

# DAL PRONTO SOCCORSO AL TERRITORIO

PNRR, Medicina Generale ed altro



*ANNA MARIA FERRARI*  
*REGGIO EMILIA*

# PRIORITÀ E ASPETTATIVE DEGLI ITALIANI PER UN NUOVO SSN

Un sondaggio d'opinione promosso da IPSOS

Nando Pagnoncelli – Presidente

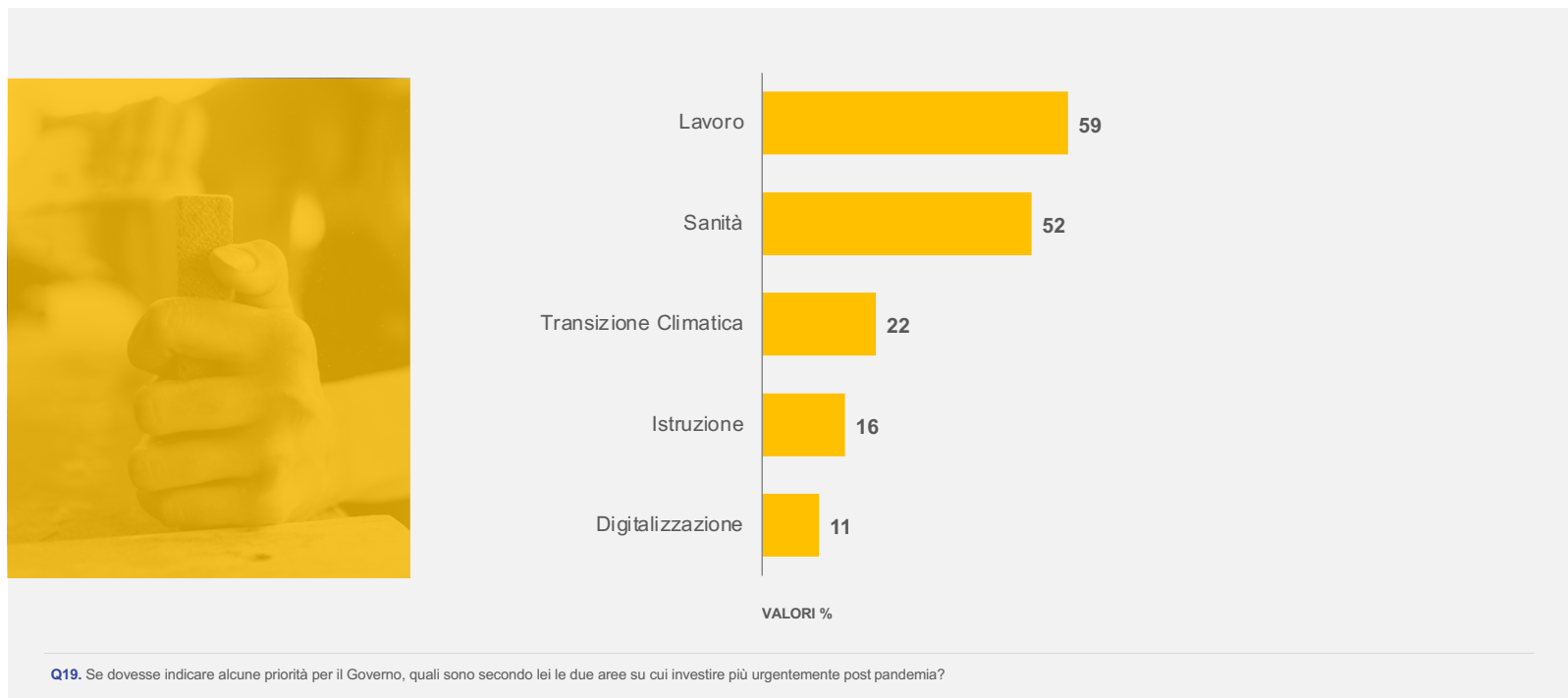
30 settembre 2021

GAME CHANGERS



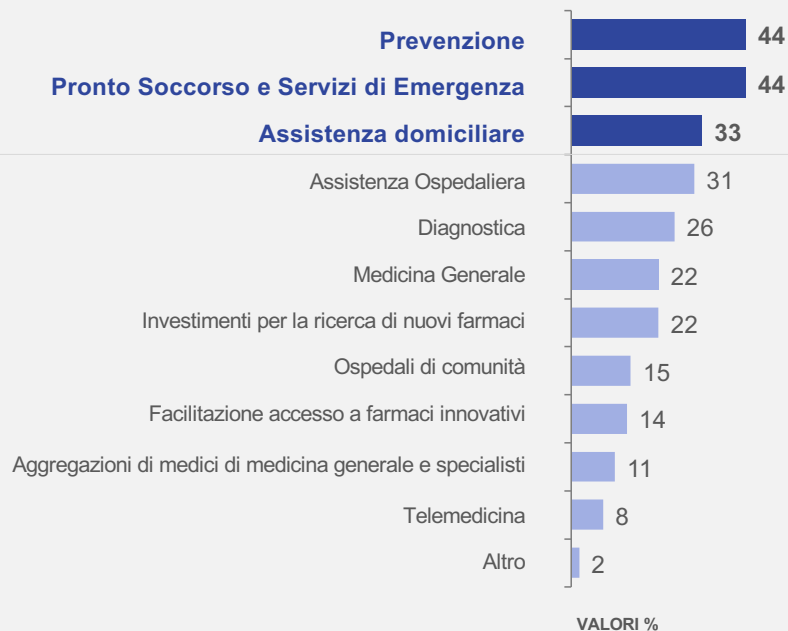


## Italiani e priorità del Governo: aree su cui investire più urgentemente



# Italiani e SSN: le priorità su cui puntare per il futuro

## 3 PRIORITÀ SSN



**Q21.** Quali – tra le seguenti – sono secondo lei le 3 priorità su cui si dovrebbero concentrare nei prossimi anni gli sforzi del Servizio Sanitario Nazionale?



# PNRR

PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA



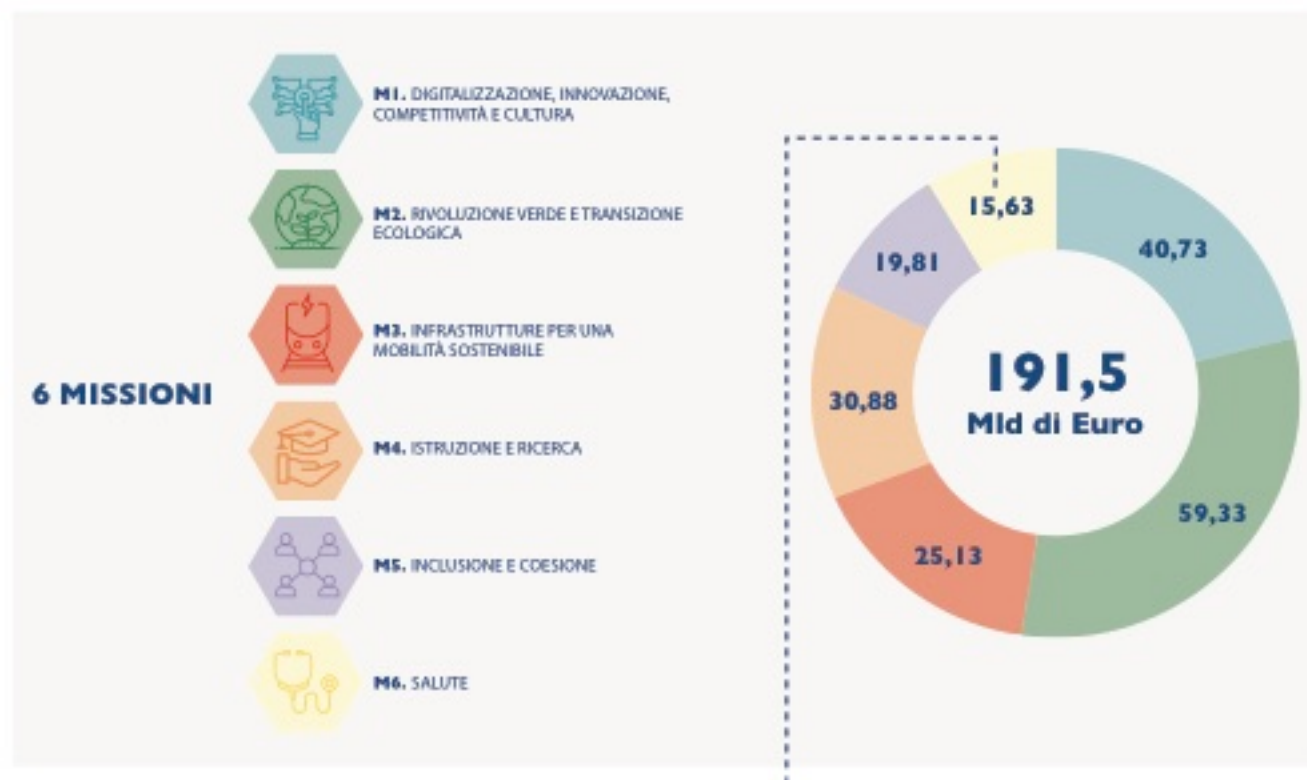


# PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA

#NEXTGENERATIONITALIA

# LE RICADUTE DEL PNRR SULLA SANITA'

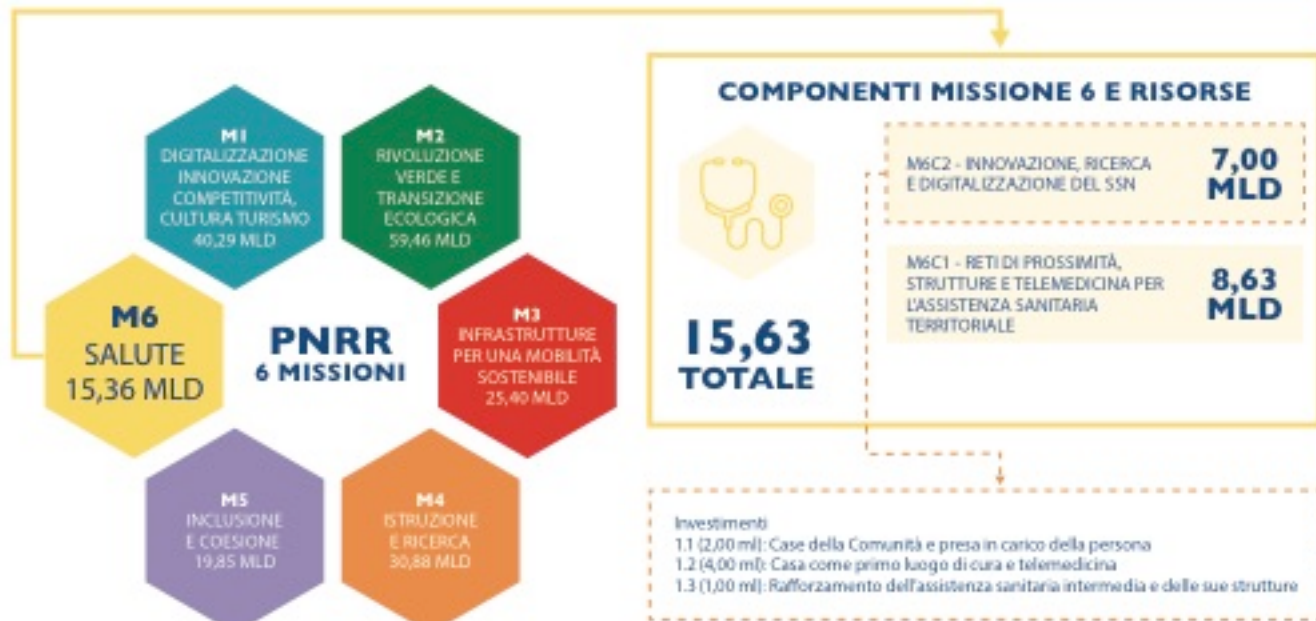
6 Missioni (M) articolate in Componenti (C) a loro volta strutturate in Investimenti tra cui Riforma 1 della M6C1 - Piani Urbani Integrati (PNRR, 2021).





# LE RICADUTE DEL PNRR SULLA SANITA'

PNRR: 6 Missioni (M) articolate in Componenti (C) a loro volta strutturate in Investimenti (PNRR, 2021)



<sup>1</sup> Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), definitivamente approvato con Decisione di esecuzione del Consiglio il 13 luglio 2021.

Composizione del PNRR per missioni e componenti (MILIARDI DI EURO)

M1. Digitalizzazione, innovazione, competitività e cultura	PNRR (a)	Fondo complementare (b)	Totale (c)=(a)+(b)z	React EU (d)
M1C1 - Digitalizzazione, innovazione e sicurezza nella PA	9,75	1,20	10,95	0,00
M1C2 - Digitalizzazione, innovazione e competitività nel sistema produttivo	24,30	5,88	30,18	0,80
M1C3 - Turismo e cultura 4.0	6,68	1,46	8,13	0,00
<b>Totale Missione 1</b>	<b>40,73</b>	<b>8,54</b>	<b>49,27</b>	<b>0,80</b>
M2. Rivoluzione verde e transizione ecologica				
M2C1 - Agricoltura sostenibile ed economia circolare	5,27	1,20	6,47	0,50
M2C2 - Transizione energetica e mobilità sostenibile	23,78	1,40	25,18	0,18
M2C3 - Efficienza energetica e riqualificazione degli edifici	15,22	6,72	21,94	0,32
M2C4 - Tutela del territorio e della risorsa idrica	15,06	0,00	15,06	0,31
<b>Totale Missione 2</b>	<b>59,33</b>	<b>9,32</b>	<b>68,65</b>	<b>1,31</b>
M3. Infrastrutture per una mobilità sostenibile				
M3C1 - Rete ferroviaria ad alta velocità/intermodalità	24,77	3,63	28,39	0,00

**M6. Salute**

M6C1 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina  
per l'assistenza sanitaria territoriale

M6C2 - Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale

**Totale Missione 6**

7,00	0,50	7,50	1,50
8,63	2,39	11,01	0,21
<b>15,63</b>	<b>2,89</b>	<b>18,51</b>	<b>1,71</b>

M6C1 - Portatore per lavoro	6,66	0,00	6,66	3,97
M6C2 - Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore	11,17	0,13	11,30	1,28
M6C3 - Interventi speciali per la coesione territoriale	1,98	2,43	4,41	0,00
<b>Totale Missione 5</b>	<b>19,81</b>	<b>2,56</b>	<b>22,37</b>	<b>7,25</b>
M6. Salute				
M6C1 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale	7,00	0,50	7,50	1,50
M6C2 - Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale	8,63	2,39	11,01	0,21
<b>Totale Missione 6</b>	<b>15,63</b>	<b>2,89</b>	<b>18,51</b>	<b>1,71</b>
<b>Totale</b>	<b>191,5</b>	<b>30,6</b>	<b>222,1</b>	<b>13,0</b>

**Obiettivi generali**



**M6C1: RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE**

- Potenziare il SSN, allineando i servizi ai bisogni delle comunità e dei pazienti, anche alla luce delle criticità emerse durante l'emergenza pandemica
- Rafforzare le strutture e servizi sanitari di prossimità e i servizi domiciliari
- Sviluppare la telemedicina e a superare la frammentazione e la mancanza di omogeneità dei servizi sanitari offerti sul territorio
- Sviluppare soluzioni di telemedicina avanzate a sostegno dell'assistenza domiciliare

**Quadro delle misure e risorse (MILIARDI DI EURO)**

**7,00  
Mld  
Totale**

**Ambiti di intervento/Misure**

- Riforma 1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima
- Investimento 1.1: Case delle Comunità e presa in carico della persona
- Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina
- Investimento 1.3: Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)

**Totale**

-  
2,00  
4,00  
1,00

## Obiettivi generali

M6C2: INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE  
DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

- Sviluppare una sanità pubblica che valorizzi gli investimenti nel sistema salute in termini di risorse umane, digitali, strutturali, strumentali e tecnologici.
- Rafforzare la ricerca scientifica in ambito biomedico e sanitario.
- Potenziare e innovare la struttura tecnologica e digitale del SSN a livello Centrale Regionale, al fine di garantire un'evoluzione significativa delle modalità di assistenza sanitaria, migliorando la qualità e la tempestività delle cure; valorizzando il ruolo del paziente come parte attiva del processo clinico-assistenziale; e garantendo una maggiore capacità di governance e programmazione sanitaria guidata dall'analisi dei dati, nel pieno rispetto della sicurezza e della tutela dei dati e delle informazioni.

## Quadro delle misure e risorse (MILIARDI DI EURO)

**8,63**  
**Mld**  
**Totale**

Ambiti di intervento/Misure	Totale
• Riforma 1: Riorganizzare la rete degli IRCCS	-
<b>1. Aggiornamento tecnologico e digitale</b>	<b>7,36</b>
• Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero	4,05
• Investimento 1.2: Verso un ospedale sicuro e sostenibile	1,64
• Investimento 1.3: Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione	1,67
<b>2. Formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico</b>	<b>1,26</b>
• Investimento 2.1: Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN	0,52
• Investimento 2.2: Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario	0,74

## 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.**

### 4. DISTRETTO: FUNZIONI E STANDARD ORGANIZZATIVI

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

La programmazione deve prevedere i seguenti standard:

- 1 Casa della Comunità *hub* ogni 40.000-50.000 abitanti;
- Case della Comunità *spoke* e ambulatori di Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali. Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente;
- 1 Infermiere di Famiglia o Comunità ogni 3.000 abitanti Tale standard è da intendersi come numero complessivo di Infermieri di Famiglia o Comunità impiegati nei diversi setting assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola;
- 1 Unità di Continuità Assistenziale (1 medico e 1 infermiere) ogni 100.000 abitanti;
- 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore;
- 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti.



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



## Casa della Comunità

### 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
- **8-12 infermieri di Famiglia e Comunità:**
  - 1 coordinatore
  - 2-3 IFeC per le attività ambulatoriali della CdC
  - 1-2 IFeC per le attività di triage e valutazione dei bisogni di salute
  - 4-6 IFeC per l'assistenza domiciliare di base, per le attività di prevenzione e teleassistenza
- **5-8 unità di personale di supporto (amministrativo, tecnico e sanitario)**
  - Apertura PUA: 8.00-18.00 – 6 giorni su 7
  - Altri servizi all'utenza anche sanitari



## Servizi

## CdC hub

## CdC spoke

Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multiprofessionali (MMG, PLS, SAI, IFoC, ecc.)	OBBLIGATORIO	OBBLIGATORIO
Punto Unico di Accesso	OBBLIGATORIO	OBBLIGATORIO
Servizio di assistenza domiciliare	OBBLIGATORIO	OBBLIGATORIO
Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza	OBBLIGATORIO	OBBLIGATORIO
Servizi infermieristici	OBBLIGATORIO	OBBLIGATORIO
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	OBBLIGATORIO	OBBLIGATORIO
Integrazione con i Servizi Sociali	OBBLIGATORIO	OBBLIGATORIO
Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione	OBBLIGATORIO	OBBLIGATORIO
Collegamento con la Casa della Comunità hub di riferimento	-	OBBLIGATORIO
Presenza medica	OBBLIGATORIO H24, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
Presenza infermieristica	OBBLIGATORIO H12, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
	FORTEMENTE RACCOMANDATO H24, 7/7 gg	
Servizi diagnostici di base	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Continuità Assistenziale	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Punto prelievi	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Attività Consultoriali e attività rivolta ai minori	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO
Interventi di Salute Pubblica (incluse le vaccinazioni per la fascia 0-18)	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO
Programmi di screening	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	RACCOMANDATO	RACCOMANDATO
Medicina dello sport	RACCOMANDATO	RACCOMANDATO

# Le case di Comunità secondo Agenas

**Gli strumenti della Medicina di Iniziativa** sono l'ingaggio proattivo precoce per l'individuazione delle persone a rischio di malattia, l'educazione ai corretti stili di vita, la loro presa in carico negli stadi iniziali delle patologie la programmazione di medio-lungo periodo delle attività di assistenza, le prenotazioni delle prestazioni, il sostegno e il controllo della compliance dei pazienti ai programmi diagnostici-terapeutici, il trasferimento in back office delle ricette burocratico-autorizzative.

Essa assicura all'individuo interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio, investendo anche sulla prevenzione e sull'educazione alla salute.

**Attraverso i modelli della medicina d'iniziativa, messi in atto dalle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta e dalle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP)**, i pazienti sono contattati periodicamente, al fine di migliorare gli stili di vita, diagnosticare precocemente le patologie e monitorare la comparsa e l'evoluzione delle malattie croniche e prevenire le complicanze.

## 11. OSPEDALE DI COMUNITÀ

L'Ospedale di Comunità (OdC) è una struttura sanitaria di ricovero che afferisce alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio.

Standard:

- 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti;
- 0,2 posti letto per 1000 abitanti da attuarsi in modo progressivo secondo la programmazione regionale.

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

7-9 infermieri (di cui 1 Coordinatore infermieristico), 4-6 Operatori Sociosanitari, 1-2 unità di altro personale sanitario con funzioni riabilitative e un Medico per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7.

## 6. INFERMIERE DI FAMIGLIA O COMUNITÀ

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

Standard:

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



## 7. UNITÀ DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

L'Unità di Continuità Assistenziale nel limite previsto ai sensi dell'articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021 n. 234 è un'équipe mobile distrettuale per la gestione e il supporto della presa in carico di individui, o di comunità, che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e che comportano una comprovata difficoltà operativa.

Standard:

- 1 Medico e 1 Infermiere ogni 100.000 abitanti.

## 9. CENTRALE OPERATIVA 116117

La Centrale Operativa 116117 sede del Numero Europeo Armonizzato (NEA) per le cure mediche non urgenti offre un servizio telefonico gratuito alla popolazione attivo 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 per tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensità assistenziale.

Standard:

- 1 Centrale Operativa NEA 116117 ogni 1-2 milioni di abitanti o comunque a valenza regionale (se con popolazione inferiore allo standard), incrementabile sulla base della numerosità della popolazione. La Centrale Operativa 116117 raccoglie le chiamate di uno o più distretti telefonici in funzione delle dimensioni dei distretti stessi e delle modalità organizzative delle Regioni/PA.

# CO NEA. 116 117

## LA CENTRALE OPERATIVA NEA 116117 (CO NEA 116117)

Il Numero Europeo Armonizzato (NEA) per le cure mediche non urgenti 116117 destinato alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie non urgenti e concorre alla gestione della domanda assistenziale a bassa intensità o priorità .

La Centrale Operativa NEA 116117 (CO NEA 116117) offre un servizio di front desk, per un bacino di utenza di 500.000 abitanti. Il servizio aperto e gratuito, attivo 24 ore su 24, 7 giorni su 7, e permette agli utenti chiamanti di entrare in contatto con un operatore, sanitario o laico opportunamente formato, che possa fornire assistenza, direttamente o attraverso il trasferimento di chiamata al servizio competente, a valenza sociosanitaria.

Figura 7. Regioni in cui è attivo o in via di sperimentazione il numero NEA 116117

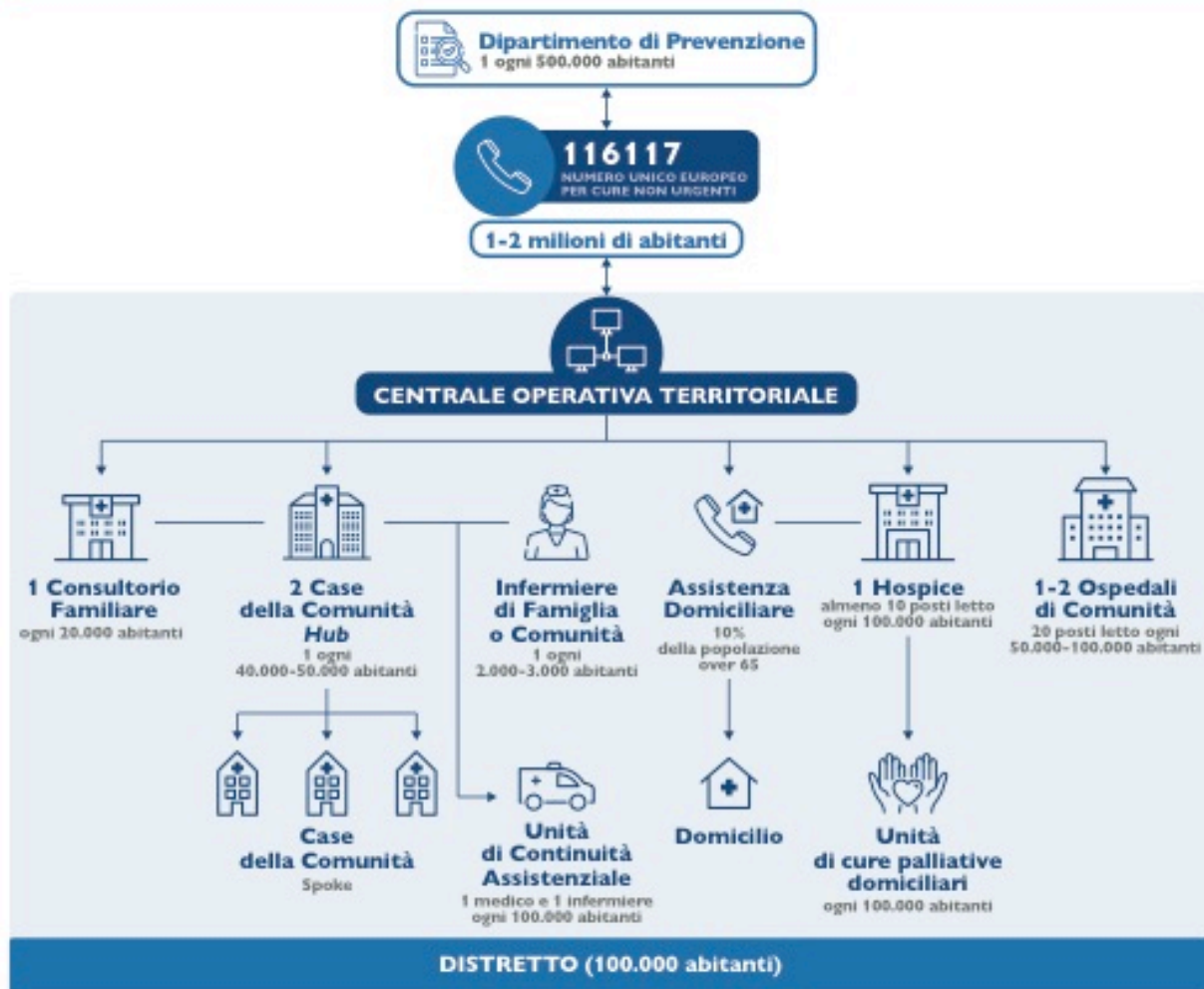


## 12. RETE DELLE CURE PALLIATIVE

La rete delle cure palliative è costituita da servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, con l'attività di consulenza nelle U.O., ambulatoriale, domiciliare e in hospice. Le cure palliative sono rivolte a malati di qualunque età e non sono prerogativa della fase terminale della malattia. Possono infatti affiancarsi alle cure attive fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, controllare i sintomi durante le diverse traiettorie della malattia, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale.

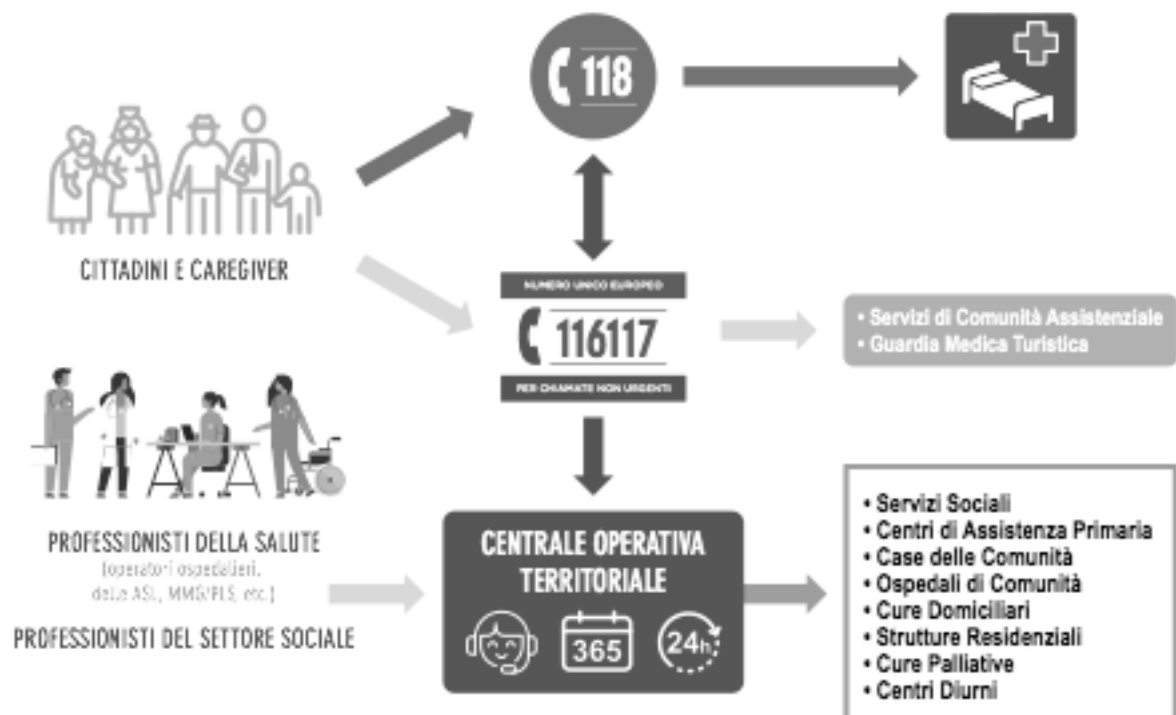
Standard:

- 1 Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCP – DOM) ogni 100.000 abitanti;
- Hospice: 8/10 posti letto ogni 100.000 abitanti

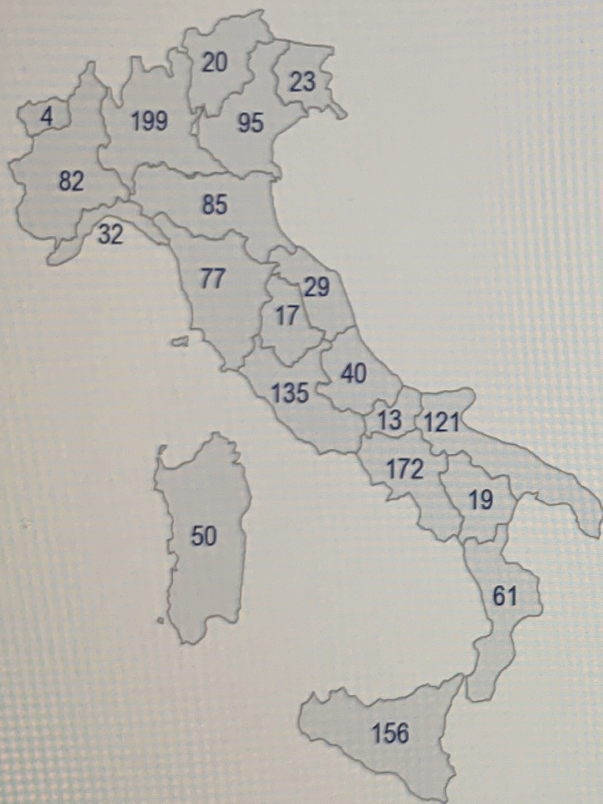




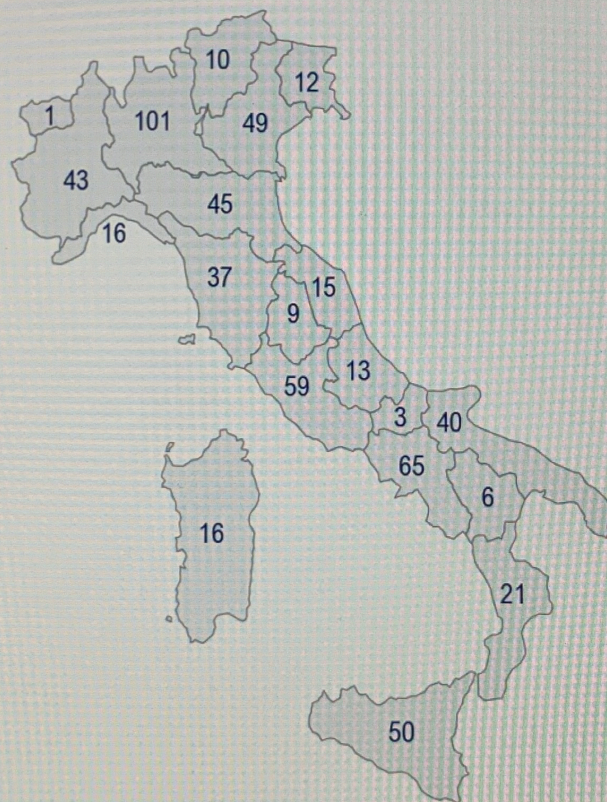
**FIGURA 8.** Modello di Centrale operativa territoriale (COT)



### CASE DELLA COMUNITÀ



### CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI



### OSPEDALI DELLA COMUNITÀ



**Figura 23.** Case della Comunità, Centrali Operative Territoriali e Ospedali della Comunità previsti dai Piani Operativi (numero), 2022

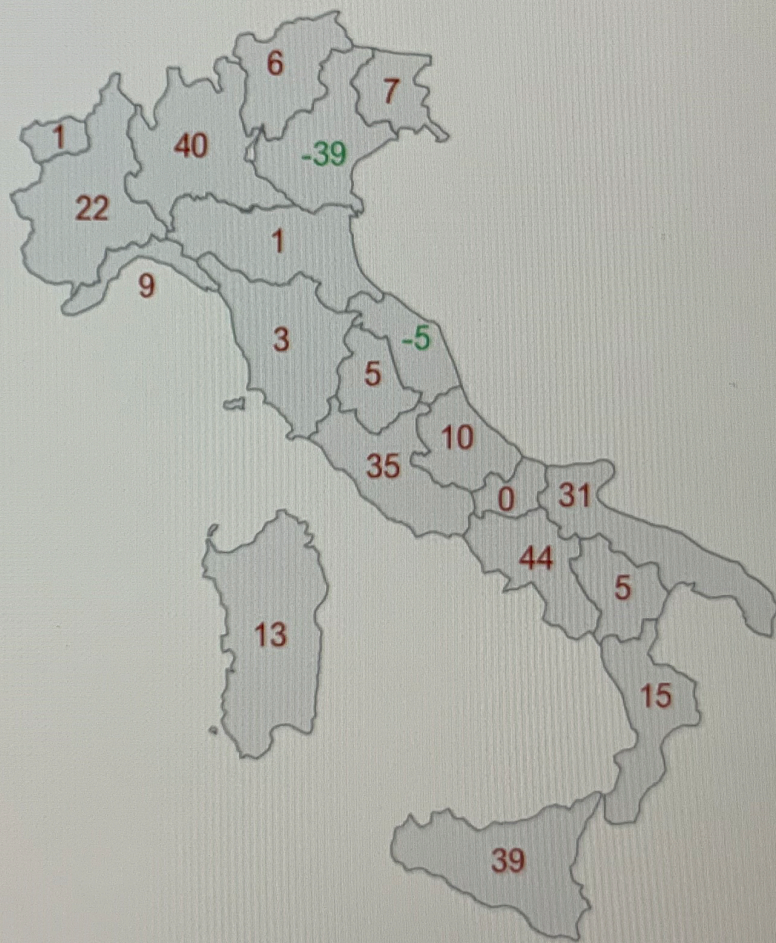
Fonte: The European House – Ambrosetti su dati Contratti Istituzionali di Sviluppo, 2022



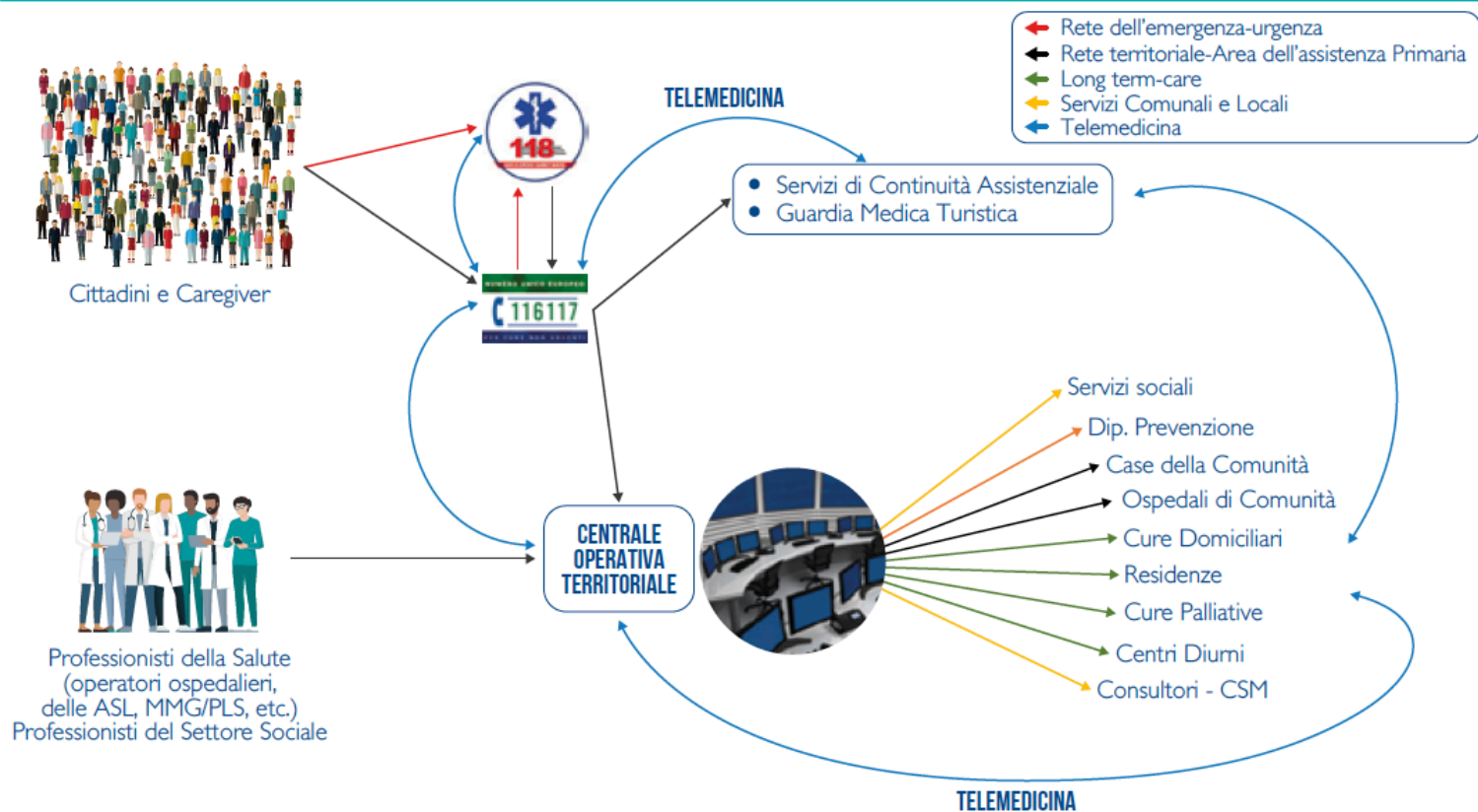
## CASE DELLA COMUNITÀ



## OSPEDALI DELLA COMUNITÀ



**Figura 1.** Un modello di riorganizzazione della Rete Territoriale



# ESPERIENZE DI CASE DELLA SALUTE

EMILIA ROMAGNA



La redazione del volume è a cura di

**Lucia Nobilio** Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

**Elena Berti** Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

**Maria Luisa Moro** Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

## Valutazione di impatto delle Case della Salute su indicatori di cura 2009-2019

Le Case della salute attive in  
Emilia-Romagna sono 120

### Risultati

L'analisi conferma un effetto significativo e costante delle Case della Salute sull'accesso al Pronto soccorso (-16,1%) e un effetto altrettanto significativo - ma meno rilevante e diffuso - sull'ospedalizzazione per condizioni sensibili al trattamento ambulatoriale (-2,4%) e sugli episodi di cura in assistenza domiciliare (+9,5%). Per l'indicatore relativo all'utilizzo del Pronto soccorso si osserva un effetto più consistente nei pazienti assistiti da medici di medicina generali che svolgono la loro attività parzialmente o completamente all'interno della Case della Salute (-25,7%). Si osserva altresì un'ampia variabilità negli effetti tra territori e Case della Salute, che è da imputare ai diversi modelli organizzativi aziendali e ad alcune caratteristiche del territorio che di volta in volta devono essere indagate.



## Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina

L'investimento mira ad aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10 per cento della popolazione di età superiore ai 65 anni (in linea con le migliori prassi europee). L'intervento si rivolge in particolare ai pazienti di età superiore ai 65 anni con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti.

L'investimento mira a:

- Identificare un modello condiviso per l'erogazione delle cure domiciliari che sfrutti al meglio le possibilità offerte dalle nuove tecnologie (come la **telemedicina, la domotica, la digitalizzazione**)
- Realizzare presso ogni Azienda Sanitaria Locale (ASL) un **sistema informativo** in grado di rilevare **dati clinici in tempo reale**
- Attivare **602 Centrali Operative Territoriali (COT)**, una in ogni distretto, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza
- Utilizzare la **telemedicina** per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche

## La Centrale Operativa Territoriale (COT)

La Centrale Operativa Territoriale è un modello organizzativo innovativo, di livello distrettuale, 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.

L'obiettivo della Centrale Operativa Territoriale(COT) è quello di assicurare continuità , accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria.

L'attività della COT rivolta a tutti gli attori del sistema sociosanitario, personale distrettuale e ospedaliero, che possono richiederne l'intervento

## Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero

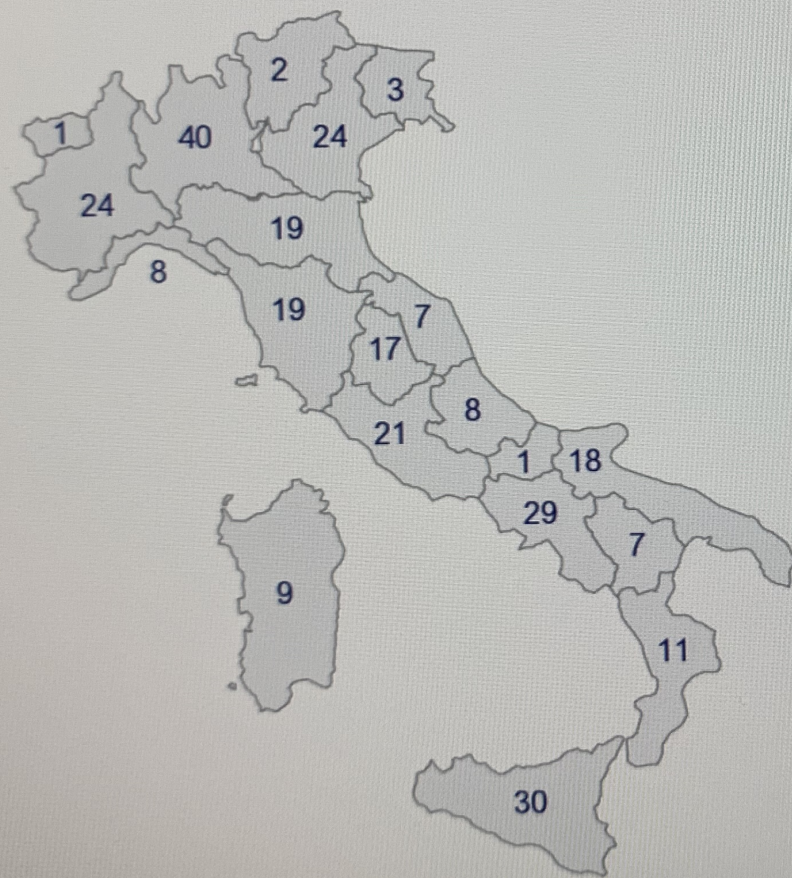
Ammodernamento digitale del parco tecnologico ospedaliero, tramite l'acquisto di 3.133 nuove grandi apparecchiature ad alto contenuto tecnologico (TAC, risonanze magnetiche, Acceleratori Lineari, Sistema Radiologico Fisso, Angiografi, Gamma Camera, Gamma Camera/TAC, Mammografi, Ecotomografi) caratterizzate da una vetustà maggiore di 5 anni, sia con interventi finalizzati al potenziamento del livello di digitalizzazione di 280 strutture sanitarie sede di Dipartimenti di emergenza e accettazione (DEA) di I e II livello.

Inoltre, l'intervento (attuativo dell'art. 2 del decreto legge n. 34/2020) prevede il rafforzamento strutturale degli ospedali del SSN, attraverso l'adozione di un piano specifico di potenziamento dell'offerta ospedaliera tale da garantire: (i) il potenziamento della dotazione di posti letto di terapia intensiva (+3.500 posti letto per garantire lo standard di 0,14 posti letto di terapia intensiva per 1.000 abitanti) e semi-intensiva (+4.225 posti letto); (ii) il consolidamento della separazione dei percorsi all'interno del pronto soccorso; (iii) l'incremento del numero di mezzi per i trasporti secondari.

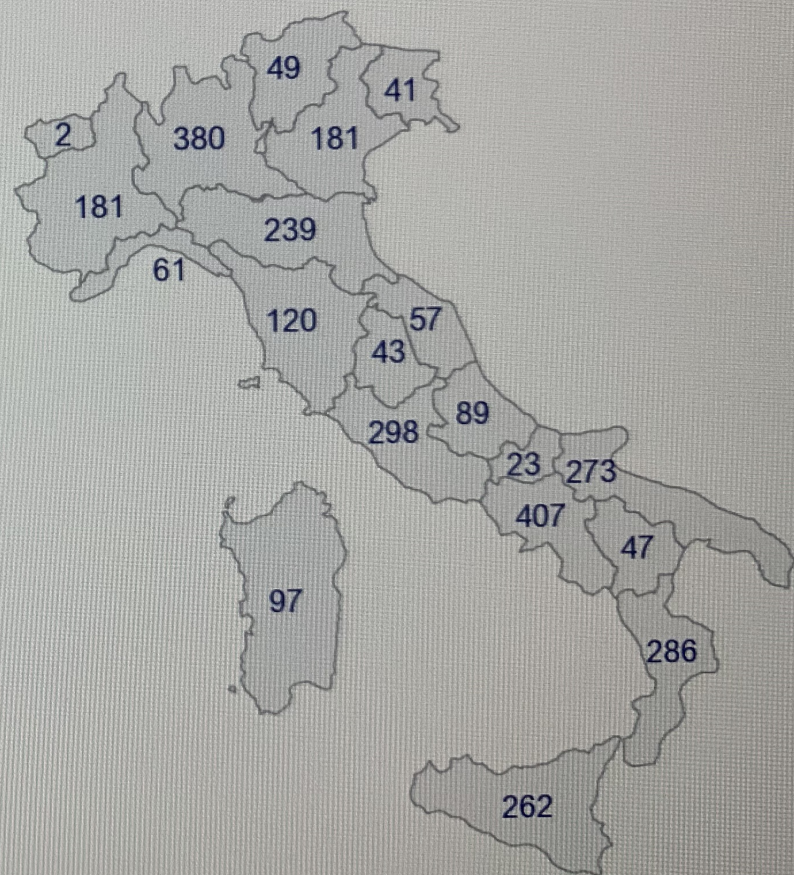
- Una spesa pari a 1,45 miliardi di euro per la digitalizzazione dei DEA di I e II livello (di cui 1,09 miliardi destinati alla digitalizzazione di 210 strutture entro il primo trimestre del 2024 e 0,36 miliardi per la digitalizzazione di altre 70 strutture entro la fine del 2025). Entro il terzo trimestre del 2022 si prevede la pubblicazione della procedura di gara e la stipula dei contratti con i fornitori
- Una spesa complessiva pari a 1,41 miliardi di euro entro il secondo semestre del 2026 per il rinnovamento della dotazione esistente di posti letto di terapia intensiva e semi-intensiva, l'ammodernamento dei Pronto Soccorso e l'incremento del numero dei mezzi per i trasporti sanitari secondari (progetto già avviato)



## DIGITALIZZAZIONE DEA I-II LIVELLO



## GRANDI APPARECCHIATURE



## **Investimento 1.2: Verso un ospedale sicuro e sostenibile**

L'investimento mira a delineare un percorso di miglioramento strutturale nel campo della sicurezza degli edifici ospedalieri, adeguandoli alle vigenti norme in materia di costruzioni in area sismica

## **Investimento 1.3: Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione**

L'investimento mira ad imprimere un profondo cambio di passo nell'infrastrutturazione tecnologica. Si prevedono due azioni distinte.

- Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)
- Infrastruttura tecnologica del Ministero della Salute e analisi dei dati e modello predittivo per garantire i LEA italiani e la sorveglianza e vigilanza sanitaria.

## M6C2.2 FORMAZIONE, RICERCA SCIENTIFICA E TRASFERIMENTO TECNOLOGICO

**Investimento 2.1: Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN**

**Investimento 2.2: Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario**

- **L'incremento delle borse di studio in medicina generale**, garantendo il completamento di tre cicli di apprendimento triennali (900 borse di studio aggiuntive all'anno)
- L'avvio di un piano straordinario di **formazione sulle infezioni ospedaliere** a tutto il personale sanitario e non sanitario degli ospedali (con circa 150.000 partecipanti entro la fine del 2024 e circa 140.000 entro metà 2026)
- L'attivazione di un percorso di **acquisizione di competenze di management per professionisti sanitari del SSN**, al fine di prepararli a fronteggiare le sfide attuali e future in una prospettiva integrata, sostenibile, innovativa, flessibile, sempre orientata al risultato: si prevede la formazione di 2.000 persone entro la metà del 2024 e altre 4.500 persone entro il Q2 2026
- **L'incremento dei contratti di formazione specialistica** per affrontare il cosiddetto "imbuto formativo", vale a dire la differenza tra il numero di laureati in medicina e il numero di posti di specializzazione post-lauream previsto e garantire così un adeguato turn-over dei medici specialisti del SSN (4.200 contratti di formazione specialistica aggiuntivi, per un ciclo completo di studi (5 anni) a partire dal 2020)

Il decreto legge 34 del 19 maggio 2020 ha definito misure urgenti in ambito sanitario con l'articolo 1 - Disposizioni urgenti in materia di assistenza territoriale: si indicano due elementi strutturali importanti per una riforma della assistenza territoriale:

- il primo legato alle competenze infermieristiche con l'introduzione di **9600 infermieri di famiglia o di comunità** per garantire la massima presa in carico dei pazienti e la continuità assistenziale
- il secondo legato al **coordinamento delle attività sanitarie e sociosanitarie territoriali con l'attivazione di centrali operative** che svolgono funzioni di raccordo con tutti i servizi del territorio, con il sistema di emergenza-urgenza e quello ospedaliero, favorendo finalmente il dialogo tra tutti gli attori dell'organizzazione sociosanitaria;





# MEDICINA GENERALE

La storia

“Io, medico di base  
con 1.800 pazienti  
È un lavoro infernale  
ormai sono stremato”

di Michele Bocci  
a pagina 21



Il dottor Claudio Drago, 62 anni

*Una professione in crisi e senza ricambi. Il record di Claudio Drago*

“Io, medico di famiglia  
con 1800 pazienti  
Ne visito 80 al giorno  
ormai sono stremato”

# Medici di base, 50mila reggiani rischiano di stare senza assistenza

Tanti pensionamenti e pochi nuovi ingressi. L'Ausl: «Serve programmazione»

La nostra provincia è in sofferenza di medici di famiglia perché i nuovi ingressi non riescono a compensare i pensionamenti. Secondo Davide Favali, referente Ausl, a novembre 50mila reggiani si ritroveranno senza medico di base: «Il problema è legato alla mancata programmazione regionale del numero di borse di studio».

» Benatti a pag. 2 e 3

## Mancano **medici di base** Assistenza a rischio per 50mila reggiani

Molti posti vacanti saranno coperti da dottori in pensione  
In alcuni comuni reggiani spuntano gli ambulatori "Nat"

## L'emorragia di medici



### COSÌ IN 5 ANNI

Medici di base  
e Ssn  
-45.000



### COSÌ IN 10 ANNI

Medici di base  
e Ssn  
-80.676



### DI BASE

Saldo **-22.392**

Nuovi ingressi



11.000

In pensione



33.392



### SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Nuovi ingressi non quantificabili

In pensione 47.284



### L'ANNO NERO

2022

Medici di base  
in pensione

3.902

### LE REGIONI PIÙ IN CRISI



Fonti: Fimmg e Anao

ANSA centimetri



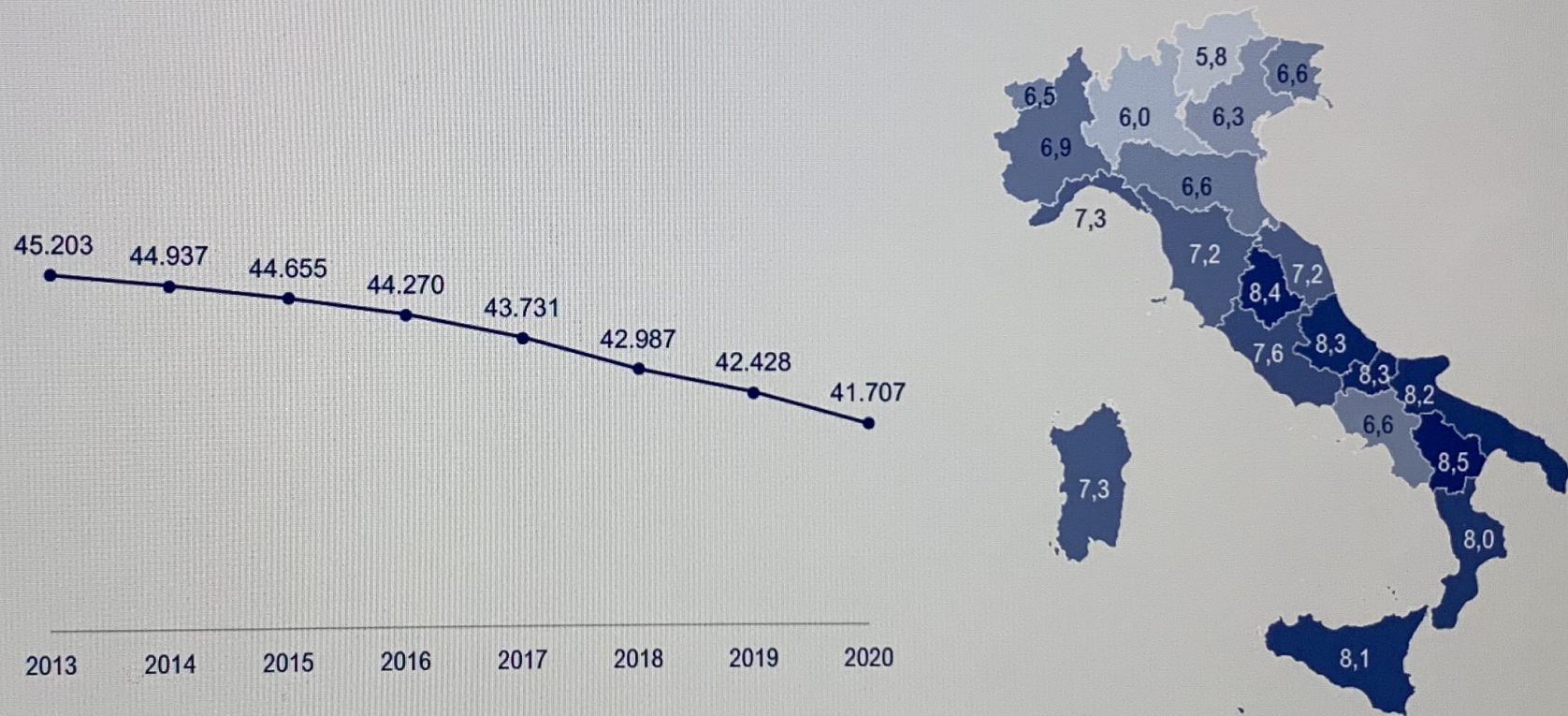
9/11/22

**Dal 2019 i loro ambulatori chiudono a un ritmo di quasi mille all'anno e se si guarda agli ultimi dieci anni i medici di famiglia mai rimpiazzati sono quasi 6mila, oltre il 10% dell'intera platea. E così per tanti italiani sta diventando sempre di più una vera e propria corsa a ostacoli trovare il proprio dottore di fiducia tra i 40mila scarsi rimasti (erano 46mila nel 2012) che spesso sono costretti all'over booking e cioè a superare quel massimale di 1.500 assistiti fissato dai contratti.**

## **40.250 medici di famiglia complessivi**

- Media di italiani assistiti per ognuno di loro è di 1.237
- Medie: Nord 1.326      Centro 1.159      Sud 1.102
- Record del Trentino Alto Adige con 1.454 pazienti per medico
- Lombardia 1.450   il Veneto 1.370, ma anche la Calabria con la Sanità commissariata che nel 2021 balza a 1.423 assistiti per medico dai 1.055 del 2019.

**Fonte: Agenas dati 2021**



**Figura 11.** A sinistra: MMG in Italia (numero), 2013-2020. A destra: MMG nelle Regioni italiane (per 10.000 abitanti), 2020

*Fonte: The European House – Ambrosetti su dati Istat, 2022*

*GRAZIE DELL'ATTENZIONE  
E APRIAMO LA DISCUSSIONE*