



**XIII° CONGRESSO NAZIONALE  
CASE MANAGEMENT**  
Una scelta coerente con il PNRR



**Bergamo**  
ASST PAPA GIOVANNI XXIII AUDITORIUM LUCIO PARENZAN

**14 Ottobre 2022**  
Dalle ore 8.30 alle ore 17.00



DIPARTIMENTO  
DI SCIENZE SOCIALI  
ED ECONOMICHE

**SAPIENZA**  
UNIVERSITÀ DI ROMA

# Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza: Punti di forza e criticità

**Prof. Giorgio Banchieri,**  
Segretario Nazionale ASIQUAS,  
Docente DiSSE, Università "Sapienza", Roma;  
Docente della Business School, Università LUISS, Roma

## **SARS-COV-2 siamo stati presi alla sprovvista?**



Alcuni ricercatori (virologi e infettivologi) avevano messo in all'arme le istituzioni internazionali e la comunità scientifica su possibili zoonosi, ovvero salto di specie da animali a uomo sul tipo della SARS .....

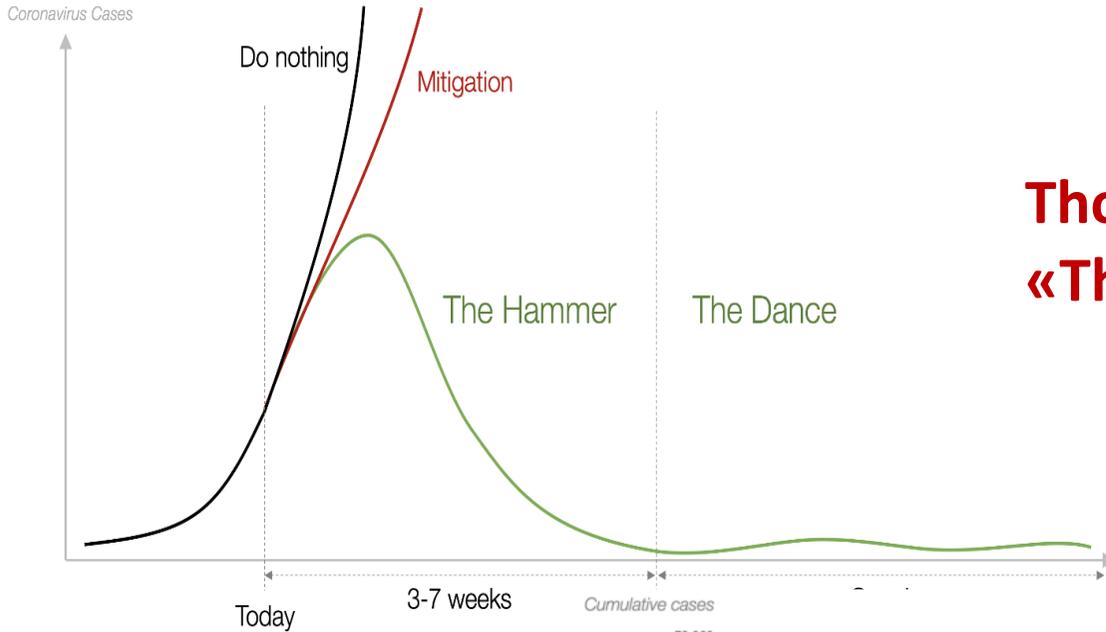
Esistevano studi e ricerche già nel 2019 che paventavano per i gravi cambiamenti climatici e dell'ambiente il realizzarsi di «condizioni perfette» per lo sviluppo di zoonosi ...

Alla fine è arrivata Miss Covid-19 corona virus mutante (ha già avuto 38 modificazioni dal suo insorgere) ....

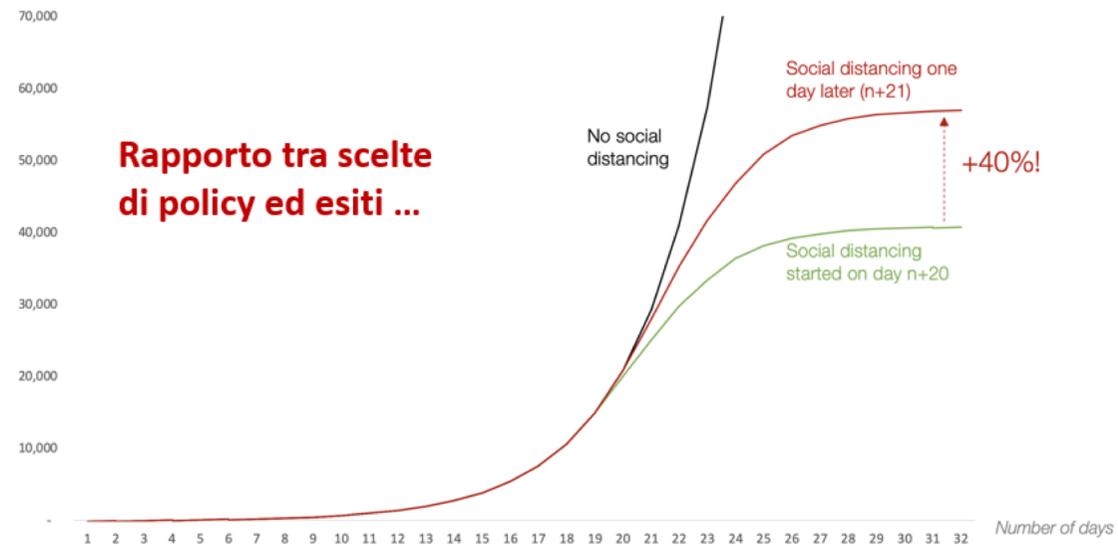
Oggi è ormai pandemica e dobbiamo nostro malgrado, come vedremo in seguito , conviverci a lungo ...

Saranno più «ondate» ....

Dobbiamo finire di conoscerla e imparare come curarla ....

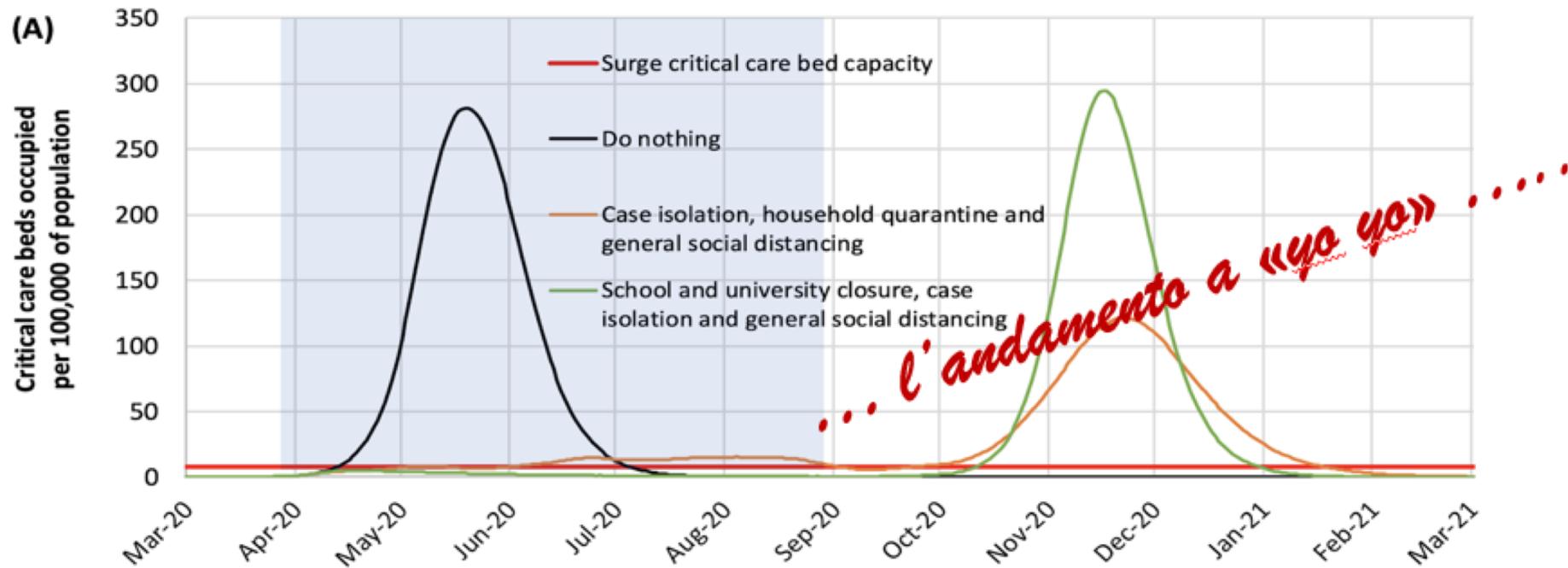


## Thomas Pueyo «The hammer and the dance ....»



Source: Tomas Pueyo

## Il modello di The Imperial College of London (Prof. Ferguson)

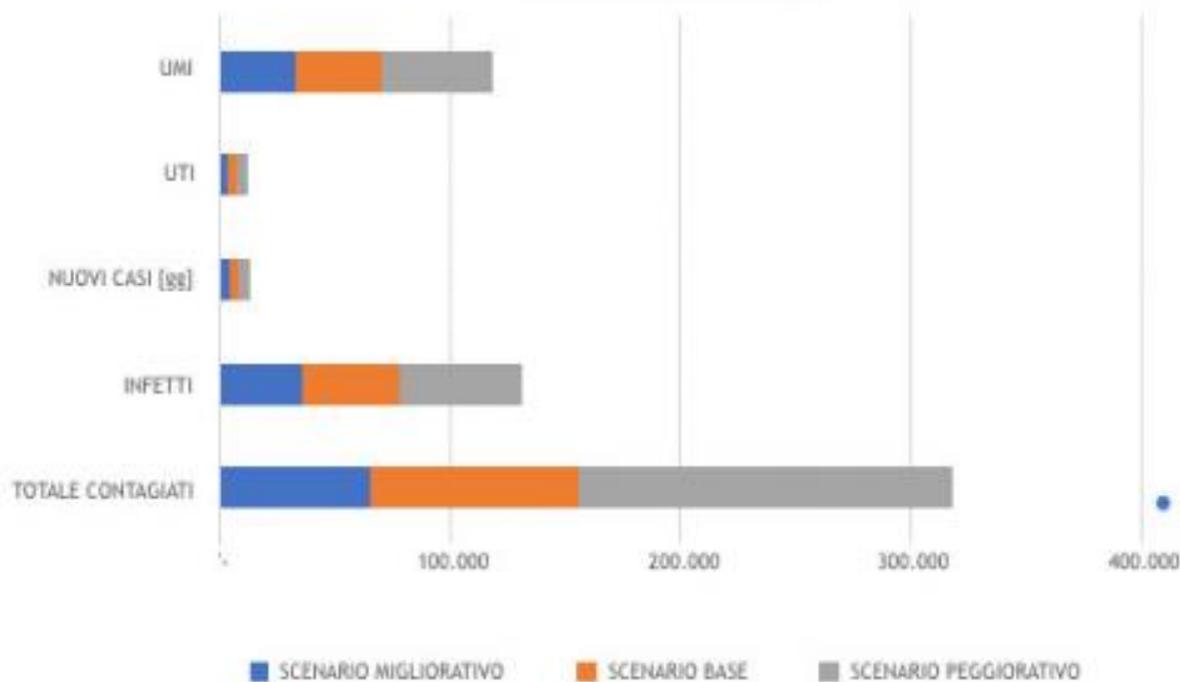


Source: *Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID19 mortality and healthcare demand*, Neil Ferguson et. al, Imperial College

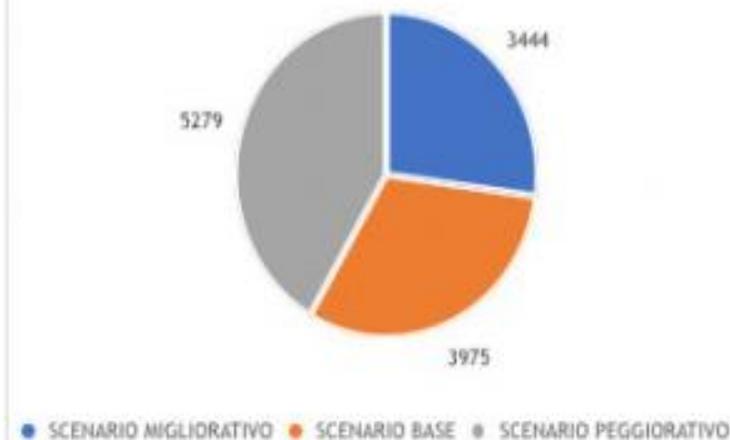


| COVID-19 MODEL        | TOTALE CONTAGIATI | VAR % | INFETTI | VAR % | NUOVI CASI [gg] | VAR % | UTI   | VAR % | UMI    | VAR % |
|-----------------------|-------------------|-------|---------|-------|-----------------|-------|-------|-------|--------|-------|
| SCENARIO MIGLIORATIVO | 65.000            | -29%  | 36.183  | -13%  | 4.103           | -9%   | 3.444 | -13%  | 32.773 | -13%  |
| SCENARIO BASE         | 91.209            | -     | 41.662  | -     | 4.504           | -     | 3.975 | -     | 37.798 | -     |
| SCENARIO PEGGIORATIVO | 162.000           | 78%   | 53.500  | 28%   | 5.143           | 14%   | 5.279 | 33%   | 48.163 | 27%   |

CONFRONTO SCENARI



Unità di Terapia Intensiva ITALIA



**LEGENDA**  
UTI - Unità di Terapia Intensiva  
UMI - Unità di Media Terapia

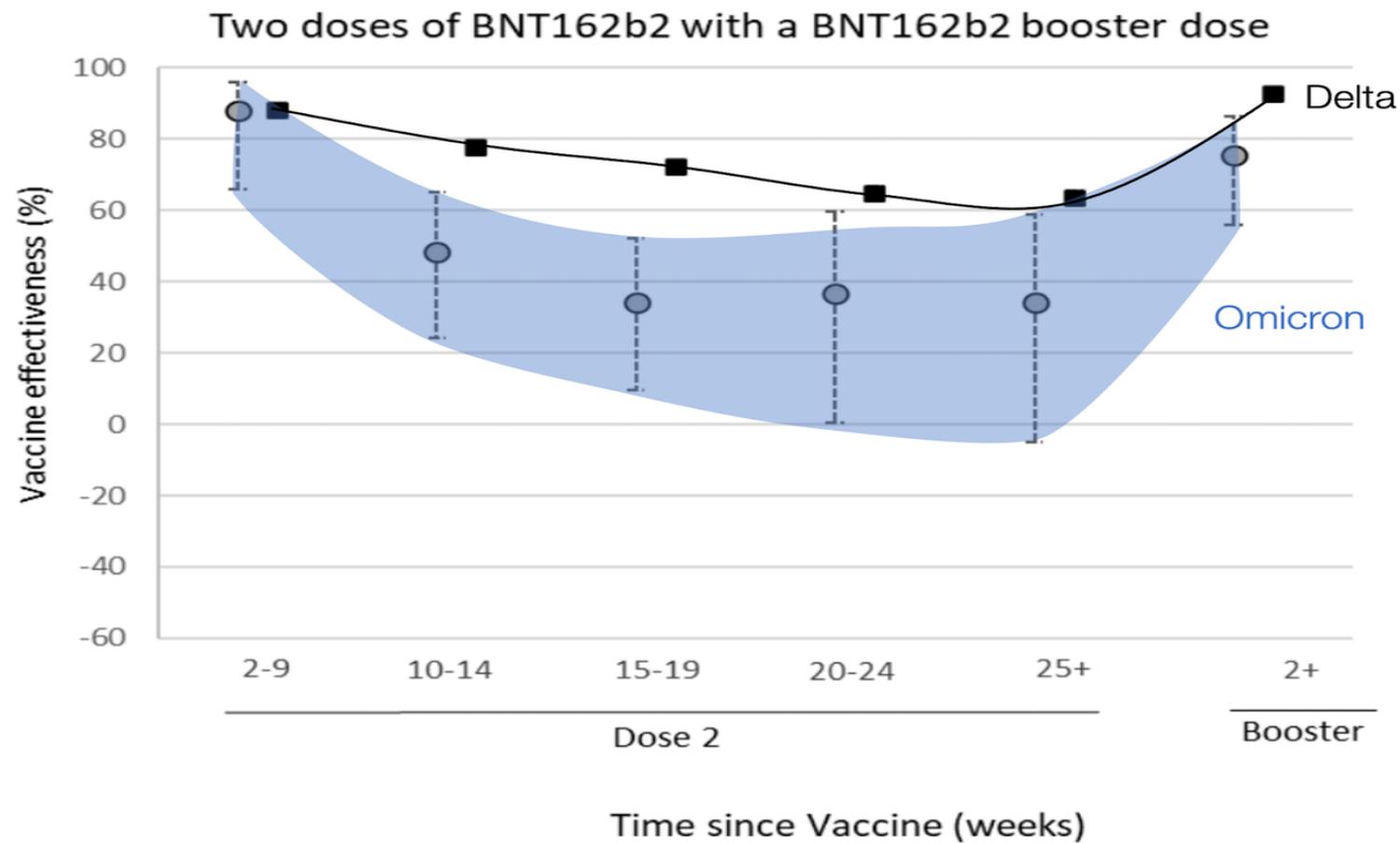
**Il modello Italiano ....**

## Mezzi dell'esercito che portano le salme da Bergamo a Modena per la cremazione ...



*... immagine che non ci dimenticheremo mai .....*

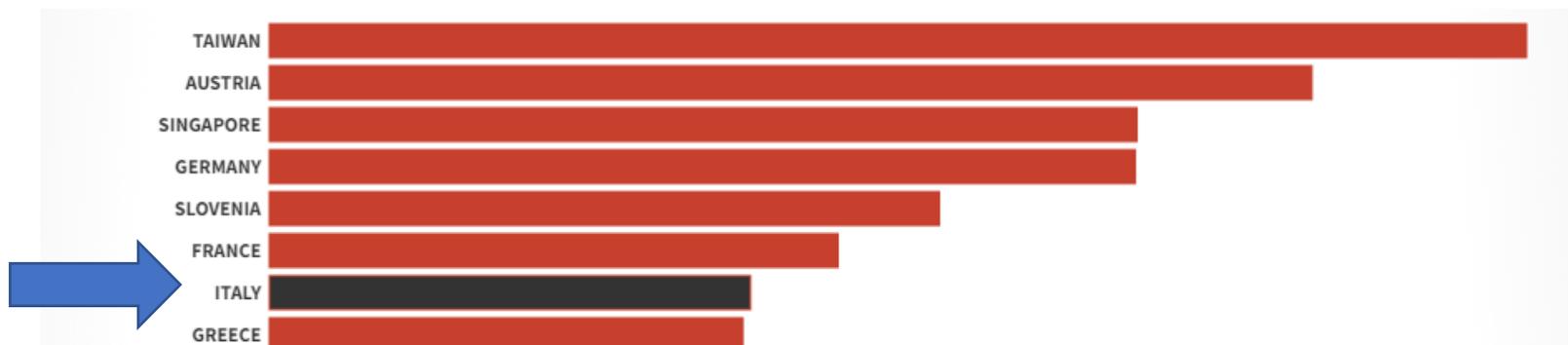
Da Delta  
a Omicron e  
sue varianti ...



## La prevalenza dei contagi nel mondo oggi ....



## Nuovi contagi in rapporto alla popolazione ....

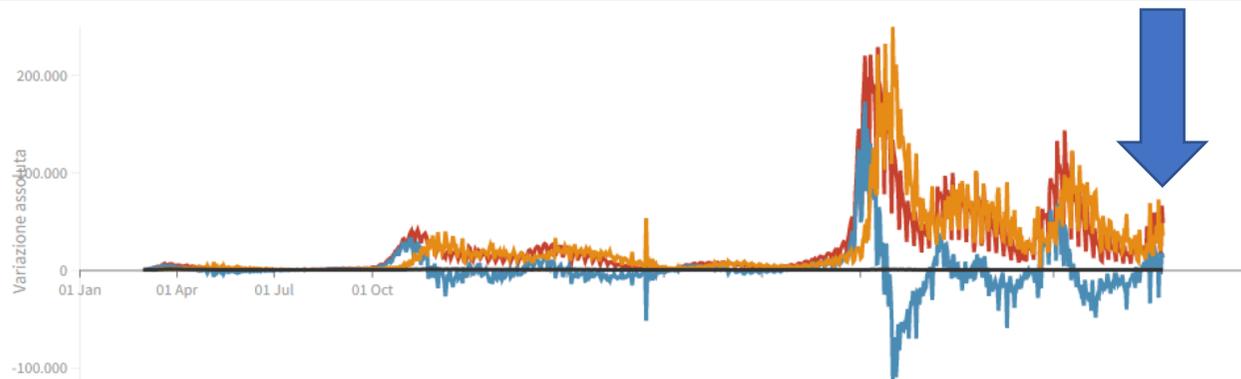


## La variazione assoluta giorno per giorno

Variazione totale contagiati, variazione attualmente positivi, variazione dimessi/guariti e **variazione deceduti in assoluto** rispetto al giorno precedente

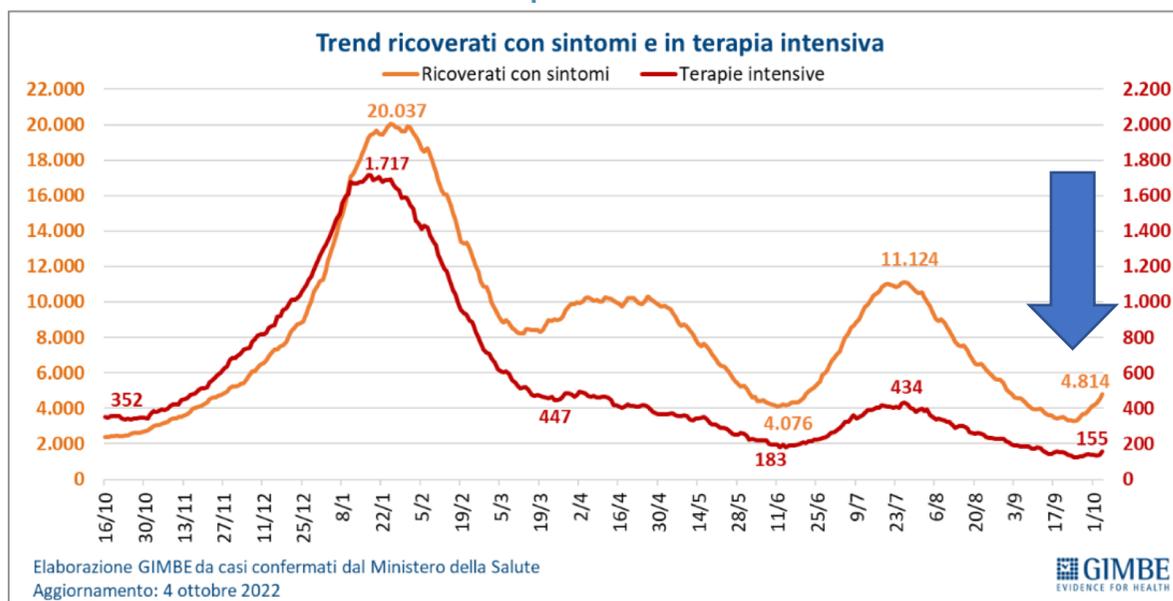
Dati del ministero della Salute. I grafici vengono aggiornati ogni giorno con l'uscita dei dati.

Seleziona la voce che vuoi evidenziare



**GEDI VISUAL**

**Non è finita ....  
Sta partendo  
Una nuova ondata .....**



# Sin dalle settimane iniziali della pandemia abbiamo capito alcune cose fondamentali:

- **Se non c'è una sanità pubblica universalista** il prezzo che potrebbe pagare la nostra comunità di fronte a pandemie simili e ricorrenti può essere enorme;
- **Dovremo probabilmente convivere con il virus per lungo tempo** e dobbiamo monitorare i contagiati asintomatici e sintomatici, per ora non è certa l'immunizzazione anche se alcuni primi studi sembrano essere positivi;
- **Dobbiamo ripensare l'organizzazione dei servizi ospedalieri in poli dedicati e specializzati** per governare i contagiati gravi;
- **Dobbiamo mettere in piedi servizi territoriali di prevenzione e cura secondo logiche di prossimità**, seppur ripensate tenendo conto che sarà necessaria la dotazione al personale di dispositivi e strumentazioni diagnostiche adeguate e tempestive;
- **Dobbiamo dotarci di "Piani di Emergenza per pandemie" con procedure specifiche di gestione degli screening e percorsi dedicati e strutture dedicate per la assistenza e la cura;**
- **Avere procedure di Lockdown per "mitigare" lo sviluppo delle pandemie e consentire ai SSN e SSR di dispiegare nei tempi giusti le loro risorse;**
- **Dobbiamo ripensare i percorsi di formazione di medici e infermieri e delle altre professioni sanitarie** in funzione di una stima dei bisogni di assistenza e di turn over effettivo, riprogrammando i volumi delle iscrizioni necessarie nei corsi di laurea;
- **Dotarci di base dati epidemiologici condivisi tra Ministero/ISS/Agenas/CNR/Centri di Ricerca pubblici/IRCCS/Policlinici Universitari/regioni/ARS in network con reti analoghe in Europa e a livello globale** sia per sviluppare studi specifici, che per condividere le conoscenze, i risultati e trovare strategie e percorsi di cura appropriati e efficaci a costi sostenibili fuori da una logica solo profit.

# ASIQUAS: dalla pandemia Covid-19 nuovi modelli di assistenza, di appropriatezza e di accreditamento.

- **Centralità di un Servizio Sanitario Nazionale universale ed equo;**
- **Conoscenza dei bisogni reali delle popolazioni in divenire e loro dimensionamento per peso e volumi;**
- **Ridefinizione dei modelli regolativi degli ospedali** che ancora sono quelli della Legge Mariotti del 1968 anche se successivamente modificata e implementata dal Decreto 70;
- **Sviluppo delle strutture intermedie sia specialistiche che generaliste in una ottica di filiere assistenziali pubblico/privato con una modellizzazione uniforme tipo quella individuata con il Tavolo Re.Se.T Ministero/AGENAS/Regioni;**
- **Riorganizzazione dei servizi delle cure primarie, loro potenziamento e integrazione con quelli territoriali della ASL, rafforzamento dei Distretti e loro connotazione come Agenzie di tutela della popolazione dei territori;**
- **Riorganizzazione dei Corsi di Laurea di Medicina e di specialità, di Scienze Infermieristiche e delle altre professioni sanitarie con migliori approfondimenti ed esperienze di sanità pubblica e di intervento sociosanitario e con tempo di apprendimento dedicato a sviluppare nozioni adeguate su cosa significa il lavoro in equipe, la gestione dei gruppi e dei conflitti, in cosa consiste la leadership, come si coltivano l'*empowerment*, le relazioni empatiche tra operatori/pazienti, come si curano aspetti cruciali quali informazione e comunicazione all'interno delle organizzazioni e con gli stakeholder;**
- **Creazione di flussi informativi adeguati uniformi a livello nazionale cogestiti con le Regioni, ma con una cabina di regia unica che garantisca il coordinamento degli interventi in caso di pandemie tramite anche la definizione di Linee Guida e Procedure dedicate come per le maxi emergenze.**

# Il «nostro» contributo di analisi e di proposte ... da febbraio 2020 ...

## COVID19 Review 2020

Serie settimanale 2°  
n. 46 del 08.10.2021

Notizie, articoli, trials, ricerche e dati sulla pandemia Covid 19



A cura di Giorgio Banchieri, Antonio De Belvis, Maurizio Dal Maso, Nicoletta Dasso, Lidia Goldoni, Stefania Marantoni, Mario Ronchetti, Andrea Vannucci.

Review realizzata in collaborazione con:



DIPARTIMENTO  
DI SCIENZE SOCIALI  
ED ECONOMICHE



SAPIENZA  
UNIVERSITÀ DI ROMA



QUOTIDIANOSANITA.IT  
ASIQAS e la qualità dell'assistenza nel  
SSN post-Covid - Quotidiano Sanità  
20 OTT - Gentile Direttore, in un suo recente  
intervento qui su QS Ivan Cavicchi nel  
commentare una serie di sei interventi di...



QUOTIDIANOSANITA.IT  
Ripensare i servizi in una ipotesi di  
convivenza con pandemie virali - ...

Per la prima volta ci troviamo ad affrontare una  
emergenza sanitaria planetaria in era di  
globalizzazione, emergenza che ci ha colti...



QUOTIDIANOSANITA.IT  
Dalla pandemia Covid-19 nuovi modelli di  
assistenza, di appropriatezza e di...

Dobbiamo ridare centralità e strumenti adeguati ai  
servizi di Prevenzione, alle cure primarie e  
intermedie, alle esperienze migliori di cure integra...



QUOTIDIANOSANITA.IT  
Per la Fase 2 non basta osservare le curve  
epidemiologiche, servono anche analisi...

Sarebbe utile che in breve tempo il CTS fornisse  
anche analisi preparate da altre figure professionali,  
non solo provenienti del mondo clinico-medico, ...

**Monografia 1 – Tomas Pueyo –  
The Hammer and the Dance  
Monografia 2 – On Covid19  
pandemic data**

**Monografia 3 - Ethic and Equity  
Monografia 4 – Tomas Pueyo –  
Formaggio svizzero**

**Monografia 5 – Vaccini Covid19 1  
Monografia 6 – Vaccini Covid19 2  
Monografia 7 – Residenze e  
Covid 19**

**Monografia 8 – Long Covid**

## COVID 19 Review

Monography on Thomas Pueyo  
On Covid19 pandemia



v

A cura di Giorgio Banchieri<sup>1</sup>, Andrea Vannucci<sup>2</sup>

Review realizzata in collaborazione con :



**Siamo stati tra i primi  
a tradurre le ricerche  
e gli articoli di  
Thomas Pueyo  
Ricercatore della  
Berkeley University,  
California, USA**



## COVID 19 Review

Monografia n. 4

Thomas Pueyo

**Coronavirus: la strategia del formaggio svizzero**  
*Come qualsiasi Paese possa imparare a danzare e fermare il Coronavirus*



A cura di Giorgio Banchieri, Antonio Giulio De Belvis, Maurizio Dal Maso, Stefania Mariantoni, Mario Ronchetti, Andrea Vannucci.

Review realizzata in collaborazione con :





Associazione Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

WEBINAR

COVID 19 working in progress:  
esperienze a confronto  
per riflettere insieme

12 febbraio 2021  
Ore 17,00 - 19,00

COVID  
19



Webinar  
23 Aprile 2021  
ore 17.00-19.00



2 Lu  
ore 1



3° Workshop  
"Integrazione  
intermedia in  
di pandemia  
Il quadro c

Workshop ASIQUAS  
"L'Impatto di Covid19  
sull'organizzazione  
delle aziende sanitarie:  
confronto tra survey"

5° Webinar ASIQUAS  
"Integrazione e strutture  
intermedie in permanenza  
di pandemia Covid19.  
Esperienze dai territori"

25 Giugno 2021  
ore 17.00-19.00



4° Webinar ASIQUAS  
"Reti di cure primarie  
e medicina generale:  
esperienze regionali"

Per disposizioni legate all'emergenza Covid-19, la Sala consentirà la presenza di solo 50 partecipanti. Suonerà tale numero, sarà possibile partecipare all'evento collegandosi online come da indicazioni che saranno inviate agli iscritti.  
Per la prenotazione, visitate il sito con i programmi all'indirizzo: [infoformatica.it](http://infoformatica.it).

Formazione  
Scienze IT  
**FORMEDICA**  
Scientific Learning

FORMEDICA Scientific Learning  
Via delle Mura, 11 • 00186 Lazio  
Tel/Fax: +39 06 52 30 49 94 • Mail: [info@formatica.it](mailto:info@formatica.it)  
[www.formatica.it](http://www.formatica.it)

Con il Patrocinio di



## Il Congresso Nazionale ASQUAS

Roma 8 Ottobre 2021  
ore 9,00-18,00

Sala "Tirreno" Regione Lazio  
Largo Rosa Raymond Garibaldi, Roma.

Il congresso si svolgerà in modo ibrido

# La Qualità nell'Assistenza Sanitaria e Sociosanitaria

Evidenze, norme, modelli, interventi, monitoraggio

**Francesco Di Stanislao**  
Presidente AsiQuAS



Collaboratori:

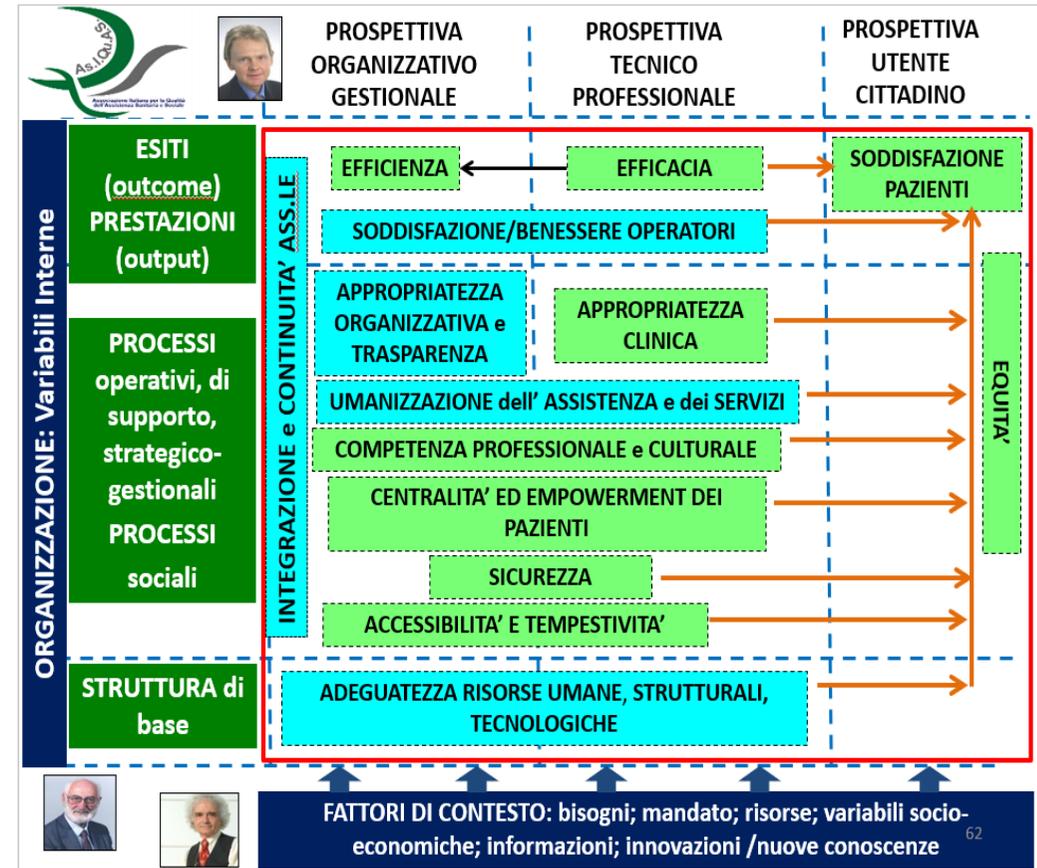
G. E. Amodeo, G. Bianchini, R. Caldesi, M. Cazzema,  
S. Greghini, S. Priore, S. Scelisi, S. Sodo  
(Direttivo Nazionale AsiQuAS)

M. Dal Maso, De A. G. De Behvis, L. Goldoni,  
S. Mariani, M. Ronchini, A. Vannucci, U. Wlenand  
(Soci AsiQuAS)

S. Carzaniga, G. Caracci  
(AGENAS)

G. Acquaviva, A. Caralini, A. D'Alleva, F. Diotallevi,  
A. Mastiero, V. Mompagna  
(Dottorandi e Specializzandi - Igiene e Medicina Preventiva  
- Università Politecnica delle Marche)

## Il nuovo framework ASIQUAS .....





QUOTIDIANOSANITA.IT

### Nulla sarà come prima ... A proposito del Pnrr in sanità - Quotidiano Sanità

C'è molto alle policy "riforme"



QUOTIDIANOSANITA.IT

### ASQUAS e la qualità dell'assistenza nel SSN post-Covid - Quotidiano Sanità

20 OTT - Gentile Direttore, in un suo recente intervento qui su QS Ivan Cavicchi nel commentare una serie di sei interventi di...



... toda la especie humana a un proceso de extinción.



QUOTIDIANOSANITA.IT

### Per una Sanità Pubblica dopo Covid 19: Integrazione e Continuità Assistenziale...

Si può ritenere che il concetto d'integrazione come suo epifenomeno, quello di continuità abbiano rappresentato gli obiettivi sotto...



QUOTIDIANOSANITA.IT

### Per una Sanità Pubblica dopo Covid 19 (prima puntata) - Quotidiano Sanità

La pandemia/sindemia Covid19 ha evidenziato i "nodi" strutturali e organizzativi dei SSR e del SSN. È necessario dare una risposta di sistema...

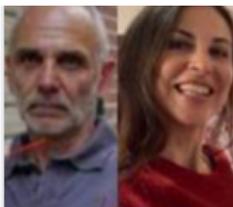
... 21 conversamos con el Profesor Giorgio Banchi...



QUOTIDIANOSANITA.IT

### Per una sanità pubblica dopo Covid 19. Dal benessere degli operatori alla...

È dimostrato come un coinvolgimento maggiore e sempre più proattivo del cittadino all'interno del SSN consente di assicurare un uso...



QUOTIDIANOSANITA.IT

### Per una sanità pubblica dopo Covid 19. La Qualità manageriale (quarta puntata) -...

Le funzioni manageriali, le competenze manageriali vengono richieste a quanti hanno assunto una responsabilità organizzativa in...



QUOTIDIANOSANITA.IT

### Per una sanità pubblica dopo Covid 19. La qualità dell'assistenza professionale...

Questo nota cerca anche di evidenziare come la tematica della qualità professionale ricorra continuamente in forme diverse nel dibattito...



QUOTIDIANOSANITA.IT

### Per una sanità pubblica dopo Covid 19. L'Equità (sesta puntata) - Quotidiano...

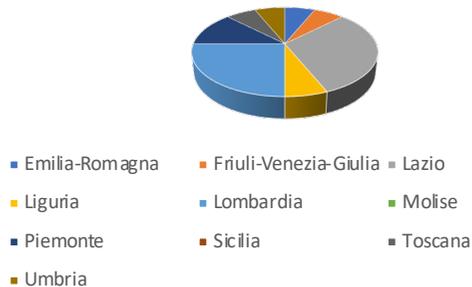
Per ridurre le conseguenze delle disuguaglianze sociali sulla salute occorre intervenire con azioni e politiche, sanitarie e non, capaci di...

# La nostra Survey sull'impatto di Covid 19 sulle aziende sanitarie italiane...

## Implementazione di percorsi assistenziali come strumenti di miglioramento della qualità nelle Aziende Ospedaliere e Aziende Sanitarie Locali per far fronte alle epidemie di COVID-19.

Antonio Giulio de Belvis<sup>1</sup>, Nicole Lonoce<sup>2</sup>, Giorgio Banchieri<sup>3</sup>, Francesco Di Stanislao<sup>4</sup>, etc

Figura 1 - N° Aziende Ospedaliere, Policlinici Universitari e IRCCS ripsondneti per Regione



Le strutture analizzate sono state 28, di cui 15 Aziende Ospedaliere e 13 ASL. Tra le Aziende Ospedaliere 9 sono strutture con un numero superiore a 400 di posti letto (su un totale nazionale di 59, pari al 25,4% del target). Relativamente alle 13 ASL, queste rappresentano, su un totale nazionale di 100, il 13% del target. Appartengono principalmente al Centro-Nord Italia, in particolare a 10 Regioni: 10 appartengono al Nord, 16 al Centro e 2 al Sud, come evidenziato nelle Tab.1 e 2. In totale 7 sono ospedali, 6 universitari ospedali e 3 policlinici e 12 ospedali ASL, come indicato nella Tabella 3.

Le strutture esaminate hanno una media di 537 posti letto ordinari.

Il 93,3% delle Aziende Ospedaliere (14 su 15) e il totale degli ospedali ASL (100,0%) ha già sviluppato percorsi assistenziali prima dell'epidemia di Covid-19 e il relativo monitoraggio (86,7% per AO e 92,3% per ASL).

Dopo la pandemia Covid-19, le stesse percentuali (93,3% per AO e 100,0% per ASL) hanno realizzato percorsi clinici dedicati, adottando modelli organizzativi creati ad hoc con necessità di integrazioni strutturali e organizzative (come aree dedicate, unità operative dedicate, percorsi logistici specifici).

Le stesse percentuali necessarie per integrare e rimodellare percorsi come STEMI, ictus, trauma, ecc.

L'86,7% (13 su 15 AO) e l'84,6% (11 ospedali di 13 ASL) necessitava di implementare la Terapia Intensiva e la Terapia Sub intensiva.

È stato rivisto l'accesso al pronto soccorso, introducendo tamponi rinofaringei, TC toracica per pazienti sintomatici o sospetti e utilizzando una corretta valutazione dei parametri vitali (PA, T ° C, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, SpO2).

Solo una piccola percentuale ha introdotto test rapidi capillari e test sierologici. Innovazione fondamentale è stata l'introduzione delle aree "grigie", create per chi è ancora in attesa del risultato dei test Covid-19.

Ciò ha permesso di organizzare e classificare i pazienti tra i percorsi Covid-19 e No Covid-19, predisponendo l'opzione di passare da un percorso all'altro nella misura in cui i sintomi compatibili con Covid-19 si manifestassero durante il ricovero.

## Position Paper ASIQUAS 2020

# Per una Sanità Pubblica in Italia... anche dopo il Covid 19.

### Le proposte ASIQUAS in permanenza della pandemia...

#### Per gli impatti di Covid19 e altri virus sui SSR:

- a) Avere Piani Pandemici nazionali e regionali aggiornati e operabili al bisogno in tempi stringenti;
- b) Fondamentali sono le attività di prevenzione, *testing*, e tracciamento dei contagi;
- c) È necessario tenere separati i percorsi "No Covid19" (acuti e cronici) dai percorsi "Covid19"<sup>10</sup>;
- d) È necessario prevedere reti assistenziali dedicate, ovvero, una per l'emergenza e urgenza, una per l'elezione e gli interventi programmati e una per i pazienti "Covid19",
- e) Gli ospedali devono specializzarsi verso gli acuti e i "Covid19", con reti separate;
- f) Inoltre gli ospedali per acuti a fronte della/delle pandemie virali devono avere modelli a "fisarmonica" in grado di adattarsi in tempi brevissimi alle esigenze di salute prioritarie delle popolazioni, senza abbandonare target di pazienti cronici e poli cronici;
- g) Le "prese in carico" devono essere gestite in integrazione con il mondo del sociale e con quello educativo e scolastico al fine di limitare il disagio e di accogliere adeguatamente la complessità dei bisogni di ognuno e in particolare dei soggetti più fragili, conseguentemente le competenze tecniche e relazionali degli operatori devono essere implementate in base alle esigenze assistenziali nuove che si sono verificate;



QUOTIDIANOSANITA.IT

**Come rilanciare il Ssn in "8 mosse". La ricetta di Asiquas - Quotidiano Sanità**

Dall'Associazione Italiana per la Qualità della Assistenza Sanitaria e Sociale una serie di proposte per rilanciare il Ssn anche dopo la...

i

# Position Paper ASIQUAS 2020



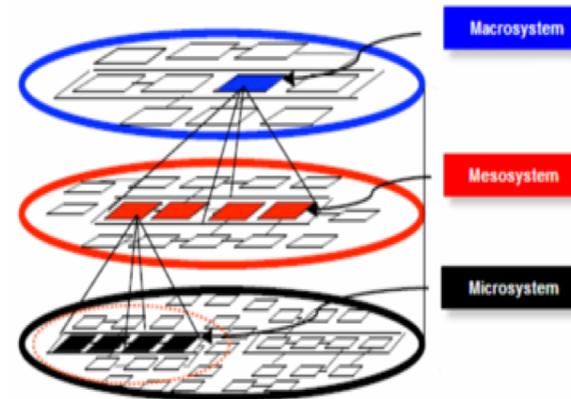
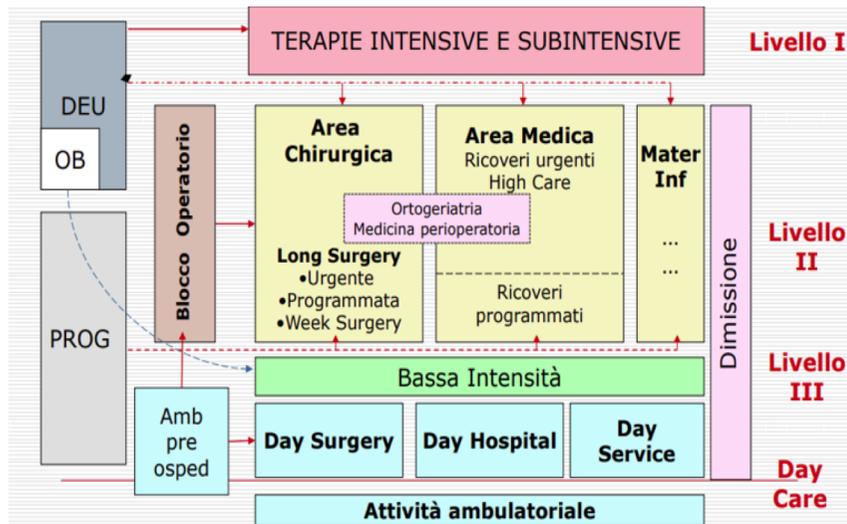
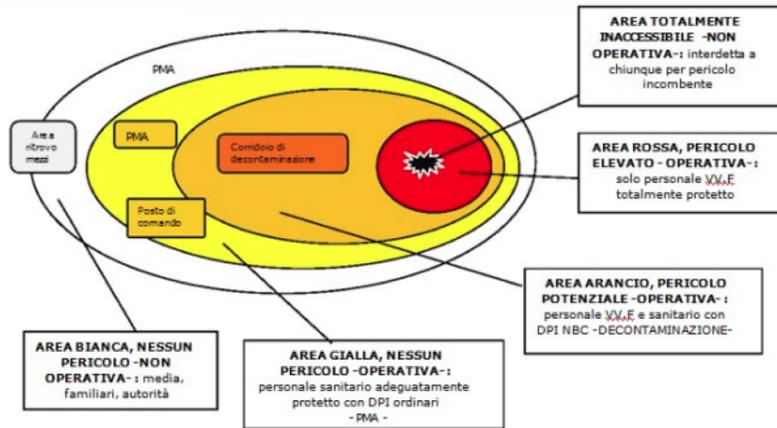
QUOTIDIANOSANITA.IT

Come rilanciare il Ssn in "8 mosse". La ricetta di Asiquas - Quotidiano Sanità  
Dall'Associazione Italiana per la Qualità della Assistenza Sanitaria e Sociale una serie di proposte per rilanciare il Ssn anche dopo la...

i

1. **Adeguatezza delle risorse economiche per il Servizio Sanitario Nazionale** anche in base ai bisogni reali di salute della popolazione e all'innovazione tecnologica e, quindi, **accedere al MES e al NextGenerationUE** come unica e irripetibile occasione di riportare il Sistema Sanitario Italiano agli standard dei principali sistemi sanitari europei;
2. **Sviluppare e promuovere l'integrazione operativa tra i diversi LEA** (ospedaliero, territoriale, prevenzione) e ridefinire i modelli regolativi degli ospedali e delle strutture intermedie e delle reti territoriali;
3. **Sviluppare le strutture intermedie di assistenza** sia "specialistiche" che "generaliste" in un'ottica di filiere assistenziali pubblico/privato con una modellizzazione uniforme tipo quella individuata con il Tavolo Re.Se.T. Ministero/AGENAS/Regioni;
4. **Riorganizzare i servizi territoriali, le cure primarie**, il loro potenziamento e la loro integrazione rafforzando i Distretti anche attraverso la connotazione come Agenzie di "continuità assistenziale", e **sciogliendo in assoluto il nodo "storico" di ruolo e di rapporto con i medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali**, in una visione unitaria delle cure primarie (verso una medicina di comunità);
5. **Sviluppare una normativa sull'integrazione sociosanitaria con basi strutturali comuni per tutte le Regioni** al fine di superare le "bolle" di iniquità sanitarie e sociali esistenti
6. **Riorganizzazione dei Corsi di Laurea di Medicina e di specialità, di Scienze Infermieristiche e delle altre professioni sanitarie** con migliori approfondimenti ed esperienze di sanità pubblica, degli aspetti relazionali con utenti/pazienti e di intervento sociosanitario;
7. Lavorare alla **Convergenza di sistemi informativi adeguati e uniformi** a livello nazionale con una cabina di regia unica Stato-Regioni per il coordinamento degli interventi;
8. **Garantire l'acquisizione, la produzione e l'autosufficienza per farmaci e tamponi per DPI (dispositivi di protezione individuali)** per operatori sanitari e sociali e per i target a rischio della popolazione per essere pronti per un'eventuale recrudescenza della pandemia.

# Per un ospedale «agile», «flessibile» e «resiliente» ...



**Impalcatura organizzativa: RETE CLINICA** (strutturazione organizzata di risorse, tecnologie e modalità di comunicazione tra professionisti)

**Elementi di funzionamento: PDTA** (strumento operativo di coordinamento e appropriatezza clinica e organizzativa)

**Punto di erogazione del servizio: UNITÀ ELEMENTARE** dove pazienti, familiari e team assistenziali si incontrano, lavorano e generano valore

## In un contesto emergenziale il termine “*appropriatezza*” comporta alcune specificazioni:

- **Come possono essere appropriate cure senza presidi farmacologici specifici e dedicati (vaccini) o** altrimenti come si possono usare con livelli adeguati di cure “*evidence based*” quando l’utilità la si verifica empiricamente nell’epidemia in essere?
- **Come si possono definire percorsi dedicati, procedure assistenziali e, al limite, PDTA specifici** con le conoscenze attualmente disponibili e come aggiornarli progressivamente con il consolidamento delle esperienze?
- **Con quali flussi informativi si possono seguire gli sviluppi della pandemia** sia a livello nazionale e regionale, che a livello locale con matrici di indicatori e standard condivisi?
- **Quali competenze tecniche, professionali e relazionali devono acquisire gli operatori che sono chiamati a operare sui pazienti COVID-19?**

## Come ogni pandemia l'impatto sulla popolazione richiede diversi livelli di risposta:

- **Bassa Complessità Assistenziale:** per i pazienti asintomatici dopo la loro individuazione tramite tamponi, esami sierologici o altro e tramite la tracciabilità dei loro spostamenti e contatti prima della verifica della loro positività (risposta dei Servizi di Prevenzione delle ASL, dei MMG e degli specialisti territoriali)
- **Media Complessità Assistenziale:** per i pazienti sintomatici precoci e non gravi da gestire in strutture di quarantena con vigilanza sanitaria e/o a domicilio con segregazione volontaria, ma assistita e/o risposta delle UDI dedicate, di strutture residenziali assistite specialistiche dedicate, di domiciliarità volontaria (risposta dei Servizi di Prevenzione delle ASL, dei MMG, delle UDI e dei CAD/ADI dedicati);
- **Alta Complessità Assistenziale:** per i pazienti sintomatici gravi, spesso i soggetti più fragili per la presenza di una o più malattie, che hanno necessità di ricovero in ospedale e, in alcuni casi, di cure intensive (risposta dei Servizi Ospedalieri, in particolare unità di cura semintensive o di rianimazioni)

**... non può essere solo una risposta ospedaliera ....**

# La tempesta «perfetta» ...



**Crisi ambientale e  
clima ....**



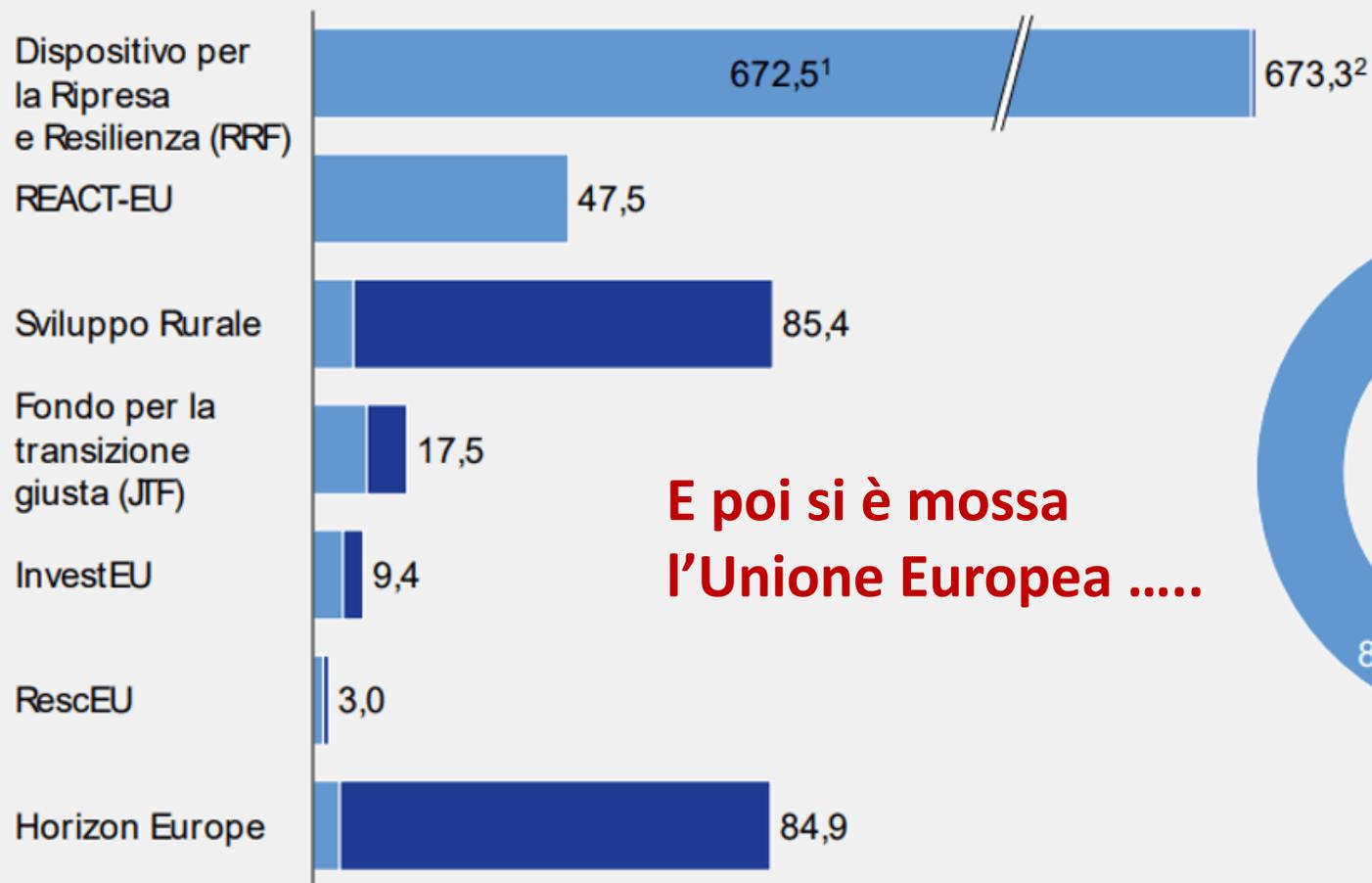
**Guerra Russia  
Ucraina ....**



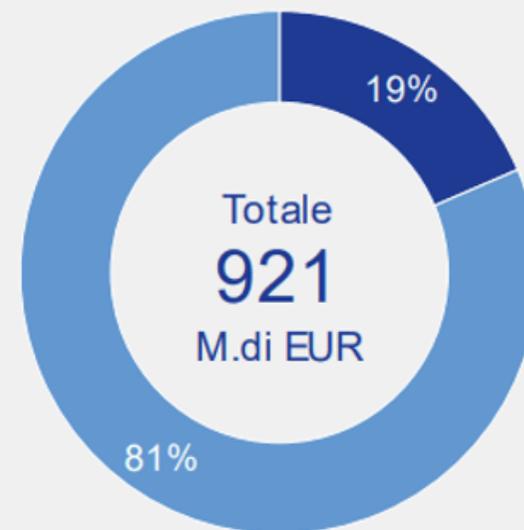
**Pandemia  
da SARS-COV-2 ...**



**Crisi economica  
e sociale ....**



**E poi si è mossa  
l'Unione Europea .....**



1. 312,5 sovvenzioni e 360,0 prestiti  
2. 313,3 sovvenzioni e 360,0 prestiti

■ Totale con QFP (Quadro finanziario pluriennale) ■ NGEU



# PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA

#NEXTGENERATIONITALIA

Italia  
domani

COMPONENTI E RISORSE (MILIARDI DI EURO):



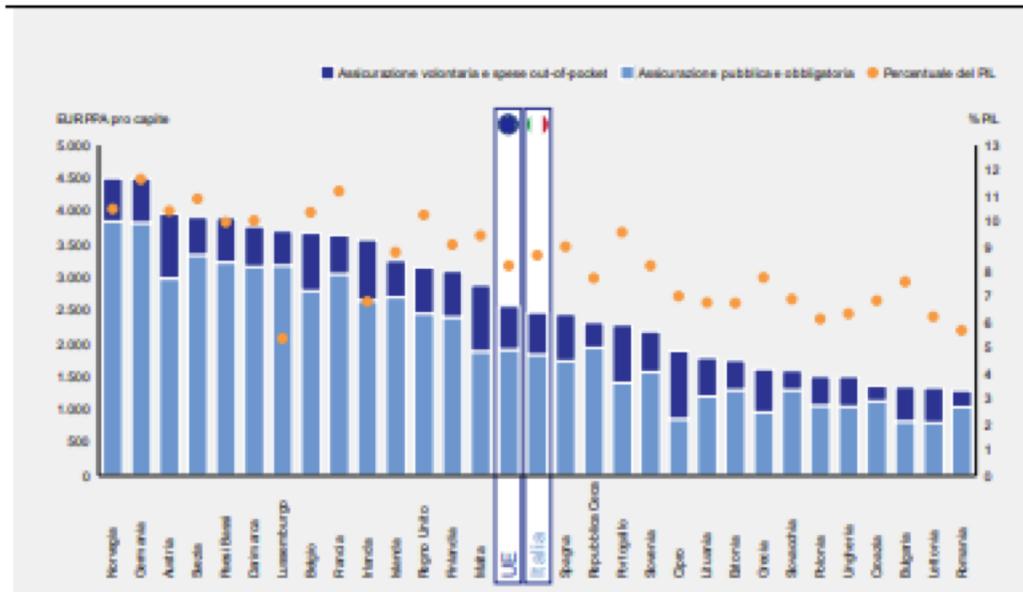
15,63

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

Spesa sanitaria degli stati membri dell'Unione Europea



# PNRR - Piano Nazionale Ripresa e Resilienza

## Le linee essenziali del Recovery Plan e le dotazioni finanziarie

1. Digitalizzazione, innovazione, competitività e cultura

46,18 mld

- Digitalizzazione, innovazione e sicurezza nella PA
- Digitalizzazione, innovazione, competitività, del sistema produttivo
- Cultura e Turismo 4.0

4. Istruzione e ricerca

26,6 mld

- Potenziamento delle competenze e diritto allo studio
- Dalla ricerca all'impresa

2. Rivoluzione verde e transizione ecologica

68,9 mld

- Impresa verde ed economia circolare
- Transizione energetica e mobilità sostenibile locale
- Efficienza energetica e riqualificazione degli edifici
- Tutela del territorio e della risorsa idrica

5. Parità di genere, coesione sociale e territoriale

27,6 mld

- Politiche del Lavoro
- Infrastrutture sociali
- Interventi speciali di coesione territoriale

3. Infrastrutture per una mobilità sostenibile

31,98 mld

- Alta velocità ferroviaria e manutenzione stradale 4.0
- Intermodalità e logistica integrata

6. Salute

18 mld

- Assistenza di prossimità e telemedicina
- Innovazione, ricerca e digitalizzazione dell'assistenza sanitaria

La sanità nel PNRR

Ospedali: Misure 2 e 4

Territorio: Misura 6

# PNRR

- Il PNRR è un'irrepetibile occasione di rinnovamento e qualificazione della sanità nel nostro Paese a condizione che vi sia una volontà politica di ridare centralità alla sanità pubblica come riferimento per la gestione dei servizi a fronte di una analisi in progress dei bisogni di salute della popolazione.
- È necessario affrontare il tema delle risorse umane della sanità e trovare le dotazioni finanziarie adeguate per il loro inserimento nei servizi dei SSR, *risolvendo criticità legate al precariato, al lavoro in "outsourcing", al "conto terziario" e a tutte le altre forme e contratti "atipici" esistenti in sanità e nel sociosanitario.*
- Le dotazioni finanziarie per il SSN e i SSR devono essere riportati, dopo anni di tagli e di ridimensionamenti strutturali e di personale, ad importi congrui, tenendo conto anche dei livelli di spesa di altri Paesi UE con cui ci confrontiamo sui livelli di performance dei rispettivi sistemi sanitari, vedi Germania e Francia, che sono oltre l'8% del loro PIL.
- Il PNRR necessita di un monitoraggio condiviso tra stakeholder istituzionali e società civile. Bisogna evitare assolutamente che gli investimenti previsti vengano poi gestiti da soggetti privati profit in una logica di accentuazione delle disuguaglianze sociali e di salute nel Paese.
- Il tema salute richiede policy integrate su ambiente, lavoro, imprese, servizi, clima, agricoltura e ambiente in una logica di "one-health" ormai imprescindibile.

# One Health ...

***“One Health è un approccio integrato e unificante che mira ad equilibrare e ottimizzare in modo sostenibile la salute di persone, animali ed ecosistemi. Riconosce che la salute dell’uomo, degli animali domestici e selvatici, delle piante e dell’ambiente in generale (ecosistemi inclusi) sono strettamente collegati e interdipendenti.***

***L’approccio One Health spinge molteplici settori, discipline e comunità a vari livelli della società a lavorare insieme per promuovere il benessere e affrontare le minacce per la salute e gli ecosistemi, affrontando al tempo stesso la necessità comune di acqua pulita, energia e aria, alimenti sicuri e nutrienti, contrastando il cambiamento climatico e contribuendo allo sviluppo sostenibile”***

One Health High-Level Expert Panel (OHHLEP).

Annual Report 2021.



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

Il PNRR prevede per rafforzare le reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale le seguenti attività:

- *Istituzione di Case della Comunità come perno delle prestazioni sul territorio in ambito Socio-sanitario;*
- *La case come primo luogo di cura e l'Assistenza Domiciliare al fine di migliorare le prestazioni offerte in particolare alla persone vulnerabili e disabili, anche attraverso il ricorso a nuove tecnologie;*
- *Il potenziamento di strutture per l'erogazione di cure intermedie (Ospedali di Comunità).*

Come cambia la Sanità territoriale

7

miliardi di euro

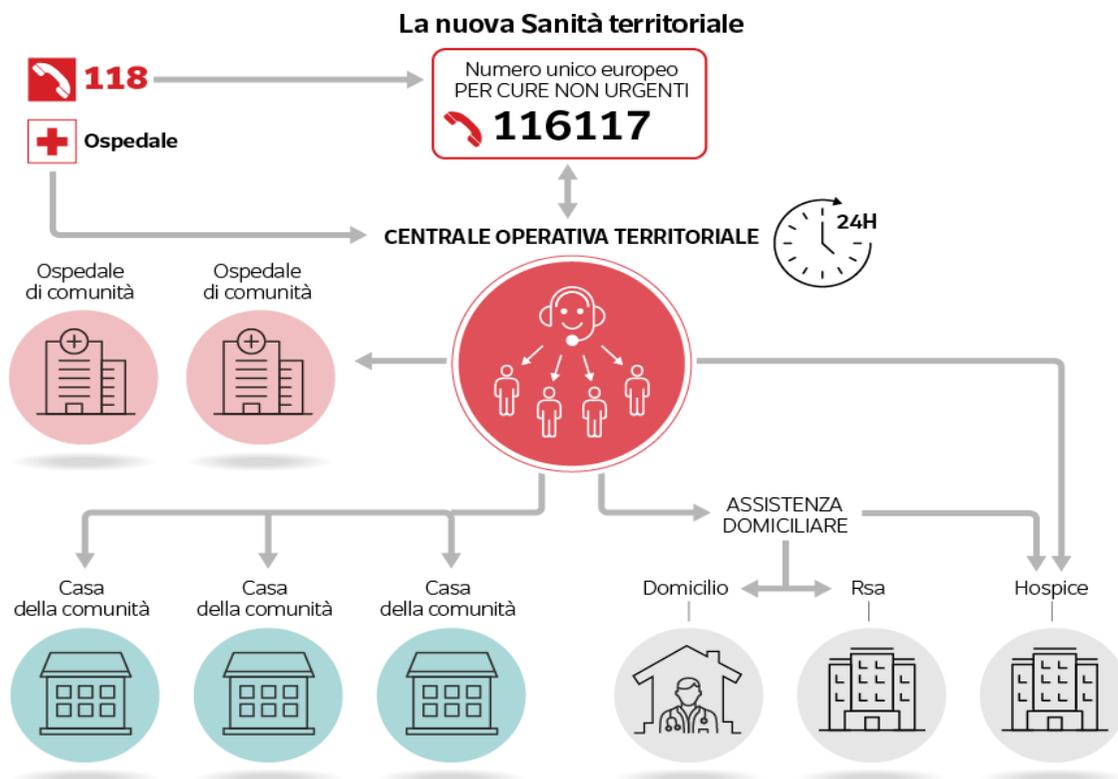
dal fondo Recovery in 5 anni



Fonte: Agenas

# La situazione di contesto da implementare con il PNRR .....

Ufficio Studi Camera dei Deputati, «*Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale*», 2021



Fonte: Agenas

| Regione/PA            | Case della Salute dichiarate attive | Ospedali di Comunità dichiarati attivi |              |
|-----------------------|-------------------------------------|----------------------------------------|--------------|
|                       | N                                   | N                                      | PL           |
| Valle d'Aosta         | -                                   | -                                      | -            |
| Bolzano - Alto Adige  | -                                   | -                                      | -            |
| Trentino              | -                                   | -                                      | -            |
| Piemonte              | 71                                  | 5                                      | 30           |
| Lombardia             | -                                   | 20                                     | 467          |
| Veneto                | 77                                  | 69                                     | 1.426        |
| Friuli Venezia Giulia | -                                   | -                                      | -            |
| Emilia-Romagna        | 124                                 | 26                                     | 359          |
| Liguria               | 4                                   | 1                                      | 20           |
| Toscana               | 76                                  | 20                                     | 245          |
| Marche                | 21                                  | 14                                     | 616          |
| Abruzzo               | N.C.                                | 5                                      | -            |
| Lazio                 | 22                                  | -                                      | -            |
| Umbria                | 8                                   | -                                      | -            |
| Molise                | 6                                   | 2                                      | -            |
| Basilicata            | 1                                   | -                                      | -            |
| Puglia                | -                                   | -                                      | -            |
| Campania              | -                                   | 1                                      | -            |
| Calabria              | 13                                  | -                                      | -            |
| Siciliana             | 55                                  | -                                      | -            |
| Sardegna              | 15                                  | -                                      | -            |
| <b>Totale</b>         | <b>493</b>                          | <b>163</b>                             | <b>3.163</b> |

**Il modello di reti territoriali.  
La «vision» d'insieme  
del PNRR...**

## Casa della Comunità COME FUNZIONA



### Unica struttura di quartiere

Medici di famiglia  
Specialisti  
Infermieri  
Assistenti sociali



### Assistenza 24 ore

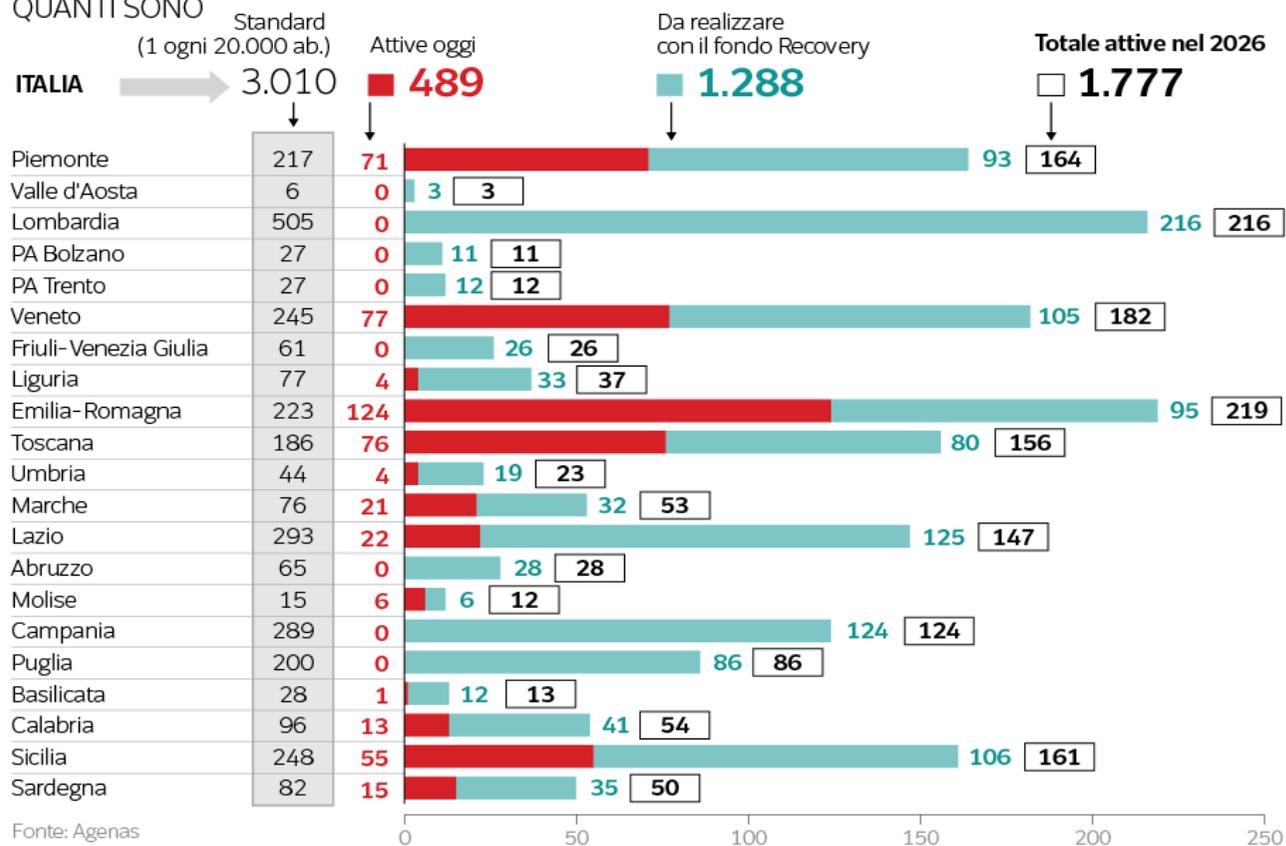
Dalle 8 alle 20  
Guardia medica notturna  
dalle 20 alle 8



### Servizi

Punto prelievi  
Macchinari diagnostici  
Infrastrutture  
informatiche

## QUANTI SONO



## Ospedale di Comunità A COSA SERVE



**Assistenza**  
Per ricoveri brevi  
e per pazienti a bassa  
intensità di cura



**Gestione**  
Prevalentemente  
infermieristica



### Posti letto

Attivi oggi: **3.163**  
Da realizzare con il fondo Recovery: **7.620**  
Totale attivi nel 2026: **10.783**

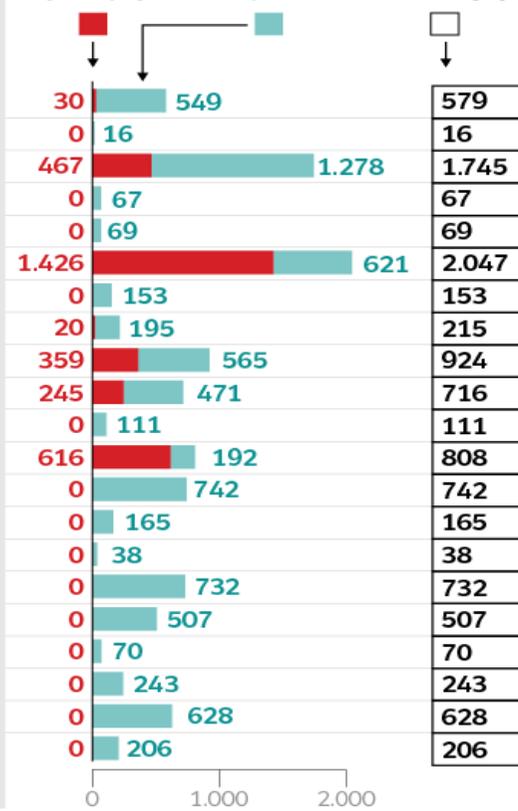
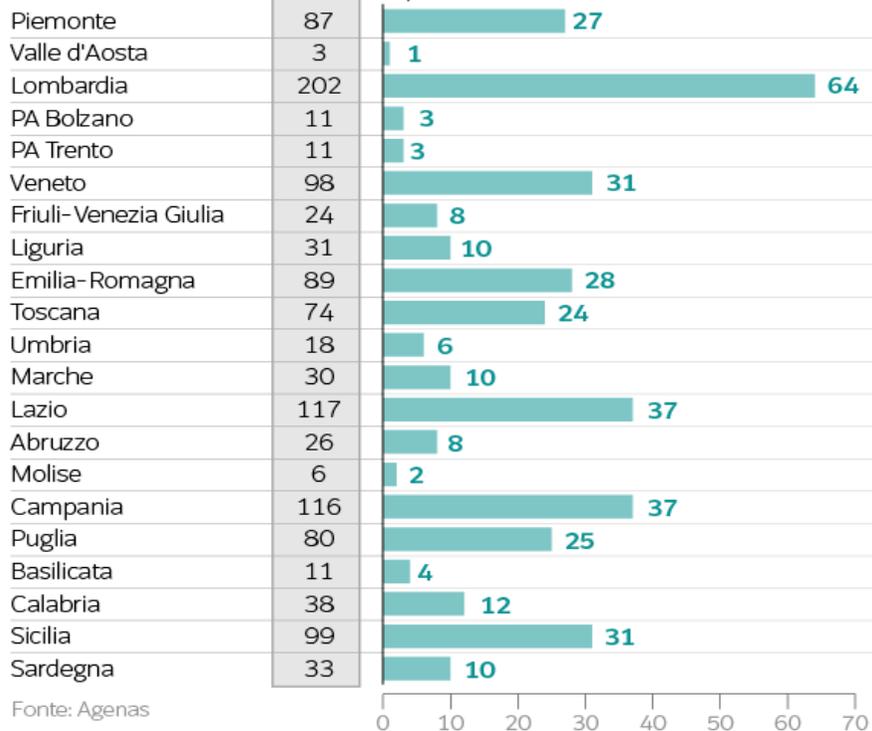
### QUANTI SONO

Standard (1 ogni 50.000 ab.)  
Da realizzare con il fondo Recovery

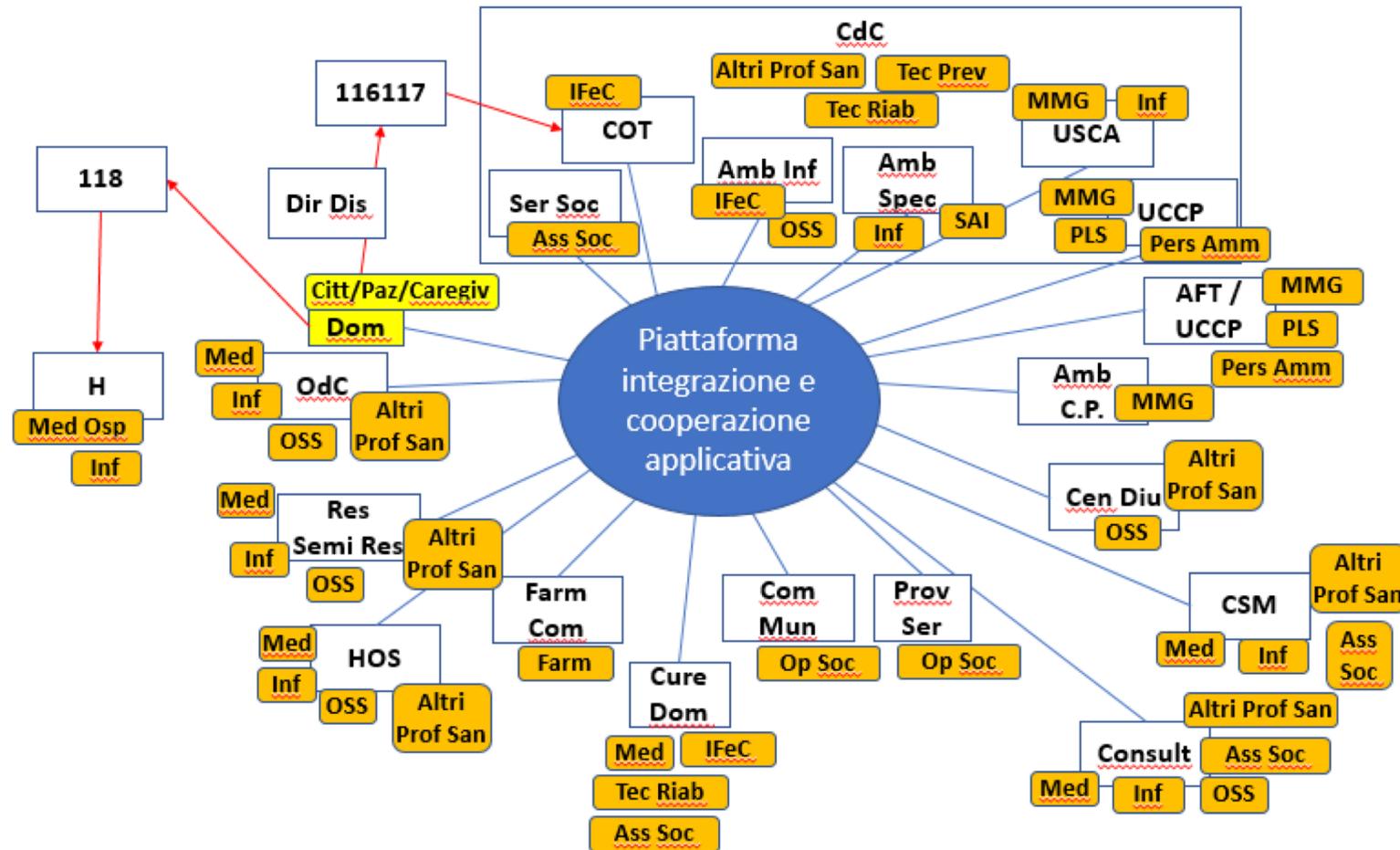
**ITALIA**

Standard: **1.205**

Da realizzare: **381**



## Soggetti previsti nel PNRR da integrare ....



## PNRR e DM77 e le policy possibili .....

- La **Medicina di Popolazione** si pone come obiettivo la promozione della salute della popolazione di riferimento, attraverso l'utilizzo di modelli di stratificazione ed identificazione dei bisogni di salute basati sull'utilizzo di dati.
- La **Medicina di Iniziativa** è un modello assistenziale di gestione delle malattie croniche fondato su un'assistenza proattiva all'individuo dalle fasi di prevenzione ed educazione alla salute fino alle fasi precoci e conclamate della condizione morbosa.
- La **Stratificazione della Popolazione per profili di rischio**, attraverso algoritmi predittivi, permette di differenziare le strategie di intervento per la popolazione e per la presa in carico degli assistiti sulla base del livello di rischio, di bisogno di salute e consumo di risorse.
- Il **Progetto di Salute** è uno strumento di programmazione, gestione e verifica; associa la stratificazione della popolazione alla classificazione del "bisogno di salute" indentificando gli standard minimi delle risposte cliniche socio assistenziali, riabilitative e di prevenzione.

# I nuovi modelli organizzativi del PNRR 2021 sono «nuovi»?

## Case di Comunità = Case della Salute

- Esistono dal 2008 (Bando Ministro Livia Turco)
- Il Piano Nazionale delle Cronicità, 2016.
- Il Piano Nazionale della Prevenzione, 2014-18.
- Nuovi modelli di rete integrati ospedale, territorio, domicilio
- Le risultanze del Tavolo “Re.Se.T.” (2018)
- Le Case di Comunità nel PNRR

## Ospedali di Comunità = Ospedali di Comunità

- Piano Sanitario Nazionale 2006-2008.
- Patto per la Salute 2014-2016
- Decreto del Ministero della Salute n. 70 del 4 aprile 2015
- Il Piano Nazionale della Cronicità 2016
- Il tavolo interregionale UDI 2018

## COT, Centrali Operative Territoriali

- Ministero della Salute e delle Politiche Sociali,
- Sistema CUP Linee guida nazionali, 2009
- PUA, Punti Unici di Accesso o Porte Uniche di Accesso, e UVMD.
- UVM e Piano Assistenziale Individuale (P.A.I.).
- La COA e le COT.
- Centrale Operativa 116117
- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)
- Il Tavolo Re.Se.T. Ministero/AGENAS/Regioni 2017-2018

**C'è però un nuova «visione»  
delle reti integrate nei territori  
con ruolo previsto di soggetti del  
Terzo Settore in senso lato ....**



Associazione Italiana per la  
Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

## “ASIQUAS COVID19 Review”

Notizie, articoli, trials, ricerche e dati sulla pandemia Covid 19 e su  
resilienza e resistenza della sanità pubblica in Italia

Monografia n. 2 Nuova serie.

## “ASIQUAS, Covid 19 e PNRR”.



A cura di Giorgio Banchieri, Antonio De Belvis, Maurizio Dal Maso, Nicoletta Dasso,  
Lidia Goldoni, Stefania Mariantoni, Mario Ronchetti, Andrea Vannucci.

Review realizzata in collaborazione con:

DIPARTIMENTO  
DI SCIENZE SOCIALI  
ED ECONOMICHE



### Indice:

Prefazione, Silvia Scelsi,

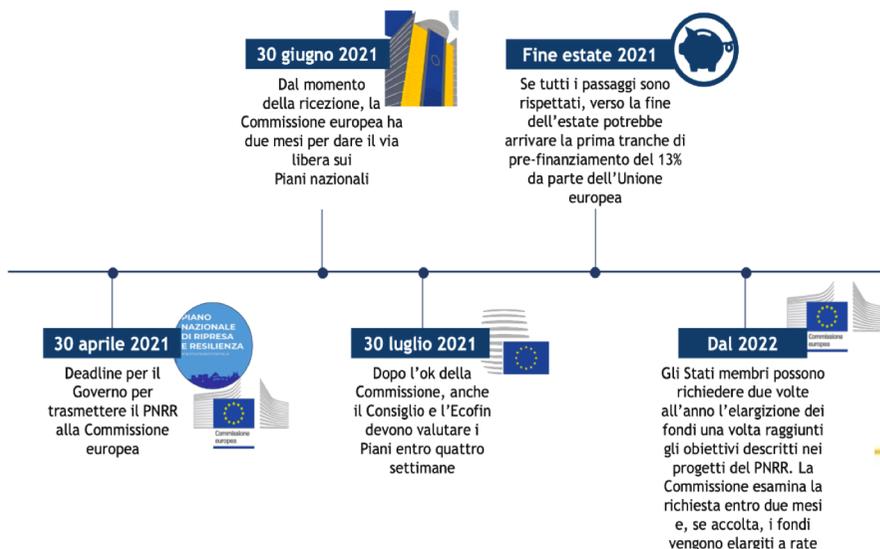
|                                                                                                                                                                                                                                |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>[ASIQUAS] Il Framework scientifico 2014-2021</b>                                                                                                                                                                            | <b>7</b>  |
| La qualità nell'assistenza sanitaria e sociosanitaria: evidenze, norme, modelli, interventi, monitoraggio, Francesco Di Stanislao e altri.                                                                                     | 8         |
| Evidenze, norme, modelli, interventi, monitoraggio, Prof. Silvio Brusaferrò, <i>Presidente ISS</i>                                                                                                                             | 11        |
| [Quotidiano sanità] Per una Sanità Pubblica dopo Covid 19 ( <i>prima puntata</i> ), Francesco Di Stanislao                                                                                                                     | 12        |
| <b>[Quotidiano sanità]</b> Per una Sanità Pubblica dopo Covid 19: Integrazione e Continuità Assistenziale ( <i>seconda puntata</i> ), <b>G.Banchieri, F.Di Stanislao e L.Goldoni</b>                                           | 17        |
| [Quotidiano sanità] Per una sanità pubblica dopo Covid 19. Dal benessere degli operatori alla soddisfazione dell'utente ( <i>terza puntata</i> ), Antonio Giulio De Belvis                                                     | 21        |
| [Quotidiano sanità] Per una sanità pubblica dopo Covid 19. La Qualità manageriale ( <i>quarta puntata</i> ) Mario Ronchetti e Mara Cazzetta                                                                                    | 23        |
| <b>[Quotidiano sanità]</b> Per una sanità pubblica dopo Covid 19. La qualità dell'assistenza professionale ( <i>quinta puntata</i> ) Stefania Greghini, Claudio Maria Maffei e Susanna Sodo                                    | 26        |
| <b>[Quotidiano sanità]</b> Per una sanità pubblica dopo Covid 19. L'Equità ( <i>sesta puntata</i> ), <b>Silvia Scelsi e Susanna Priore</b>                                                                                     | 29        |
| <br>                                                                                                                                                                                                                           |           |
| <b>Survey ASIQUAS e interventi nel dibattito prima del PNRR</b>                                                                                                                                                                | <b>33</b> |
| Survey ASIQUAS su impatto Covid 19 sulle aziende sanitarie, Antonio Giulio de Belvis, Nicole Lonoce, Giorgio Banchieri, Francesco Di Stanislao e altri.                                                                        | 34        |
| La Position Paper ASIQUAS prima del PNRR                                                                                                                                                                                       | 54        |
| [Quotidiano sanità] ASIQUAS: "La salute come preconditione per uno sviluppo sostenibile ed equo" C.Amoddeo, G.Banchieri, M.Dal Maso, A.G.De Belvis, F.Di Stanislao, L.Goldoni, S.Mariantoni, M.Ronchetti, S.Scelsi, A.Vannucci | 61        |
| [Il Galeno] Per una sanità pubblica in Italia anche dopo il Covid 19, Giorgio Banchieri                                                                                                                                        | 65        |
| [Vatican news] Clima e salute: bisogna ripensare i sistemi sociali, intervista a Giorgio Banchieri                                                                                                                             | 72        |
| [Canal Orbe 21] Cambio climatico –Intervista a Giorgio Banchieri                                                                                                                                                               | 74        |
| <br>                                                                                                                                                                                                                           |           |
| <b>Recovery Plan verso il PNRR</b>                                                                                                                                                                                             | <b>75</b> |
| [Quotidiano sanità] Il Recovery Plan riuscirà laddove tutti i tentativi di riforma e rilancio del SSN hanno finora fallito? Claudio Maria Maffei                                                                               | 70        |
| [Quotidiano sanità] Salviamo il PNRR, Claudio Maria Maffei                                                                                                                                                                     | 71        |
| [Quotidiano sanità] Recovery Plan: tra ipercritici ed entusiasti è possibile una terza via? Claudio Maria Maffei                                                                                                               | 72        |
| [Quotidiano sanità] Il Centro di eccellenza per le epidemie non si farà. Meglio così... Stefania Salmaso, Francesco Forastiere e Claudio Maria Maffei                                                                          | 74        |
| [Quotidiano sanità] Col Recovery Plan più cure a domicilio. Sì, ma fornite dal privato, C. Maria Maffei                                                                                                                        | 74        |
| [Quotidiano sanità] Il PNRR e le infezioni ospedaliere, Claudio Maria Maffei                                                                                                                                                   | 75        |
| [Quotidiano sanità] Recovery Plan: più lo conosco e meno lo capisco. Il caso della rete ospedaliera, Claudio Maria Maffei,                                                                                                     | 77        |
| [Quotidiano sanità] Il PNRR andrà bene in Europa ma per la sanità troppe domande ancora senza risposta, <b>C. Maria Maffei,</b>                                                                                                | 78        |
| <br>                                                                                                                                                                                                                           |           |
| <b>Il PNRR e la sanità italiana</b>                                                                                                                                                                                            | <b>79</b> |
| [Quotidiano sanità] Ma adesso chi farà la governance della Mission Salute del PNRR? <b>C. Maria Maffei</b>                                                                                                                     | 80        |
| [Quotidiano sanità] Ma il PNRR interessa solo alle Università con gli "aziendalisti"? C. Maria Maffei                                                                                                                          | 82        |

# NEXT STEPS



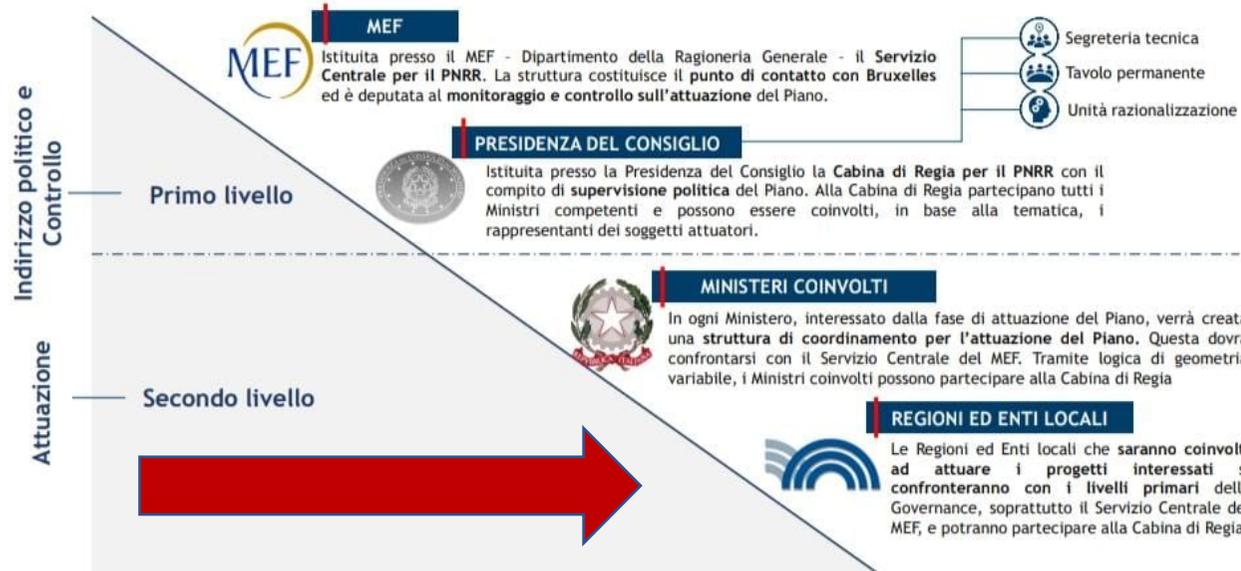
## Criticità 1

**PNRR: tempistica stringente ....**



## DUE LIVELLI

DL Governance & Semplificazioni



**PNRR: attuazione «area» critica .....**

## Criticità 2

Sbilancio  
costi/finanziamenti  
per realizzare  
i nuovi servizi  
territoriali

2/3 dei fondi PNRR  
vanno restituiti ....

| <b>COSTI</b>                           | <b>2022</b>        | <b>2023</b>          | <b>2024</b>          | <b>2025</b>          | <b>2026</b>          | <b>2027</b>          |
|----------------------------------------|--------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Case della Comunità                    | 94.500.000         | 94.500.000           | 94.500.000           | 94.500.000           | 94.500.000           | 94.500.000           |
| Personale per le cure domiciliari      | 578.231.762        | 760889.632           | 997.151.408          | 1.283.890.954        | 1.599.979.366        | 1.599.979.366        |
| Personale per le COT                   | 150.500.000        | 150.500.000          | 150.500.000          | 150.500.000          | 150.500.000          | 150.500.000          |
| Personale per gli ospedali di comunità | -                  | -                    | -                    | -                    | -                    | 239.268.000          |
| <b>Totale costi</b>                    | <b>823.231.762</b> | <b>1.005.889.632</b> | <b>1.242.151.408</b> | <b>1.528.890.954</b> | <b>1.844.979.366</b> | <b>2.084.247.366</b> |

| <b>FINANZIAMENTI</b>        | <b>2022</b>        | <b>2023</b>          | <b>2024</b>          | <b>2025</b>          | <b>2026</b>          | <b>2027</b>        |
|-----------------------------|--------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--------------------|
| Recovery Plan               | 78.023.138         | 260.861.007          | 497.122.784          | 783.862.329          | 1.099.950.742        | -                  |
| D.L. 34/2020 art.1 c.4      | 265.028.624        | 265.028.624          | 265.028.624          | 265.028.624          | 265.028.624          | 265.028.624        |
| D.L. 34/2020 art.1 c.5      | 480.000.000        | 480.000.000          | 480.000.000          | 480.000.000          | 480.000.000          | 480.000.000        |
| <b>Totale finanziamenti</b> | <b>823.231.762</b> | <b>1.005.889.632</b> | <b>1.242.151.408</b> | <b>1.528.890.954</b> | <b>1.844.979.366</b> | <b>745.028.624</b> |

|                                |   |   |   |   |   |                      |
|--------------------------------|---|---|---|---|---|----------------------|
| <b>Sbilancio da finanziare</b> | - | - | - | - | - | <b>1.339.218.742</b> |
|--------------------------------|---|---|---|---|---|----------------------|

Fonte: documentazione del Governo inviata all'UE a corredo del PNRR

|               | Variazione volumi 2020 vs 2019 |                 |                   |
|---------------|--------------------------------|-----------------|-------------------|
| Ricoveri      | DRG medici                     | DRG chirurgici  | Totale            |
| Urgenti       | -460.599                       | -93.524         | -554.123          |
| Programmati   | -221.253                       | -525.758        | -747.011          |
| <b>Totale</b> | <b>-681.852</b>                | <b>-619.282</b> | <b>-1.301.134</b> |

Tabella 1. Differenza fra i volumi erogati nel 2020 rispetto al 2019 per DRG medici e chirurgici

|                       | Variazione volumi 2020 vs 2019* |                     |                 |
|-----------------------|---------------------------------|---------------------|-----------------|
| Tipologia prestazione | Strutture private               | Strutture pubbliche | Totale          |
| Diagnostica           | -3.834                          | -16.238             | -20.073         |
| Laboratorio           | -2.896                          | -87.556             | -90.452         |
| Riabilitazione        | -3.794                          | -4.519              | -8.313          |
| Terapeutica           | -1.960                          | -5.068              | -7.028          |
| Visite                | -1.749                          | -16.948             | -18.696         |
| <b>Totale</b>         | <b>-14.233</b>                  | <b>-130.330</b>     | <b>-144.563</b> |

\*Numeri in migliaia

Tabella 2. Differenza fra i volumi di specialistica ambulatoriale erogati nel 2020 rispetto al 2019

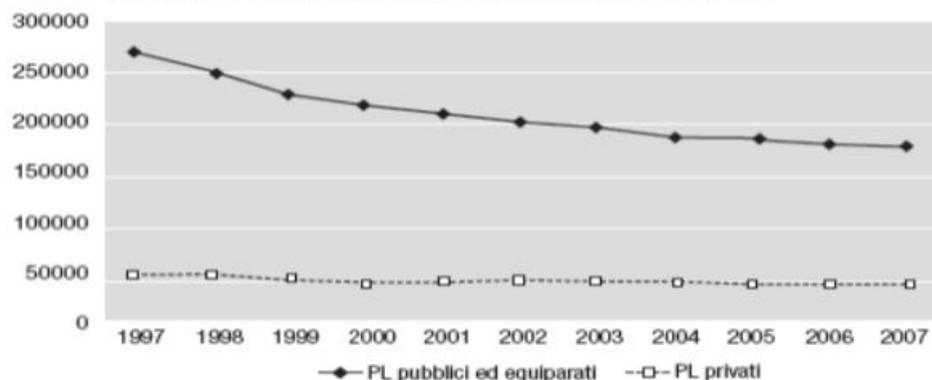
## Criticità 3

**Prestazioni perse  
tra 2019 e 2020  
da recuperare ...**

# Numero di Posti Letto in Italia

# Criticità 4

Figura 2.5 **Numero di posti letto previsti per degenza ordinaria (acuti e non), pubblici ed equiparati e privati accreditati (1997-2007)**



Fonte: Elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

Tabella 2.7 **Dimensione media (n. posti letto utilizzati) per tipologia di struttura di ricovero (1997-2007)**

| Anno | AO  | Presidi a gestione diretta ASL | Policlinici universitari a gestione diretta | IRCCS | Ospedali classificati (1) | Casi di cura accreditati (2) |
|------|-----|--------------------------------|---------------------------------------------|-------|---------------------------|------------------------------|
| 1997 | 834 | 199                            | 856                                         | 243   | 234                       | 90                           |
| 1998 | 877 | 189                            | 818                                         | 244   | 236                       | 90                           |
| 1999 | 800 | 186                            | 868                                         | 240   | 224                       | 94                           |
| 2000 | 774 | 184                            | 832                                         | 247   | 223                       | 99                           |
| 2001 | 736 | 183                            | 733                                         | 242   | 221                       | 91                           |
| 2002 | 709 | 178                            | 658                                         | 237   | 214                       | 91                           |
| 2003 | 673 | 182                            | 540                                         | 220   | 188                       | 89                           |
| 2004 | 672 | 191                            | 551                                         | 221   | 192                       | 87                           |
| 2005 | 660 | 193                            | 620                                         | 224   | 211                       | 85                           |
| 2006 | 650 | 197                            | 629                                         | 226   | 220                       | 85                           |
| 2007 | 640 | 190                            | 723                                         | 234   | 217                       | 85                           |

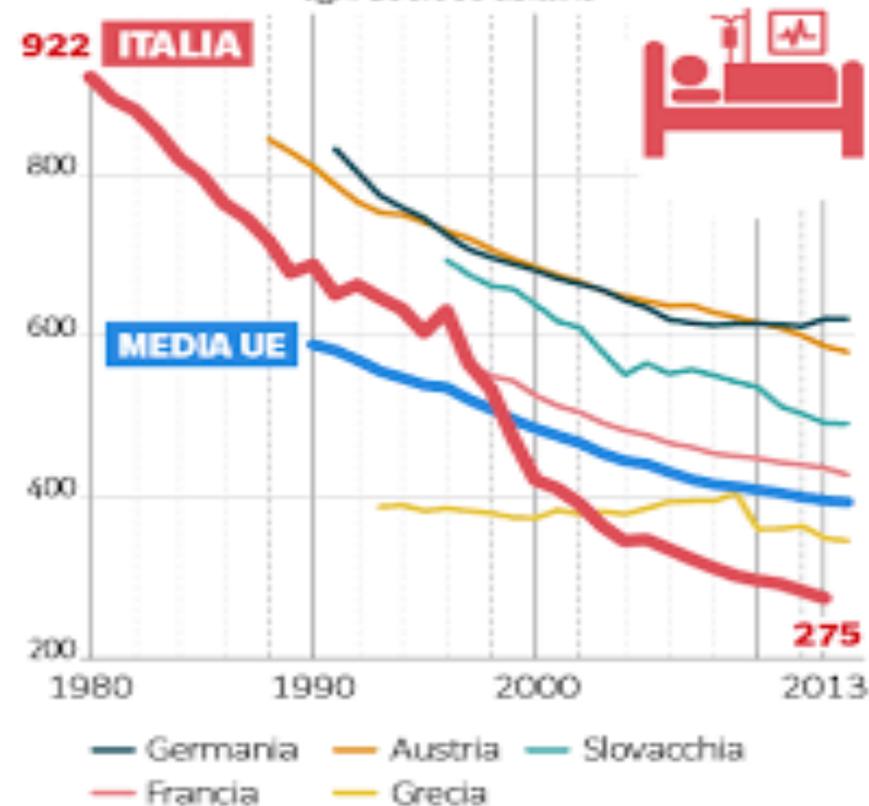
(1) Ex art. 1 ultimo comma L. 132/68 e art. 41 L. 833/78

(2) Numero medio dei posti letto accreditati

Fonte: Elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

## Posti letto per malati acuti

ogni 100.000 abitanti



Fonte: OMS

## Criticità 5

### ... e manca il personale

| <i>Anno</i>           | <i>Laureati medici</i> | <i>Laureati infermieri e ostetriche</i> | <i>Rapporto M/I e O</i> | <i>Fabbisogno M/I<sup>1</sup>e O</i> | <i>Differenza relativa</i> | <i>Differenza assoluta</i> |
|-----------------------|------------------------|-----------------------------------------|-------------------------|--------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 2011                  | 6.072                  | 11.347                                  | 1,7                     | 3,4                                  | 1,7                        | 10.322                     |
| 2012                  | 6.635                  | 12.082                                  | 1,8                     | 3,4                                  | 1,6                        | 10.616                     |
| 2013                  | 6.467                  | 13.201                                  | 2                       | 3,4                                  | 1,4                        | 9.054                      |
| 2014                  | 6.747                  | 12.618                                  | 1,9                     | 3,4                                  | 1,5                        | 10.121                     |
| 2015                  | 7.482                  | 12.233                                  | 1,6                     | 3,4                                  | 1,8                        | 13.468                     |
| 2016                  | 8.045                  | 11.734                                  | 1,5                     | 3,4                                  | 1,9                        | 15.286                     |
| 2017                  | 8.536                  | 11.072                                  | 1,3                     | 3,4                                  | 2,1                        | 17.926                     |
| 2018                  | 9.521                  | 10.868                                  | 1,1                     | 3,4                                  | 2,3                        | 21.898                     |
| 2019                  | 10.091                 | 10.712                                  | 1,1                     | 3,4                                  | 2,3                        | 23.209                     |
| 2020                  | 10.841                 | 9.998                                   | 0,9                     | 3,4                                  | 2,5                        | 27.103                     |
| 2021                  | 10.461                 | 9.931                                   | 0,9                     | 3,4                                  | 2,5                        | 26.153                     |
| <i>Totale periodo</i> | 91.528                 | 125.796                                 | 1,4                     | 3,4                                  | 2,0                        | 183.056                    |
| <i>Media annua</i>    | 8.321                  | 11.436                                  | 1,4                     | 3,4                                  | 2                          | 16.641                     |

**Decreto recente posta 900 milioni annui sul FSN per il personale .... Un inizio!!**

## Le criticità da risolvere/1

## Criticità 6

Tuttavia, la pandemia ha reso ***ancora più evidenti alcuni aspetti critici di natura strutturale***, che in prospettiva potrebbero essere aggravati dall'accresciuta domanda di cure derivante dalle tendenze demografiche, epidemiologiche e sociali in atto.

Infatti assistiamo a:

- Significative ***disparità territoriali nell'erogazione dei servizi***, in particolare in termini di prevenzione e assistenza sul territorio;
- ***Un'inadeguata integrazione tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali;***
- ***Tempi di attesa elevati per l'erogazione di alcune prestazioni;***
- Una ***scarsa capacità di conseguire sinergie nella definizione delle strategie di risposta*** ai rischi ambientali, climatici e sanitari.

**L'esperienza della pandemia ha inoltre evidenziato l'importanza di poter contare su un adeguato sfruttamento delle tecnologie più avanzate, su elevate competenze digitali, professionali e manageriali, su nuovi processi per l'erogazione delle prestazioni e delle cure e su un più efficace collegamento fra la ricerca, l'analisi dei dati, le cure e la loro programmazione a livello di sistema.**

## Criticità 7

### Le criticità da risolvere/2

Le criticità presenti nei SSR e nelle AUSL territoriali attualmente sono le seguenti:

- Diffusione di diversi e non omogenei, né di facile convergenza, **sistemi di valutazione dei pazienti complessi** tramite **scale di valutazione difformi**;
- Diffusione di **sistemi informativi aziendali** spesso **sviluppati in divenire senza un approccio sistemico e unitario**;
- **Organizzazione dei servizi territoriali difforme tra Distretti e Distretti** a volte anche all'interno della stessa AUSL, in un approccio a **"canne d'organo"** e **non di integrazione trasversale e funzionale dei servizi stessi**.

[Tavolo Re.Se.T. Reti per i servizi territoriali, AGENAS e Regioni/PPAA, "Allegato 4: Gli strumenti per la Valutazione Multidimensionale in Italia"]



Piemonte, Sardegna: strumenti propri

# 3° Congresso ASQUAS, 7 ottobre 2022

## Roma, Sala "Tevere", Regione Lazio



quotidianosanita.it

### Pnrr. "Ecco cosa fare per non sprecare questa grande opportunità di rilancio per il Ssn". Il position paper di Asiquas

*L'Associazione Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale ha redatto un documento di analisi e proposta sul Pnrr soffermandosi in particolare sugli ambiti di riforma e riorganizzazione della medicina del territorio e dell'ospedale. Nel documento si trattano i diversi ambiti di applicazione del Pnrr e si indicano alcune soluzioni per la sua rapida e corretta attuazione.*



Per l'Associazione ci sono innanzitutto sei possibili obiettivi "immediati" in linea con quanto previsto nel DM 77, attuabili nell'arco di 6 mesi (quindi entro il 2022):

1. Programmazione regionale basata sulla coincidenza tra Distretti sociosanitari e Ambiti Territoriali dei Comuni e basata su un approccio "integrato" delle azioni sociali e sanitarie con valorizzazione degli apporti degli enti locali e con l'adozione di strumenti di valutazione multidimensionale dei bisogni dei cittadini e dei pazienti condivisi a livello nazionale e/o almeno regionale;
2. Dotare ogni Distretto sociosanitario delle Unità Operative previste dal DM77 e precedentemente nello stesso DM "Balduzzi";
3. Realizzare le Centrali Operative Territoriali – COT, una per ogni Distretto, coordinate e "integrate" con COA, CUP e RECUP;
4. Implementare, in coordinamento con le COT, dei Punti Unici di Accesso a carattere Sociale e Sanitario (PUA) in ogni Distretto e, in previsione, presso ogni Casa della Comunità contestualmente alla loro attivazione;
5. Creazione di equipe multiprofessionali della medicina territoriale e delle reti di cure primarie a partire dal necessario coinvolgimento delle forme associative strutturate dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta, per far fronte all'attuale carenza di professionisti, con possibilità di valorizzare esperienze innovative di assistenza primaria, multiprofessionali, adatte alle cure di prossimità, attente al proprio territorio.
6. Progettare e realizzare percorsi formativi multiprofessionali a livello di ogni Distretto e, dove già attivate, in ogni Casa della Comunità, propedeutici allo sviluppo del lavoro in equipe multiprofessionali, anche avvalendosi di collaborazioni con Università e altre agenzie formative.

# Dalla logica dei DRG al Value Based

- I sistemi di valorizzazione delle prestazioni vanno rapidamente cambiati passando dai DRG, che comunque devono basarsi su *“costi standard italiani”*, verso un approccio *“value based”* legato ai PDTA, ai PAC, ai PAI e quant'altro possa essere utile *“per seguire il percorso del paziente”* nei servizi del sistema, valorizzando in modo appropriato le prestazioni che consuma.
- Centralità del paziente non è solo un paradigma clinico assistenziale, ma anche economico finanziario. Il paziente deve essere il *“centro di costo”* del sistema sanitario e per aiutarlo nei suoi bisogni occorre dare *“the right things, to the right patient at the right time in the right place, and getting it right first time”*. (Freedman 2004).
- Traguardare Salute e Benessere della collettività, dove pazienti e professionisti sono come partner alla pari attraverso la compartecipazione;
- Presa in carico in primo luogo di coloro che hanno maggiori e stringenti bisogni di salute, con efficiente impiego di tutte le abilità e risorse;
- Fare solo ciò che è necessario, né più, né meno, e non *“fare del male al paziente”*;
- Ridurre le differenze di trattamento, utilizzando pratiche basate sull'evidenza in modo coerente e trasparente.

# Conclusioni

**Se questo non viene fatto continueremo a non poter programmare l'allocazione delle risorse in modo utile ed equo, dando senso e sostanza al nostro *“universalismo”*.**

***«I migliori maestri sono quelli che ti indicano dove guardare, ma non ti dicono cosa vedere»***

*A. K. Trenfor*

## Per contatti successivi:

Dr. Giorgio Banchieri

Mobile 335 7710674

[giorgio.banchieri@gmail.com](mailto:giorgio.banchieri@gmail.com)



**GRAZIE per l'attenzione!!**