifesta bisogni di tipo riabilitativo
- Popolazione interessata: circa 27 milioni di persone



PRINCIPI  
FONDAMENTALI

- UNIVERSALITA'
- UGUAGLIANZA
- EQUITA'

# PROMOZIONE DI SERVIZI SANITARI VICINI AL CITTADINO E FACILMENTE ACCESSIBILI – LA SFIDA DEL PNRR

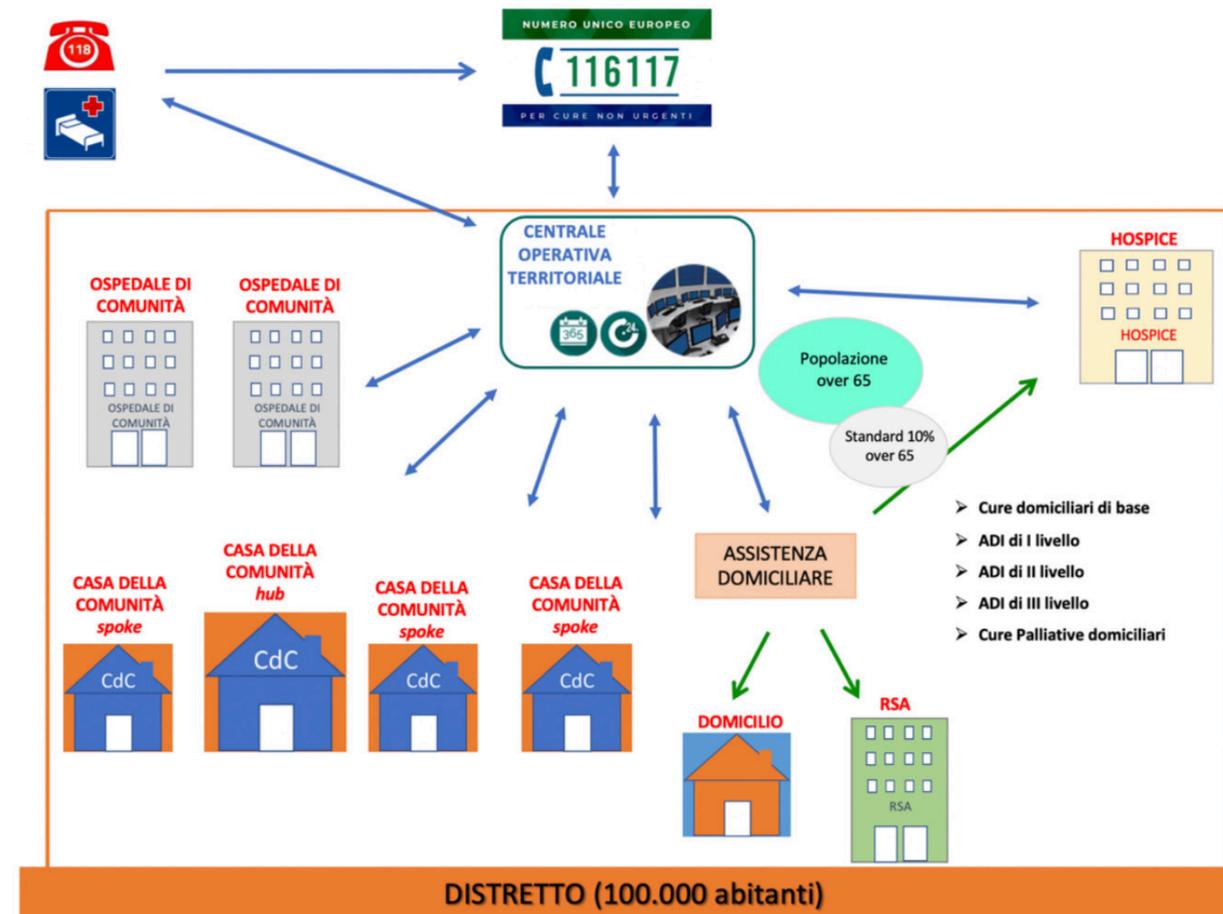
Offerta dei servizi diversificata, **anche a causa dei diversi contesti**, in grado di rispondere al cambiamento dei bisogni di salute della popolazione.

## IL FISIOTERAPISTA NEL TERRITORIO

Casa della Comunità

Ospedale di Comunità

Domicilio



E' EVIDENTE CHE QUESTI PARADIGMI DEVONO ESSERE «ADATTATI» ALLA REALE DISTRIBUZIONE DELLA POPOLAZIONE, DEI BISOGNI REALI E DELLE CARATTERISTICHE PECULIARI DEI TERRITORI

Figura 1: Organizzazione di un Distretto ideale/tipo di 100.000 abitanti di un'area urbana.  
CONTRIBUTI DIDATTICI PARTE I

## LE CASE DELLA COMUNITA'

Il 18 Ottobre u.s. è partito in AGENAS il gruppo di lavoro **per la definizione di linee di indirizzo per l'attivazione e l'attuazione delle Case della Comunità**

All'interno di questo tavolo saranno definiti quindi i criteri che guideranno la strutturazione delle CdC, con la necessaria interazione tra le PPSS che, al suo interno, operano

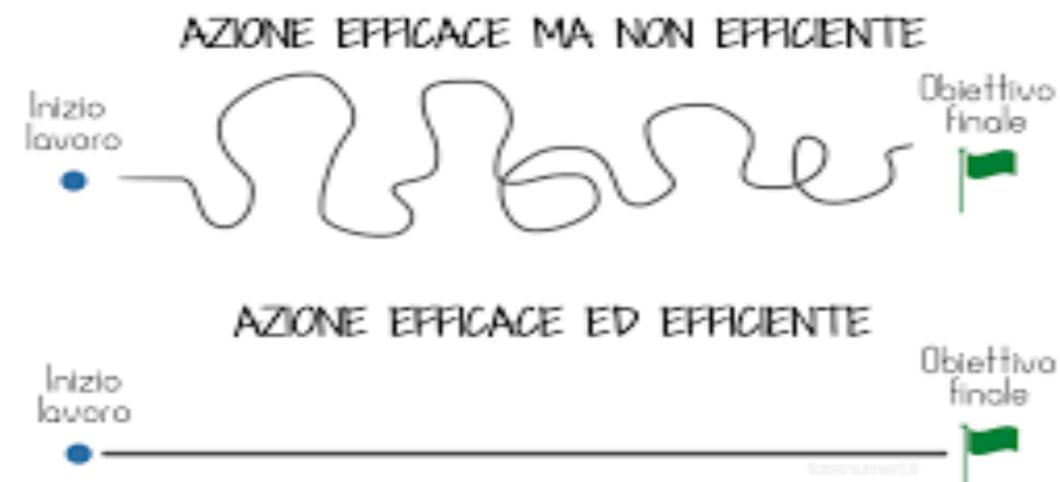


# COME IL FISIOTERAPISTA SI COLLOCA NEL PANORAMA?

In collaborazione con il MMG/PLS, l'IFeC e le altre PPSS, il Fisioterapista può e deve intercettare, analizzando tutte le caratteristiche del contesto e secondo le sue competenze, i bisogni dei cittadini e proporre strategie non solo efficaci, ma anche efficienti

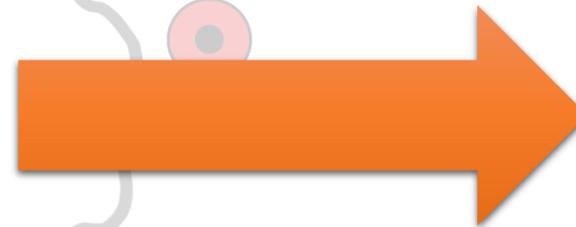


Favorire un accesso precoce ed appropriato  
Dare continuità ai percorsi



## NELLO SPECIFICO

La proattività degli interventi, quale modalità operativa in cui le consuete attività cliniche ed assistenziali sono integrate e rafforzate da **interventi programmati di prevenzione**, in funzione del profilo di salute dei cittadini.



- ✓ Favorire l'accesso precoce ed appropriato ai Servizi di fisioterapia territoriale.
- ✓ Promuovere il movimento e l'attività come corretto stile di vita, agendo direttamente su gruppi di popolazione "sana" oppure rivolgendosi a persone con riduzione dell'autonomia.



## IL SUPPORTO ALL'AUTO-CURA (SELF-MANAGEMENT)

- Rafforzare l'autodeterminazione (**empowerment**) del cittadino dentro e fuori i luoghi di cura.
- Favorire il coinvolgimento attivo della persona e del caregiver nel processo di cura e promuovere strategie di autogestione della malattia, per migliorare sensibilmente la qualità della vita e ridurre il ricorso alle cure (il fisioterapista rende "abili" tutti i soggetti coinvolti).

# LA TELERIABILITAZIONE A SUPPORTO DEI PAZIENTI CON PATOLOGIE CRONICHE

**Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana 24 maggio 2022 anno 163°- numero 120**

## La Teleriabilitazione - Definizione e finalità

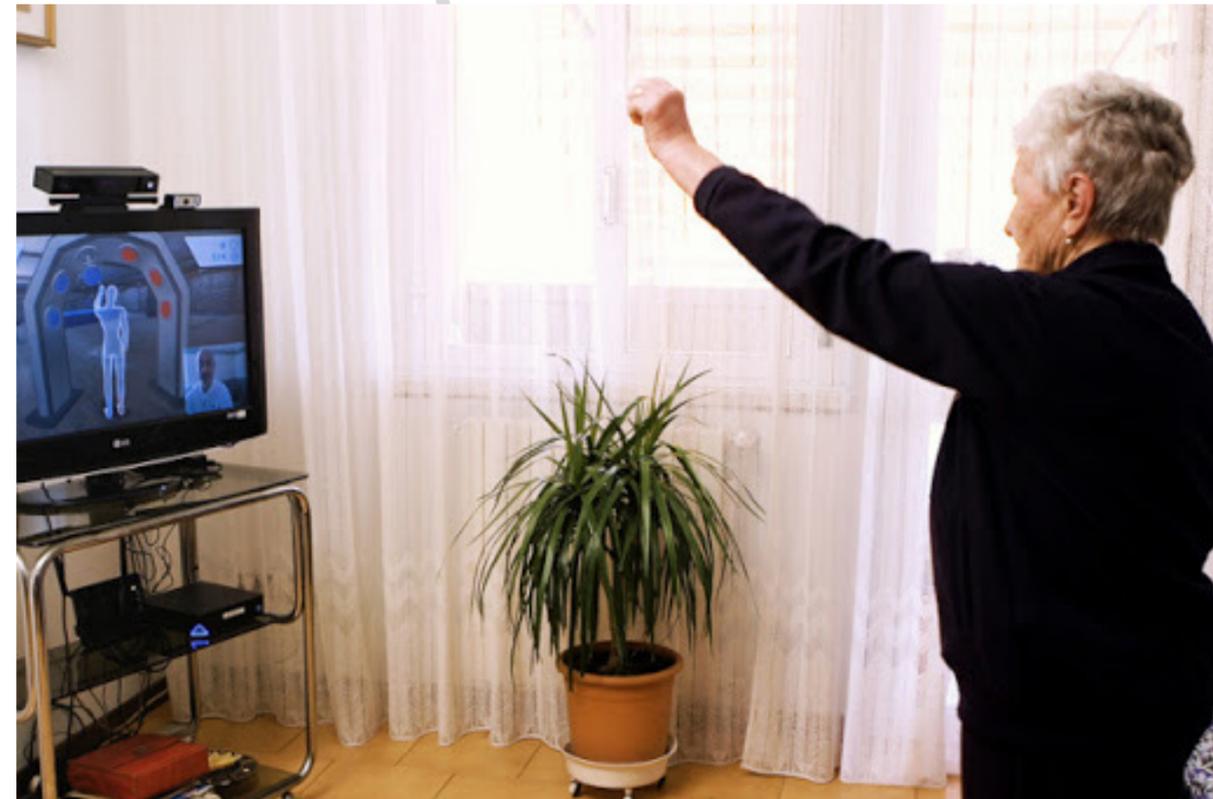
Consiste nell'erogazione a distanza di prestazioni e servizi intesi ad abilitare, ripristinare, migliorare, o comunque mantenere il funzionamento psicofisico di persone di tutte le fasce d'età, con disabilità o disturbi, congeniti o acquisiti, transitori o permanenti, oppure a rischio di svilupparli. È un'attività sanitaria di pertinenza dei professionisti sanitari, può avere carattere multidisciplinare e, quando ciò costituisca un vantaggio per il paziente, può richiedere la collaborazione dei caregiver, familiari e non, e/o di insegnanti.

## LA CASA COME PRIMO LUOGO DI CURA

- In un'ottica di ulteriore sviluppo tecnologico dei servizi oltre all'intervento «tradizionale» in ambito territoriale/domiciliare, si stanno attivando modalità di trattamento a distanza che prevedono l'interazione con il paziente in tempo reale. Caso per caso sarà necessario valutare la necessità del coinvolgimento attivo di un caregiver opportunamente formato, che possa supportare il paziente. La prestazione può anche avere carattere multidisciplinare/multiprofessionale.
- Non solo domicilio: Le prestazioni e i servizi di teleriabilitazione possono essere fruiti da qualsiasi luogo assistenziale e/o educativo in cui si trova il paziente (es. strutture sanitarie, residenze sanitarie o sociosanitarie, istituti penitenziari, case-famiglia, comunità residenziali, scuole, istituti di formazione, università, contesti comunitari o luoghi di lavoro basati sulla comunità, domicilio).

# LA TELERIABILITAZIONE A SUPPORTO DEI PAZIENTI CON PATOLOGIE CRONICHE

La teleriabilitazione consente di «domiciliarizzare» anche dei protocolli specifici di riabilitazione. È possibile oggi individuare diverse categorie di percorsi di fisioterapia che si prestano a tale trasformazione. Tra questi percorsi rientrano quelli legati alla fisioterapia di pazienti cronici, percorsi finalizzati alla fisioterapia cardiologica e respiratoria...



# I VANTAGGI DELLA TELERIABILITAZIONE

In tali ambiti l'introduzione di prestazioni e servizi di teleriabilitazione può offrire diversi vantaggi:

- ✓ garantire una continuità delle cure fino al domicilio del paziente
- ✓ migliorare l'intervento riabilitativo, attraverso l'utilizzo appropriato delle prestazioni e dei servizi a distanza, esse consentono infatti di adattare maggiormente la frequenza e l'intensità dei trattamenti alle esigenze e alle preferenze del paziente, dei suoi familiari e degli altri caregiver e di contribuire ad accrescere l'adesione alla cura
- ✓ aumentare l'efficienza dei servizi riabilitativi domiciliari, consentendo la presa in carico di un maggior numero di assistiti che necessitano di assistenza, e/o la riduzione dei costi per il servizio sanitario
- ✓ favorire le attività di sorveglianza, educazione sanitaria e l'applicazione o adozione di corrette pratiche di auto cura

# LA FARMACIA DEI SERVIZI: IL FISIOTERAPISTA IN FARMACIA COME UN PRIMO ESEMPIO DI RISPOSTA SPECIFICA PER AREE INTERNE



**NON MI ABBANDONARE  
SIAMO INSEPARABILI**  
I nostri amici animali meritano amore e cure ogni giorno

Ministro e Ministero | Temi | News e media

Sei in: Home > Temi > Assistenza, ospedale e territorio > Servizio farmaceutico > Farmacie e distribuzione dei medicinali > La farmacia dei servizi

## La farmacia dei servizi

Il volto della farmacia è cambiato con i tre Decreti ministeriali del 16 dicembre 2010 e dell'8 luglio sulla "farmacia dei servizi", che hanno previsto l'erogazione di servizi e prestazioni professionali ai cittadini anche da parte delle farmacie.

Già il 18 novembre 2010 il ministro Fazio aveva raccolto il parere favorevole della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome riguardo la possibilità di introdurre nuove prestazioni erogabili dalle farmacie territoriali.

Tre i Decreti attuativi dell'Accordo pubblicati in Gazzetta Ufficiale:

- > Disciplina dei limiti e delle condizioni delle prestazioni analitiche di prima istanza, rientranti nell'ambito dell'autocontrollo ... e per le indicazioni tecniche relative ai dispositivi strumentali ...  
Decreto 16 dicembre 2010 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 57 del 10 marzo 2011
- > Erogazione da parte delle farmacie di specifiche prestazioni professionali  
Decreto 16 dicembre 2010 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 90 del 19 aprile 2011
- > Erogazione da parte delle farmacie, di attività di prenotazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, pagamento delle relative quote di partecipazione alla spesa a carico del cittadino e ritiro dei referti relativi a prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale  
Decreto 8 luglio 2011 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 229 del 1 ottobre 2011

All'interno della farmacia dei servizi, **specialmente nelle «aree interne»**, nel contesto di una strutturazione che di certo potrà (dovrà) essere implementata, il fisioterapista è già in grado di svolgere un ruolo importante di risposta specifica ai bisogni ed alle legittime richieste di salute dei cittadini



**Attuale stato di sviluppo delle prestazioni di assistenza e cura nelle aree interne tra progettualità, integrazione di competenze e innovazione**

**20 ottobre 2023**

**Teresa Calandra**

# RELAZIONE INTERVENTO TERESA CALANDRA

*PRESIDENTE FNO TSRM – PSTRP*



## FOCUS ON: DM 70 E DM 77

### MACRO – AREE TEMATICHE DI RIFERIMENTO

**NORMATIVA**



**PIANIFICAZIONE ORGANIZZATIVA E OPERATIVA**



**PIANIFICAZIONE FINANZIARIA**

**HUMAN CAPITAL**



**DOTAZIONI STRUTTURALI E INFRASTRUTTURE  
TECNOLOGICHE**



**STANDARD DI SICUREZZA DELLE CURE**



la persona assista al centro  
del sistema salute nella sua  
globalità



Con l'obiettivo generale di:

superare lo scollamento presente tra ospedale e territorio nell'attuazione della riorganizzazione del SSN italiano,

promuovere modelli organizzativi e percorsi di presa in carico integrata che accompagnino nel tempo la persona assistita ed i caregiver, specialmente nei passaggi tra i diversi contesti assistenziali e nella gestione quotidiana della condizione di salute.

- **Regolamento dell'assistenza ospedaliera (Decreto interministeriale 2 aprile 2015, n. 70)**



- **Regolamento dell'assistenza territoriale (Decreto interministeriale 23 maggio 2022, n. 77)**



**Tavolo tecnico per lo studio delle criticità emergenti dall'attuazione del Regolamento dell'assistenza ospedaliera (decreto interministeriale 2 aprile 2015, n. 70) e dall'attuazione del Regolamento dell'assistenza territoriale (decreto interministeriale 23 maggio 2022, n. 77).**

**La FNO TSRM e PSTRP è inserita nel gruppo Requisiti organizzativi e competenze**



## **Soluzioni alle criticità emerse dall'applicazione del DM 70/2015 e del DM 77/2022**

### **INTRODUZIONE**

La FNO TSRM e PSTRP, in linea con il mandato ricevuto dal sottogruppo 2 del Tavolo Tecnico per lo studio delle criticità emergenti dall'attuazione del Regolamento dell'assistenza ospedaliera ([decreto interministeriale 2 aprile 2015, n. 70](#)) e dall'attuazione del Regolamento dell'assistenza territoriale ([decreto interministeriale 23 maggio 2022, n. 77](#)), vuole offrire alcune proposte concrete volte all'identificazione di soluzioni alle criticità rilevate e sintetizzate nel [documento di analisi inviato il 5 settembre 2023](#), a cui si rimanda per quanto segue.

### Cap. 1 - Premessa, obiettivi ed ambiti di applicazione

#### Superamento dell'organizzazione del SSN ospedalocentrica

Secondo le previsioni di riforma, i processi di cura e di aiuto alla persona devono essere calati sui luoghi di vita e prossimità, ovvero le strutture di cura devono organizzarsi sulla base delle persone al centro del sistema delle cure ed evitando una medicina di attesa. A fronte delle criticità elencate, **si auspica la revisione degli standard quanti/qualitativi adottati nel presente DM che hanno portato a una separazione tra ospedale e territorio, quest'ultimo fortemente penalizzato sul piano delle risorse di personale e, conseguentemente, dell'offerta di servizi erogati.** Tale scollamento ha comportato anche la mancata integrazione tra sistema socioassistenziale e sociosanitario.

Il DM inoltre non ha disciplinato l'intera offerta delle prestazioni di cura e dei professionisti interessati non affrontando il tema della complessità dei bisogni di salute e delle risposte possibili. In particolare, non tiene conto dei tempi di vita delle persone fragili e con bisogni di salute complessi i quali hanno anche esigenza di essere presi in carico da servizi territoriali diurni e residenziali, con cicli di attività che andrebbero progettati e programmati da professionisti che includano anche professionalità diverse rispetto a quelle indicate nel DM.

### Cap. 3 - Standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina

#### Dimensionamento servizi

La tabella di riferimento per il dimensionamento delle strutture sanitarie di degenza e dei servizi rappresenta un documento unico in cui si trattano l'organizzazione e il dimensionamento delle tre reti principali del sistema sanitario: (1) emergenza-urgenza, (2) ospedaliera e (3) territoriale.

A fronte della territorializzazione di numerosi servizi proposta dal DM 77/2022, fino ad oggi prevalentemente erogati presso i Presidi ospedalieri a fronte di uno scarso popolamento del territorio, il rapporto tra queste tre dimensioni che caratterizzano il SSN italiano deve necessariamente essere ripensato.

È opportuno estendere l'offerta di servizi, sia ospedalieri che territoriali, includendo e/o potenziando proprio quei servizi ad oggi sottodimensionati quali, a titolo di esempio, quelli di neurofisiologia, ortottica e dietetica. Affinché ciò sia economicamente sostenibile nonché in linea con l'attuale riforma del SSN italiano (che promuove la territorializzazione e la presa in carica continuativa e integrata della persona da parte di équipe di lavoro multiprofessionali) si propone la costituzione di unità aziendali multiprofessionali e multidisciplinari a servizio sia dei presidi ospedalieri, in particolare quelli di base e di I livello, sia dei servizi territoriali, a seconda della necessità.

**Cap. 8 - Reti ospedaliere**

**Rete terapia del dolore  
Rete malattie rare**

Fino ad oggi ad esclusivo appannaggio della rete ospedaliera, queste reti di servizi non tempo-dipendenti e a forte accezione sociosanitarie, nonché multiprofessionale, **devono necessariamente integrare anche servizi territoriali e diventare reti ospedale-territorio**

### Cap. 10 Continuità ospedale-territorio

**La riorganizzazione della rete ospedaliera e il correlato potenziamento delle strutture territoriali ha scontato la tardiva e insufficiente determinazione del fabbisogno di personale, che ha frenato la piena realizzazione dei servizi e delle strutture di continuità assistenziale**

La Metodologia AgeNaS del giugno 2022 (adottata dal Ministero della salute di concerto con il Ministero economia e finanze) per la determinazione del fabbisogno di personale del SSN ha riguardato per la parte ospedaliera all'interno del comparto sanitario soltanto le figure del Tecnico sanitario di laboratorio biomedico e del Tecnico sanitario di radiologia medica (oltre a Infermiere e Ostetrico), mentre la determinazione del fabbisogno di personale operante in ADI si è limitata soltanto alle figure di Infermiere e Fisioterapista, escludendo in entrambi i casi le altre professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione [1]. Occorre quindi raccogliere ed elaborare nuovi dati sufficienti per una approfondita valutazione relativa al fabbisogno specifico di tali figure professionali in ambito sia ospedaliero che territoriale.

[1] [“Metodo per la determinazione del fabbisogno di personale del SSN” AgeNaS Protocollo n. 2022/0005733 del 10/06/2022](#)

**Non valutate 16 delle 18 nostre professioni sanitarie**  
CONTRIBUTI DIDATTICI PARTE I

**MINISTERO DELLA SALUTE**  
DECRETO 23 maggio 2022, n. 77

**Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. (22G00085)**

*(GU n.144 del 22-6-2022)*

Vigente al: 7-7-2022

IL MINISTRO DELLA SALUTE

di concerto con

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA  
E DELLE FINANZE

<p>Altre professioni dell'Equipe</p>	<p>Le altre figure professionali dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) che durante il processo parteciperanno alla presa in carico. I professionisti sanitari coinvolti possono assumere il ruolo di case manager nelle diverse fasi della presa in carico, in considerazione della predominanza di specifici bisogni assistenziali riconducibili alla professione di ostetrica e alle professioni sanitarie tecniche, della prevenzione e della riabilitazione.</p>
--	--

**Allegato 1**

**Cap. 2 - Sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN**

**Modello organizzativo**

Nonostante la forte connotazione multidisciplinare dell'assistenza territoriale prevista dal DM, alcune Regioni non tengono conto delle molte professioni sanitarie necessarie a garantire una reale multidisciplinarietà.

**Integrazione sociosanitaria**

**Presidio del territorio**

**Standardizzazione del servizio**

**Cap. 3 - La stratificazione della popolazione e delle condizioni demografiche dei territori come strumento di analisi dei bisogni, finalizzata alla programmazione e alla presa in carico**

**Indeterminatezza nella definizione dei profili di rischio e degli algoritmi predittivi da utilizzare**

**Indeterminatezza nella definizione dell'equipe multiprofessionale minima**

Indeterminatezza nella definizione dell'equipe multiprofessionale minima per quanto riguarda l'allargamento ad altre figure professionali in relazione all'evolversi della malattia e allo stato di fragilità espressa.

**Cap. 4 - Distretto: funzioni e standard organizzativi**

**Distretto sociosanitario**

**Relazione tra distretto e ambito sociale territoriale**

**Attribuzione di personale ai servizi territoriali**

**Cap. 5 - Casa della comunità**

**Nel riquadro grigio prescrittivo non si prevede lo standard minimo di personale per la Casa della comunità hub relativamente ai professionisti sanitari delle aree tecniche, della riabilitazione e della prevenzione**

Le funzioni previste dalla *Casa della comunità hub* rendono indispensabile prevedere uno standard di professionisti sanitari delle aree tecniche, della riabilitazione e della prevenzione tali da permettere un'azione d'équipe efficace, in particolare per quanto riguarda la presa in carico della cronicità e fragilità secondo il modello della sanità di iniziativa, i servizi diagnostici, i servizi di prevenzione collettiva e di promozione della sanità pubblica, i programmi di screening, la teleassistenza e la teleriabilitazione.

**Case di comunità hub & spoke**

**Rapporto con medicina generale**

**Rapporto con ospedale di comunità**

<b>Cap. 10 - Assistenza domiciliare</b>	
<b>Presa in carico del 10% della popolazione over 65</b>	
<b>L'obiettivo ambizioso previsto di prendere in carico il 10% della popolazione over 65 sconta la mancanza di una chiara determinazione del fabbisogno di personale dell'equipe multiprofessionale</b>	I requisiti organizzativi minimi dell'intesa Stato-Regioni/PA del 4 agosto 2021 (Atto rep. 151/2021) non prevedono una chiara indicazione del fabbisogno di personale relativo anche alle professioni sanitarie delle aree tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, come peraltro la stessa Metodologia AgeNaS del giugno 2022 (adottata dal Ministero della salute di concerto con il Ministero economia e finanze) per la determinazione del fabbisogno di personale del SSN. <b>Occorre quindi raccogliere ed elaborare nuovi dati per una approfondita valutazione relativa al fabbisogno specifico di tali figure professionali in ambito ADI.</b>
<b>Assistenza domiciliare</b>	

**Cap. 13 - Servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie**

**La realizzazione del previsto approccio multidisciplinare e olistico dell'attività consultoriale è ostacolata dalla mancanza di una chiara e aggiornata indicazione dello standard minimo di personale**

**Cap. 14 - Prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico**

**Dipartimento di prevenzione**

Lo standard è di 1:500.000 cittadini.

Al fine di non incorrere in un loro sottodimensionamento (così come allo scoppio della pandemia da Covid-19) è opportuno esplicitare se saranno previsti dei coefficienti correttivi in relazione alle specifiche ed assai eterogenee condizioni territoriali che ci sono in Italia, non solo tra Regioni, ma anche nell'interno delle stesse e, addirittura, delle stesse Aziende sanitarie. Appare inoltre opportuno che siano definite proiezioni territoriali organizzative dei Dipartimenti di prevenzione sui territori, con una dimensione che sia coincidente con quella dei distretti sociosanitari.

**Cap. 15 - Telemedicina**

**La Telemedicina rischia di non poter diventare elemento abilitante della continuità assistenziale ospedale-territorio se non si realizza una vera e compiuta integrazione di tutti i professionisti sanitari che operano nelle reti ospedaliere e nelle reti territoriali**

La corretta presa in carico e gestione dell'assistito in telemedicina richiede una più efficace ed efficiente operatività dei gruppi di lavoro ospedale-territorio non solo multidisciplinari, ma anche multiprofessionali. In questa prospettiva vanno pienamente valorizzate le attività di teleassistenza e di tele riabilitazione, atti di specifica pertinenza delle professioni sanitarie così come prevedono le Indicazioni Nazionali per l'Erogazione di Prestazioni in Telemedicina del 2020 [1], le Indicazioni Nazionali per l'Erogazione di Prestazioni e Servizi di Tele riabilitazione da parte delle Professioni Sanitarie del 2021 [2], le Linee Guida Organizzative contenenti il Modello Digitale per l'Attuazione dell'Assistenza Domiciliare del 2022 [3]. È inoltre necessario sfruttare in modo pieno quanto consentito dell'attuale normativa in tema di autonomia e relativa responsabilità professionale delle varie professioni sanitarie rispetto all'erogazione delle prestazioni di telemedicina in linea con quanto previsto dagli specifici profili.



[federazione@tsrm-pstrp.org](mailto:federazione@tsrm-pstrp.org)

<https://www.tsrm-pstrp.org>



In collaborazione con  
Regione Autonoma della Sardegna  
ARES Sardegna (Azienda Regionale Salute)  
Università degli Studi di Cagliari  
Università degli Studi di Sassari



# Federsanità Nazionale Confederazione delle Federsanità Anci Regionali

