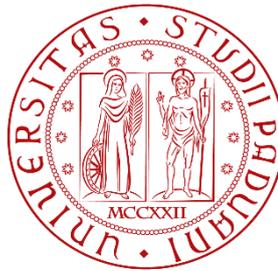


UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA  
DIPARTIMENTO DI SCIENZE POLITICHE,  
GIURIDICHE E STUDI INTERNAZIONALI

Corso di laurea Triennale in Diritto dell'Economia.



Tesi di Laurea

**Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza come strumento di  
rilancio del Servizio Sanitario Nazionale: il caso dei servizi  
sanitari di emergenza e urgenza.**

*Relatore:* Prof. VINCENZO REBBA.

Laureando: DANIELE ZURMA

Matricola: 2039220

Anno Accademico 2023/2024





*Ai miei Genitori per avermi sempre supportato e aiutato,  
Ai miei Nonni per tutto l'amore che mi hanno donato,  
A te caro Zio Gino che mi hai seguito da lassù,  
A me stesso per non aver mai mollato.*



# Indice

<b>Indice</b> .....	<b>1</b>
<b>Introduzione</b> .....	<b>3</b>
<b>Capitolo 1</b>	
<b>Gli investimenti del PNRR per il Servizio Sanitario Nazionale</b> .....	<b>5</b>
1.1 Evoluzione storica del Servizio Sanitario Nazionale. ....	5
1.2 I Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEA). ....	7
1.3 Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e la Missione 6 “Salute”. ....	9
1.4 Il Piano Nazionale Complementare. ....	14
1.5 La Missione 6 “Salute” e le sue componenti. ....	17
1.5.1 <i>La Missione 6.1 (Reti di Prossimità, Strutture e Telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale).</i> ....	18
1.5.2 <i>La Missione 6.2 (Innovazione, Ricerca e Digitalizzazione del SSN).</i> ....	27
<b>Capitolo 2</b>	
<b>La rete dei servizi sanitari di emergenza e urgenza in Italia e nel Veneto</b> .....	<b>33</b>
2.1 Caratteri generali della rete nazionale dei servizi sanitari di emergenza e urgenza. ....	33
2.2 Servizi di Pronto Soccorso ospedaliero e Dipartimenti di Emergenza-Urgenza e Accettazione (DEA). ....	34
2.3 La Rete Emergenza-Urgenza e Pronto Soccorso nella Regione del Veneto. ....	38
2.3.1 <i>Il Servizio di Urgenza ed Emergenza Medica (SUEM 118) nella Regione del Veneto.</i> .....	38
2.3.2 <i>L’esempio della Centrale Operativa SUEM 118 di Padova.</i> .....	43
2.3.3 <i>Alcuni dati sui Pronto Soccorso della Regione del Veneto.</i> ....	46
2.3.4 <i>Il possibile rilancio della rete Emergenza-Urgenza del Veneto con il PNRR.</i> ...	49
<b>Capitolo 3</b>	
<b>Il PNRR per il rilancio della Rete di Emergenza-Urgenza e Pronto Soccorso nella Regione del Veneto: risultati di un’indagine empirica</b> .....	<b>51</b>
3.1 Premessa: il PNRR per il rilancio della rete dei servizi di emergenza e urgenza. ....	51
3.2 Metodologia dell’indagine empirica. ....	52
3.3 Risultati dell’indagine empirica. ....	54
3.4 Alcune considerazioni sulla base dei risultati dell’analisi empirica. ....	64
<i>Appendice del Capitolo 3: Il Questionario</i> .....	69
<b>Conclusione</b> .....	<b>77</b>
<b>Bibliografia e Sitografia</b> .....	<b>79</b>
<b>Ringraziamenti</b> .....	<b>81</b>



## Introduzione

Il presente lavoro ha come scopo lo studio di come il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), possa essere un valido strumento per rilanciare e migliorare il nostro Servizio Sanitario Nazionale (SSN, da qui in avanti).

Durante la pandemia da Sars Cov-2 (Covid-19), abbiamo potuto vedere quanto fosse importante il ruolo della medicina territoriale come “prima linea” del nostro SSN, la rete dell'emergenza urgenza ospedaliera (Pronto Soccorso) e extraospedaliera (Servizio di Emergenza e Urgenza Medica 118, da qui in avanti SUEM 118).

La pandemia, ci ha mostrato anche le fragilità che colpiscono in particolar modo la medicina territoriale (ad esempio carenza di medici, di strutture assistenziali e sociosanitarie ecc.), i pronti soccorsi (carenza di personale medico/infermieristico, elevati accessi per codici minori e carenza di posti letto ecc.) e il sistema SUEM 118 (elevato numero di chiamate per servizi non urgenti, dislocazione dei mezzi sul territorio e mancanza di personale infermieristico ecc.).

Infatti, è proprio per questo che il PNRR deve essere visto come una grande opportunità per rilanciare, grazie alla missione 6 “Salute”, la medicina territoriale e il sistema dell'emergenza/urgenza ospedaliera (Pronto Soccorso) ed extraospedaliera (SUEM 118).

L'Italia a seguito della Pandemia da Covid-19 è stata destinataria da parte dell'Unione Europea di un quantitativo ingente di fondi per il rilancio della sanità italiana.

La tesi è articolata nel modo seguente:

Nel primo capitolo si parlerà dell'evoluzione storica del nostro Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e dei Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEA) che il SSN deve garantire su tutto il territorio nazionale. Verrà inoltre analizzato il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e la sua articolazione nelle due componenti della Missione 6 denominata “Salute”, inoltre si tratterà anche del Piano Nazionale Complementare.

Il secondo capitolo si occuperà di analizzare la rete dei servizi di emergenza e urgenza in Italia e nel Veneto, analizzando l'evoluzione degli attuali servizi di emergenza, per poi concentrare l'analisi sui servizi di Pronto Soccorso e sul SUEM 118.

Infine, il terzo capitolo riporta i risultati di un'indagine empirica condotta attraverso la somministrazione di un questionario anonimo ai professionisti sanitari (medici e infermieri) operanti presso alcuni servizi di Pronto Soccorso e SUEM 118 della Regione del Veneto.

L'indagine punta a registrare le opinioni del personale sanitario impegnato nei servizi di Emergenza-Urgenza rispetto alla possibilità che il PNRR possa essere utilizzato per rilanciare la rete di Emergenza-Urgenza e Pronto Soccorso nella Regione del Veneto.

# Capitolo 1

## Gli investimenti del PNRR per il Servizio Sanitario Nazionale

### 1.1 Evoluzione storica del Servizio Sanitario Nazionale.

“Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è una conquista del nostro Paese che scaturisce dai valori e dai principi molto ambiziosi della nostra Costituzione Repubblicana. Nasce nel 1978 e rappresenta uno spartiacque nella storia sanitaria del Paese”.<sup>1</sup>

Dopo l’Unità d’Italia fino alla metà degli anni ’60 del secolo scorso, la tutela sanitaria era sviluppata su base volontaristica e l’erogazione delle prestazioni assistenziali avveniva ad opera di enti privati.

Infatti, la maggior parte delle prestazioni sanitarie venivano pagate dai cittadini ad eccezione delle persone bisognose di cui si faceva carico l’amministrazione comunale.

L’unico modo per ottenere un’assistenza sanitaria e una protezione dai rischi della salute era l’adesione alle società di mutuo soccorso che a rimborsare il cittadino solo dopo la prestazione sanitaria.<sup>2</sup>

In questo periodo, lo stato intervenne con una serie di provvedimenti che via via fecero evolvere l’assistenza pubblica:

- 1862 pubblicazione di una disciplina delle istituzioni solidaristiche- assistenziali;
- 1886 regolamento istitutivo delle Società di Mutuo Soccorso;
- 1888 istituzione del Consiglio Superiore di Sanità presso il Ministero della Salute;
- 1890 istituzione delle IPAB (Istituti di Pubblica Assistenza e Beneficenza);
- 1907 fu promulgato il primo Testo Unico sulle leggi Sanitarie;

Questa prima fase è definibile come “assicurativo-caritativa” e l’assistenza sanitaria veniva erogata prevalentemente da associazioni di beneficenza, organizzazioni religiosi e enti privati. Dopo la Prima guerra mondiale iniziarono a nascere le prime Casse Mutue.

Dalla metà degli anni ’60 del secolo scorso fino al 1978, la copertura sanitaria dei cittadini veniva affidata alle Casse Mutue ovvero enti mutualistici a cui erano iscritti

---

<sup>1</sup> La frase citata è riportata in Urbani (2019), pag. 20.

<sup>2</sup> Come riportato in Urbani (2019, pag. 20): “Per molto tempo, ..., il concetto di salute fu caratterizzato da contenuti fortemente privatistici in quanto considerato un bene privato, un bene del singolo; le competenze statali si limitavano a gestire attività di igiene e profilassi delle malattie infettive e gli interventi erogati avevano un carattere lacunoso e gracile nei confronti della collettività.”

tutti i lavoratori e che permettevano loro di fruire di una copertura sanitaria, valida sia per i sottoscrittori, ma anche per i loro familiari.

Questa seconda fase è definibile come quella della “mutualità piena”.

Durante questa fase vi furono vari interventi del legislatore e vennero istituiti i più importanti enti di tipo previdenziale, tra cui INPS e INAIL. L'intervento legislativo più importante fu la promulgazione della Costituzione nel 1942 che al suo interno contiene l'articolo 32 (diritto alla salute) in base al quale: “La Repubblica Italiana tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti”.

Infine, l'ultima fase, la più importante ovvero la nascita ed evoluzione del SSN (Servizio Sanitario Nazionale) ha preso avvio con la Legge n. 833/1978 che istituisce il SSN con l'obiettivo di dare piena attuazione all'articolo 32 della Costituzione. Il SSN si basa su 3 principi fondamentali (i primi due indicati nell'articolo 1 della Legge 833/1978<sup>3</sup>):

1. Uguaglianza;
2. Universalità;
3. Appropriatelyzza delle cure.

Dopo la riforma del 1978, lo Stato è intervenuto nuovamente con 3 importanti interventi:

- la riforma bis del 1992-1995 (D.lgs. 502/1992 e la Legge 724/1994), dove si è vista l'introduzione di elementi di concorrenza amministrata tramite l'aziendalizzazione ovvero istituzione delle aziende sanitarie (USL e ospedaliere con direttore generale dotate di autonomia gestionale e tenute a contabilità economico-patrimoniale), ma anche con l'introduzione del pagamento a tariffa per maggior parte delle prestazioni (anni del contenimento della spesa pubblica sanitaria).

- la riforma ter del 1998-1999 e autonomia finanziaria regionale: il SSN diventa sistema sanitario regionale finanziato con tributi propri, vi è l'introduzione della libera professione intramuraria e un maggior controllo delle aziende sanitarie da parte delle comunità locali.

- la fase del federalismo fiscale: la sanità, dopo la riforma del Titolo V della Costituzione nel 2001, diventa materia concorrente tra Stat e Regioni, come viene indicato dal nuovo articolo 117 della Costituzione, il quale stabilisce che lo Stato ha legislazione esclusiva per quanto riguarda la “determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale.

---

<sup>3</sup> “Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio”. Legge 23 Dicembre 1978 n.833.

Nelle materie di legislazione concorrente spetta alle Regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato.

Oggi dopo varie evoluzioni normative l'organizzazione del SSN prevede tre livelli:

- 1) Ministero della Salute (elaborazione del Piano Sanitario Nazionale, oggi ancora fermo al 2006);
- 2) Regioni (PSR – Piano Sanitario Regionale): con diversi modelli di governance regionale (di fatto 21 Servizi Sanitari Regionali) e la predominanza del modello integrato (la maggior parte delle Regioni) rispetto al modello contrattuale (3 Regioni: Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana);
- 3) Aziende Sanitarie e Aziende ospedaliere con responsabilità di bilancio.

## **1.2 I Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEA).**

In base alle disposizioni costituzionali, lo Stato deve garantire i livelli essenziali di assistenza (LEA) uniformemente in tutte le Regioni in maniera totalmente gratuita o dietro il pagamento di un ticket per le prestazioni.

Essi sono stati definiti inizialmente con il DPCM del 29/11/2001. Dopo circa 16 anni il legislatore è intervenuto con un nuovo atto normativo il DPCM del 12/01/2017 che ha sostituito il precedente DPCM 29/11/2001 in materia di LEA.

Il DPCM si occupa di: definire le attività, le prestazioni e i servizi che vengono garantite ai cittadini attraverso l'utilizzo delle risorse derivanti dal Servizio Sanitario Nazionale; Identificare le prestazioni che sono incluse nei LEA; aggiornare gli elenchi delle patologie che danno diritto all'esenzione dal ticket sanitario; innovare l'assistenza ambulatoriale e protesica, andando ad introdurre tecnologie più avanzate.

I LEA sono così articolati:

- Prevenzione collettiva e sanità pubblica, che comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alle collettività ed ai singoli; in particolare:
  - “sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali;
  - tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati;
  - sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;
  - salute animale e igiene urbana veterinaria;
  - sicurezza alimentare - tutela della salute dei consumatori;

- sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
  - attività medico legali per finalità pubbliche.”<sup>4</sup>
- Assistenza distrettuale, vale a dire le attività e i servizi sanitari e socio-sanitari diffusi sul territorio, così articolati:
    - assistenza sanitaria di base;
    - emergenza sanitaria territoriale;
    - assistenza farmaceutica;
    - assistenza integrativa;
    - assistenza specialistica ambulatoriale;
    - assistenza protesica;
    - assistenza termale;
    - assistenza socio-sanitaria domiciliare e territoriale;
    - assistenza socio-sanitaria residenziale e semiresidenziale.
  - Assistenza ospedaliera, articolata nelle seguenti attività:
    - pronto soccorso;
    - ricovero ordinario per acuti;
    - day surgery;
    - day hospital;
    - riabilitazione e lungodegenza post acuzie;
    - attività trasfusionali;
    - attività di trapianto di cellule, organi e tessuti;
    - centri antiveleni (CAV).”<sup>5</sup>

È previsto il monitoraggio dello Stato del rispetto dei LEA da parte delle Regioni, sulla base del decreto legislativo 56/2000 e del decreto ministeriale 12 dicembre 2001 che ha stabilito un insieme minimo di indicatori di riferimento (da aggiornare periodicamente) per il monitoraggio dei LEA.

Ogni Regione ha la facoltà di poter garantire prestazioni e servizi ulteriori rispetto a quelli previsti dai LEA.

---

<sup>4</sup> Federsanità ANCI Friuli-Venezia Giulia (2022);

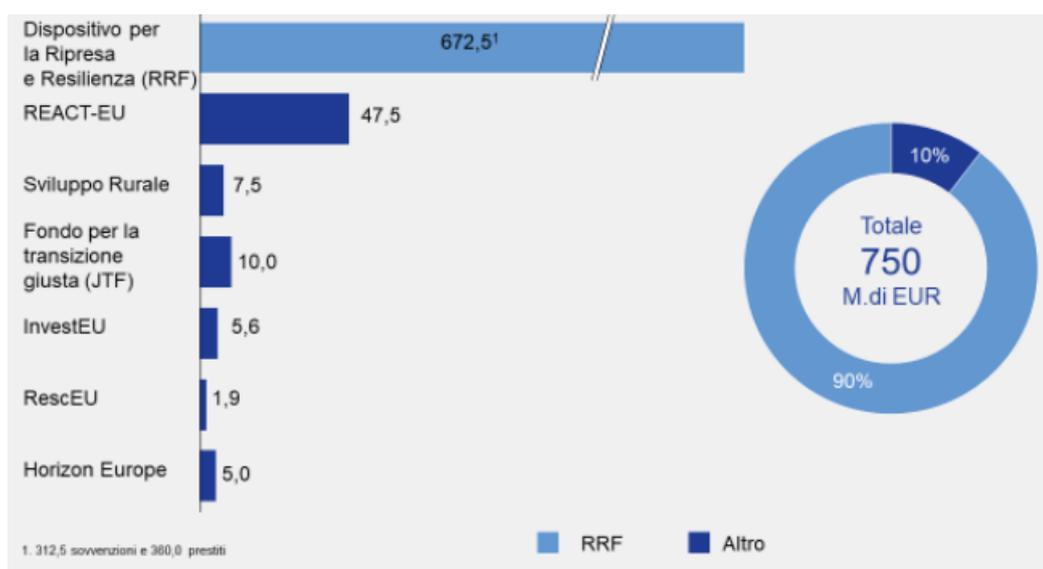
<sup>5</sup>Ministero della Salute (2019);

### 1.3 Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e la Missione 6 “Salute”.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) è il programma di attuazione di riforme e di investimenti con cui l'Italia prevede la gestione dei fondi derivanti dal Next Generation EU (NGEU), programma predisposto dall'Unione Europea a luglio 2020 per fronteggiare la pandemia e la conseguente crisi economica.<sup>6</sup>

Il NGEU è composto da due componenti il RRF (Recovery and Resilience Fund - Dispositivo per la Ripresa e Resilienza) e dal React- EU (Assistenza alla ripresa per la coesione e i territori dell'Europa), per un totale di 750 mld.

*Figura 1.1 Dispositivi e Risorse Disponibili del NGEU*



Fonte: <https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf>

Il React-Eu è uno strumento d'intervento pensato per il breve termine (2021-2022) con lo scopo di aiutare i paesi europei a rilanciare le loro economie duramente colpite dagli effetti della pandemia di Covid-19, invece il RRF è uno strumento pensato per il medio e lungo periodo (2021-2026) diretto a rilanciare 6 missioni dove il PNRR nazionale deve focalizzarsi.

Le aree di intervento su cui i PNRR nazionali si focalizzano sono:

- Transizione verde che deriva dal Green Deal Europeo;
- Trasformazione Digitale;
- Salute e resilienza economica, sociale e istituzionale;
- Politiche per le nuove generazioni, l'infanzia e i giovani;
- Trasformazione digitale;

<sup>6</sup>Governo Italiano (2021).

- Coesione sociale e territoriale;
- Crescita intelligente, sostenibile e inclusiva;

Il PNRR italiano ha previsto risorse per 194,40 miliardi di euro. I 194,40 miliardi che si suddividono tra 122,60 mld. di prestiti e 71,80 mld. di euro di contributi a fondo perduto.<sup>7</sup> A questi va aggiunto il Piano Nazionale Complementare (PNC) di 30,60 mld. di euro.

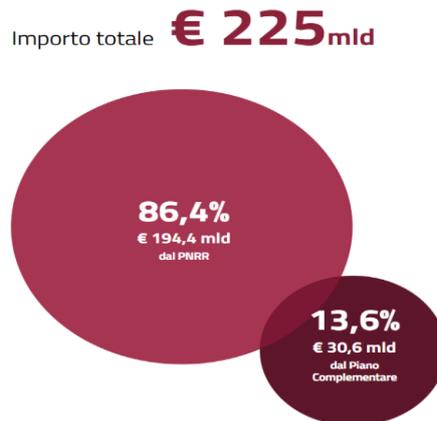
**Figura 1.2 Fondi Totali del PNRR Italiano**



Fonte: <https://www.italiadomani.gov.it/content/sogei-ng/it/it/il-piano/Risorse/le-risorse-per-la-crescita/il-quadro-finanziario-del-pnrr.html>

In totale le risorse tra PNRR e PNC sono di 225 miliardi di euro e, come è possibile osservare dal grafico sottostante, l'86,40% di risorse (194,40 mld) deriva dal PNRR mentre le restanti risorse (30,60 mld), rappresentano il 13,60% del totale.

**Figura 1.3 Importo Totale PNRR+PNC**



Fonte: <https://www.italiadomani.gov.it/content/sogei-ng/it/it/il-piano/Risorse/le-risorse-per-la-crescita.html>

<sup>7</sup> In previsione i fondi del PNRR dovevano essere 191.50 miliardi di euro composti da (68,90 mld di euro a fondo perduto) e (122,60 mld di euro finanziati tramite prestiti), ma l'8 Dicembre 2023 il Consiglio dell'Unione Europea ha approvato la proposta di modifica al PNRR Italiano, che ha portato all'aggiunta di una nuova missione la numero 7 dedicata al REPowerEU, con una conseguente rimodulazione dei fondi.

Il PNRR prevede le seguenti 7 “Missioni”:

- “Missione 1: Digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo.

Tale missione sostiene la transizione digitale del Paese, nella modernizzazione nella pubblica amministrazione, nelle infrastrutture di comunicazione e nel sistema produttivo. Ha l'obiettivo di garantire la copertura di tutto il territorio con reti a banda ultra-larga, migliorare la competitività delle filiere industriali, agevolare l'internazionalizzazione delle imprese. Investi inoltre sul rilancio di due settori che caratterizzano l'Italia: il turismo e la cultura.”<sup>8</sup>

Questa missione si divide in 3 componenti:

- M1C1: Digitalizzazione, Innovazione e sicurezza nella PA.
- M1C2: Digitalizzazione, innovazione e competitività del sistema produttivo.
- M1C3: Turismo e cultura 4.0.

Per la missione 1 sono previsti 41,34 mld di euro pari al 21,26% del PNRR e vanno aggiunti anche 8,74 mld di euro del Piano Nazionale Complementare.

- “Missione 2: Rivoluzione verde e transizione ecologica.

Questa missione è volta a realizzare la transizione verde ed ecologica della società e dell'economia per rendere il sistema sostenibile e garantire la sua competitività. Comprende interventi per l'agricoltura sostenibile e per migliorare la capacità di gestione dei rifiuti; programmi di investimento e ricerca per le fonti di energia rinnovabili; investimenti per lo sviluppo delle principali filiere industriali della transizione ecologica e la mobilità sostenibile.

Prevede inoltre azioni per efficientamento del patrimonio immobiliare pubblico e privato; e iniziative per il contrasto al dissesto idrogeologico, per salvaguardare e promuovere la biodiversità del territorio, e per garantire la sicurezza dell'approvvigionamento e la gestione sostenibile ed efficiente delle risorse idriche.”<sup>9</sup>

Questa missione si divide in 4 componenti:

- M2C1: Agricoltura sostenibile ed economia circolare;
- M2C2: Transizione energetica e mobilità sostenibile;
- M2C3: Efficienza energetica e riqualificazione degli edifici;
- M2C4: Tutela del territorio e della risorsa idrica;

---

<sup>8</sup> Governo Italiano (2021).

<sup>9</sup> *Ibidem*.

Per la missione 2 sono previsti 55,52 mld di euro esattamente il 28,56% del PNRR a cui vanno aggiunti altri 9,17 mld di euro del Piano Nazionale Complementare.

- “Missione 3: Infrastrutture per una mobilità sostenibile.

Tale missione si pone l’obiettivo di rafforzare ed estendere l’alta velocità ferroviaria nazionale e potenziare la rete ferroviaria regionale, con una particolare attenzione al Mezzogiorno.

Potenzia i servizi di trasporto merci secondo una logica intermodale in relazione al sistema degli aeroporti. Promuove l’ottimizzazione e la digitalizzazione del traffico aereo.

Punta a garantire l’interoperabilità della piattaforma logistica nazionale (PNL) per la rete dei porti.”<sup>10</sup>

La missione 3 è suddivisa in 2 componenti:

- M3C1: Investimenti sulla rete ferroviaria e sulla sicurezza stradale.
- M3C2: Intermodalità e logistica integrata.

Per la missione 3 sono stati stanziati 23,74 mld di euro pari al 12,21% del PNRR a cui vanno aggiunti altri 6,06 mld del Piano Nazionale Complementare.

- “Missione 4: Istruzione e ricerca.

Punta a colmare le carenze strutturali, quantitative e qualitative, dell’offerta di servizi di istruzione nel nostro Paese in tutto in ciclo formativo.

Prevede l’aumento dell’offerta di posti negli asili nido, favorisce l’accesso all’università, rafforza gli strumenti di orientamento e riforma il reclutamento e la formazione degli insegnanti.

Include anche un significativo rafforzamento dei sistemi di ricerca di base applicata e nuovi strumenti per il trasferimento tecnologico, per innalzare il potenziale di crescita.”<sup>11</sup>

La missione 4 si suddivide in 2 componenti:

- M4C1: Potenziamento dell’offerta dei servizi di istruzione: dagli asili nido all’università.
- M4C2: Dalla ricerca all’impresa.

---

<sup>10</sup> Governo Italiano (2021).

<sup>11</sup> *Ibidem*.

Per la missione 4 sono stati stanziati 30,09 mld di euro pari al 15,48% del PNRR a cui vanno aggiunti altri 1,5 mld di euro derivanti dal Piano Nazionale Complementare.

- “Missione 5: Coesione e inclusione.

La Missione 5 investe nelle infrastrutture sociali, rafforza le politiche attive del lavoro e sostiene il sistema duale e l’imprenditoria femminile. Migliora il sistema di protezione per le situazioni di fragilità sociale ed economica, per le famiglie, per la genitorialità. Promuove inoltre il ruolo dello sport come fattore di inclusione. Un’attenzione specifica è riservata alla coesione territoriale, col rafforzamento delle Zone Economiche Speciali e la Strategia nazionale delle aree interne. Potenzia il Servizio Civile Universale e promuove il ruolo del terzo settore nelle politiche pubbliche.”<sup>12</sup>

La missione 5 si suddivide in alcune componenti:

- M5C1: Politiche per il lavoro.
- M5C2: Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore.
- M5C3: Interventi speciali per la coesione territoriale.

Per finanziare gli investimenti della missione 5 sono stati stanziati 16,92 mld di euro pari al 8,7% del PNRR a cui vanno aggiunti 2,77 mld di euro dal Piano Nazionale Complementare.

- Missione 6: “Salute”

La Missione 6 si occupa di affrontare tutte le problematiche che affliggono il nostro SSN andando ad avviare una serie di investimenti diretti a superarle e rendere il nostro sistema sanitario più efficiente e sicuro.

La Missione 6 si divide in due componenti:

- M6C1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale, (si veda paragrafo 1.4.1);
- M6C2: Innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN (si veda paragrafo 1.4.2);

Per finanziare gli investimenti della Missione 6 il PNRR ha stanziato 15,63 mld di euro pari al 8,03% dell’importo totale del piano a cui vanno aggiunti 2,39 mld di euro previsti dal Piano Nazionale Complementare (PNC).

- Missione 7: REpowerEU

---

<sup>12</sup> Governo Italiano (2021).

“Con l'integrazione degli interventi previsti dal REpowerEU, l'Italia potrà ridurre la propria dipendenza dai combustibili fossili e accelerare il processo di transizione verde, creare competenze diffuse nei settori pubblico e privato su tematiche green, potenziare le infrastrutture e gli impianti energetici e favorire la produzione di energia da fonti rinnovabili

Sono 11,18 i miliardi di euro destinati alla Missione, pari al 5,75% dell'importo totale del PNRR.

Gli interventi si articolano in:

- riduzione degli impatti ambientali;
- miglioramento delle interconnessioni elettriche nazionali e transfrontaliere;
- rafforzamento delle competenze green;”<sup>13</sup>

## 1.4 Il Piano Nazionale Complementare.

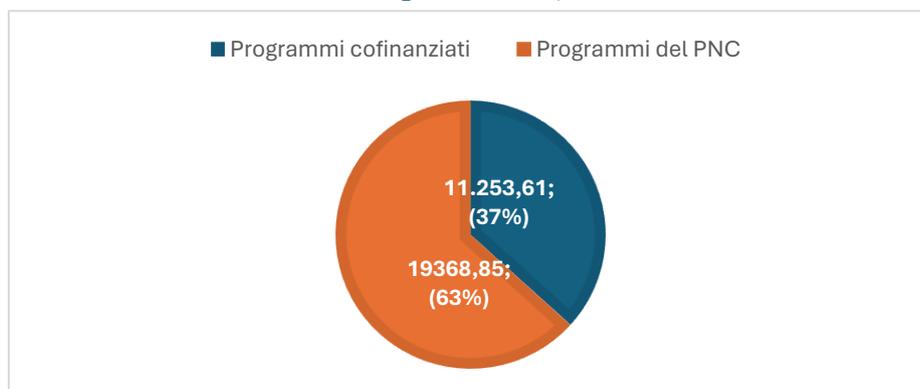
Il Piano Nazionale Complementare (PNC da qui in avanti) è stato istituito con il D.L. n. 59/2021 e convertito successivamente in legge con la Legge n. 101/2021, dove vengono individuati i programmi e le risorse. Si tratta dello strumento con cui il Governo italiano ha stanziato ulteriori 30,60 miliardi di euro da aggiungere alle risorse del PNRR, totalmente a carico del Bilancio dello Stato.

È possibile suddividere in due livelli la complementarità del PNC rispetto al PNRR:

- di missione o di una componente della missione → prevedendo ulteriori investimenti che contribuiscono al raggiungimento delle finalità del PNRR;
- di progetto → attraverso l'integrazione delle risorse già previsti dal PNRR.

Le figure 1.4 e 1.5 successive mostrano come vengono ripartite le risorse e i programmi alle varie amministrazioni.

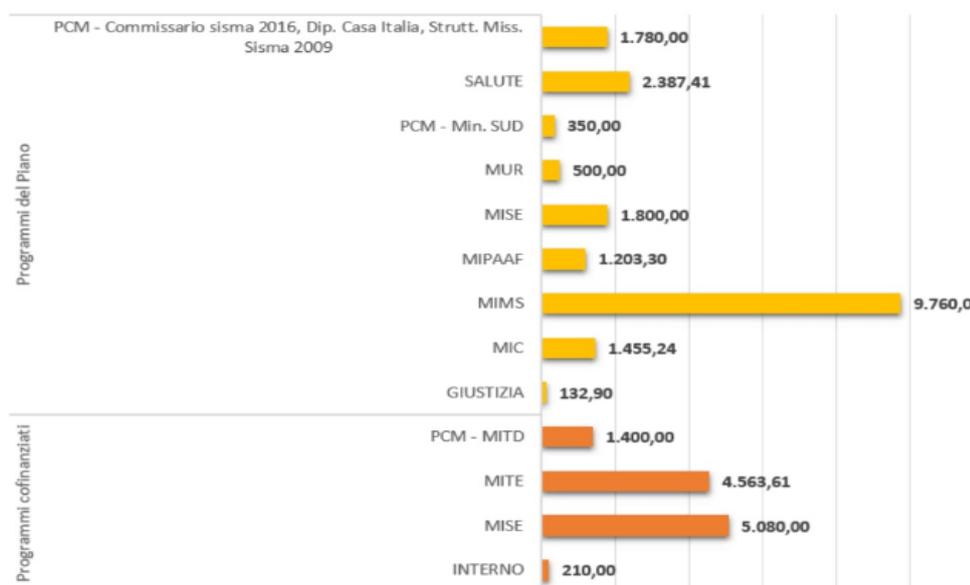
**Figura 1.4 Ripartizione delle Risorse del PNC (in milioni di Euro e in percentuale)**



Fonte: <https://www.rgs.mef.gov.it/>

<sup>13</sup> Governo Italiano (2021).

**Figura 1.5 Ripartizione delle risorse del PNC tra le varie Amministrazioni Pubbliche.**



Fonte: <https://www.rgs.mef.gov.it/>

Come è possibile vedere nella Figura 1.4, la maggior parte delle risorse il 63% è destinato a finanziare i 24 programmi del PNC e il restante 37% a cofinanziare i programmi del PNRR.

La Figura 1.5 evidenzia che l'amministrazione che è destinataria del maggior importo per quanto riguarda i programmi finanziati direttamente dal PNC è il MIMS (Ministero delle Infrastrutture e della Mobilità Sostenibile), con un importo pari a 9.760,00 milioni di euro. Invece per quanto riguarda i programmi cofinanziati è il MISE (Ministero dello Sviluppo Economico) oggi denominato MIMIT (Ministero delle Imprese e del Made in Italy).<sup>14</sup>

<sup>14</sup>“Il PNC, al quale è applicata la normativa di semplificazione e accelerazione già prevista per il PNRR (art. 14 decreto-legge n. 77 del 2021 e art. 1, comma 6, decreto-legge n. 59 del 2021), si basa su alcuni principi finalizzati a una maggiore efficienza nell’allocazione delle risorse, mediante: l’accelerazione della c.d. «messa a terra» degli interventi comprimendo e, ove possibile, anticipando i tempi di definizione dei passaggi amministrativi e burocratici; il finanziamento diretto di progetti definiti con obiettivi di realizzazione precisi superando ove possibile, il semplice riparto delle risorse. Il meccanismo previsto dalla legge impone alle Amministrazioni di individuare obiettivi iniziali, intermedi e finali dei progetti di cui sono titolari nonché le tempistiche entro cui tali obiettivi devono essere raggiunti, con la previsione della revoca del finanziamento in caso di mancato rispetto delle stesse e di meccanismi premiali (assegnazione di risorse revocate) per le Amministrazioni che riportino i migliori dati di impiego delle risorse ( art. 1, commi 7 e 7-bis del decreto-legge n. 59/2021).”

Ragioneria Generale dello Stato (MEF) – Piano Nazionale per gli investimenti complementari al PNRR.

Il D.L. 59/2021 individua 30 interventi di cui 24 programmi sono finanziati dal PNC e 6 programmi che sono cofinanziati con il PNRR a cui il PNC va ad aggiungere risorse finanziarie.

Tra i 24 programmi finanziati dal PNC, assumono rilevanza per integrare le risorse della Missione 6 “Salute” i programmi: “Salute, ambiente, biodiversità e clima”; “Verso un nuovo ospedale sicuro e sostenibile”; “Ecosistema innovativo della salute”;

Iniziative di ricerca per tecnologie e percorsi innovativi in ambito sanitario e assistenziale”.<sup>15</sup>

---

<sup>15</sup>“Per ciascun programma sono individuati l'amministrazione titolare, l'importo del finanziamento e, per i programmi cofinanziati, la componente del PNRR a cui afferiscono. I 24 programmi del PNC sono i seguenti:

- Ecosistemi per l'innovazione al Sud in contesti urbani marginalizzati;
- Interventi per le aree del terremoto del 2009 e 2016;
- Rinnovo delle flotte di bus, treni e navi verdi - Bus;
- Rinnovo delle flotte di bus, treni e navi verdi - Navi;
- Rafforzamento delle linee ferroviarie regionali;
- Rinnovo del materiale rotabile e infrastrutture per il trasporto ferroviario delle merci;
- Strade sicure – Messa in sicurezza e implementazione di un sistema di monitoraggio dinamico per il controllo da remoto di ponti, viadotti e tunnel (A24-A25);
- Strade sicure – Implementazione di un sistema di monitoraggio dinamico per il controllo da remoto di ponti, viadotti e tunnel della rete viaria principale;
- Sviluppo dell'accessibilità marittima e della resilienza delle infrastrutture portuali ai cambiamenti climatici;
- Aumento selettivo della capacità portuale;
- Ultimo/Penultimo Miglio Ferroviario/Stradale;
- Efficientamento energetico;
- Elettificazione delle banchine (Cold ironing);
- Strategia Nazionale Aree Interne - Miglioramento dell'accessibilità e della sicurezza delle strade;
- Sicuro, verde e sociale: riqualificazione dell'edilizia residenziale pubblica;
- Piano di investimenti strategici sui siti del patrimonio culturale, edifici e aree naturali;
- Salute, ambiente, biodiversità e clima;
- Verso un nuovo ospedale sicuro e sostenibile;
- Ecosistema innovativo della salute;
- “Polis” - Case dei servizi di cittadinanza digitale;
- Accordi per l'Innovazione;
- Costruzione e miglioramento padiglioni e spazi strutture penitenziarie per adulti e minori;
- Contratti di filiera e distrettuali per i settori agroalimentare, pesca e acquacoltura, silvicoltura, floricoltura e vivaismo;
- Iniziative di ricerca per tecnologie e percorsi innovativi in ambito sanitario e assistenziale.

I 6 programmi già previsti dal PNRR e cofinanziati dal PNC sono:

1. Servizi digitali e cittadinanza digitale;
2. Servizi digitali e competenze digitali;
3. Tecnologie satellitari ed economia spaziale;
4. Transizione 4.0;
5. Piani urbani integrati;

Ecobonus e Sismabonus fino al 110% per l'efficienza energetica e la sicurezza degli edifici.”

Camera dei Deputati – Il Piano nazionale complementare al PNRR

## 1.5 La Missione 6 “Salute” e le sue componenti.

Dopo aver illustrato per sommi capi le Missioni del PNRR, concentriamo ora l’attenzione sulla Missione 6: “Salute”, particolarmente importante per rilanciare il nostro SSN in particolare i servizi di emergenza e urgenza.

La pandemia da Sars Cov-2 (Covid 19) ha evidenziato infatti l’importanza di avere un sistema sanitario pronto, efficiente, sicuro e tecnologicamente avanzato nell’affrontare le sfide sanitarie del futuro ed è proprio a ciò che mira la missione 6 del PNRR. Il SSN Italiano ha degli standard elevati e nel nostro paese la speranza di vita alla nascita è una delle migliori a livello europeo.

La pandemia che ha messo a dura prova il nostro SSN ha evidenziato anche una serie di criticità che lo affliggono da tempo e possono essere così riassunte:

- elevate disparità territoriali nell’erogazioni dei servizi sanitari con particolare riferimento alla prevenzione e all’assistenza territoriale;
- inadeguatezza nell’integrazione e interazione tra i servizi socio-assistenziali territoriali e i servizi sanitari ospedalieri;
- crescente difficoltà da parte del SSN di rispondere al forte aumento della prevalenza delle patologie croniche legata al processo di invecchiamento della popolazione;
- scarsa sinergia da parte delle istituzioni nel definire strategie comuni di risposta ai rischi climatici, ambientali e sanitari;
- elevato afflusso di pazienti con codici minori in Pronto Soccorso per la mancanza di un “filtro” da parte della medicina territoriale che si trova oggi con elevati carichi di lavoro;
- utilizzo improprio del sistema 118, con un conseguente aumento di chiamate per codici minori a causa di una mancata risposta della medicina territoriale;
- carenza di personale medico (per alcune figure e in particolare con riferimento all’area dell’emergenza e urgenza), personale infermieristico e assistenziale all’interno delle strutture sanitarie pubbliche; fenomeno collegato è quello dell’incremento delle dimissioni da parte del personale medico, infermieristico e assistenziale dalle strutture pubbliche;
- livello basso delle remunerazioni per il personale medico, infermieristico e assistenziale che lavora nelle strutture pubbliche (se confrontato con gli altri Paesi industrializzati);<sup>16</sup>
- elevato stress psicofisico per il personale sanitario impiegato nel sistema sanitario;

---

<sup>16</sup> Si veda al riguardo quanto emerge dal Report “OECD Health at a Glance 2023” dell’OCSE.

- elevato utilizzo dei “medici a gettone” nelle strutture pubbliche per sopperire alla mancanza di personale medico e infermieristico;
- aumento considerevole del numero di pazienti in carico a ciascun Medico di Medicina Generale, con una conseguente riduzione della loro attività di “filtro” nel ridurre gli accessi impropri ai PS e all’abuso dei mezzi di soccorso del sistema 118;
- mancanza di posti letto negli ospedali e, soprattutto, nelle strutture intermedie (ospedali di comunità e unità di riabilitazione territoriale) che determina un elevato afflusso ai Pronti Soccorso e all’utilizzo improprio del sistema 118;
- aumento considerevole dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie.

La pandemia ha inoltre evidenziato l’importanza dell’uso di tecnologie avanzate nelle prestazioni sanitarie, la necessità di puntare su elevate competenze digitali, professionali e manageriali di chi opera all’interno del SSN, ma anche l’importanza di ridefinire i processi per l’erogazione delle prestazioni sanitarie.

Il PNRR con la Missione 6 punta a superare almeno alcune di queste criticità e a rilanciare il nostro SSN, rendendolo pronto per affrontare le nuove sfide del futuro.

### ***1.5.1 La Missione 6.1 (Reti di Prossimità, Strutture e Telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale).***

La componente 1 della Missione 6 persegue quattro obiettivi generali:

1. Potenziamento del SSN sul territorio andando ad allineare servizi di comunità e bisogni di salute, considerando anche le criticità che sono emerse durante la pandemia da Covid 19.
2. Rafforzamento delle strutture sanitarie intermedie, dei servizi sanitari di prossimità e dell’assistenza domiciliare.
3. Superamento della frammentazione e della mancanza di omogeneità dei servizi sanitari sul territorio.
4. Sviluppo della telemedicina come strumento a sostegno dell’assistenza domiciliare.

Gli ambiti di investimento della componente 1 vengono descritti di seguito.

#### **(1.1) Casa della Comunità e presa in carico della persona.**

La pandemia ha fatto emergere la necessità di rafforzare l’assistenza sanitaria territoriale; infatti, il PNRR prevede la realizzazione di 1038 Case di Comunità.

Il D.M. n. 77 del 23 Marzo 2022 definisce la Casa di Comunità (CdC) come: “il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per

bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento.”<sup>17</sup>

Il sopracitato Decreto Ministeriale stabilisce la presenza di una Casa di Comunità Hub ogni 40.000-50.000 abitanti con 7-11 Infermieri, 1 assistente sociale, 5-8 unità di personale di supporto (amministrativo e sociosanitario).

La tabella 1.1 sintetizza i servizi sanitari presenti nelle CdC Hub e Spoke e del numero di personale minimo stabilito per legge.

**Tabella 1.1 Servizi sanitari previsti nelle Case della Comunità**

Servizi	Modello Organizzativo	
	Casa della Comunità hub	Casa della Comunità spoke
Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multiprofessionali (MMG, PLS, SAI, IFoC, ecc.)	OBBLIGATORIO	
Punto Unico di Accesso	OBBLIGATORIO	
Servizio di assistenza domiciliare	OBBLIGATORIO	
Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza	OBBLIGATORIO	
Servizi infermieristici	OBBLIGATORIO	
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	OBBLIGATORIO	
Integrazione con i Servizi Sociali	OBBLIGATORIO	
Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione	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	
Medicina dello sport	RACCOMANDATO	

Fonte: DECRETO 23 maggio 2022, n. 77. “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”.

<sup>17</sup> Ministero della Salute (2022).

La realizzazione delle Case della Comunità va a rappresentare la risposta alla carenza odierna della medicina territoriali e come si vedrà nel Capitolo 3 è anche uno strumento di riduzione della pressione sul Pronto Soccorso e sul SUEM 118.

Infatti, l'obiettivo dello sviluppo delle Case della Comunità è quello di andare a garantire in maniera continuativa e coordinata:

“- l'accesso unitario e integrato all'assistenza sanitaria, sociosanitaria a rilevanza sanitaria e in un luogo di prossimità, ben identificabile e facilmente raggiungibile dalla popolazione di riferimento;

- la risposta e la garanzia di accesso unitario ai servizi sanitari, attraverso le funzioni di assistenza al pubblico e di supporto amministrativo-organizzativo ai pazienti svolte dal Punto Unico di Accesso (PUA);

- la prevenzione e la promozione della salute anche attraverso interventi realizzati dall'equipe sanitaria con il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione e Sanità Pubblica aziendale;

- la promozione e tutela della salute dei minori e della donna, in campo sessuale e riproduttivo e dell'età evolutiva, in rapporto a tutti gli eventi naturali fisiologici tipici delle fasi del ciclo vitale;

- la presa in carico della cronicità e fragilità secondo il modello della sanità di iniziativa;

- la valutazione del bisogno della persona e l'accompagnamento alla risposta più appropriata;

- la risposta alla domanda di salute della popolazione e la garanzia della continuità dell'assistenza anche attraverso il coordinamento con i servizi sanitari territoriali (es. DSM, consultori, ecc.);

- l'attivazione di percorsi di cura multidisciplinari, che prevedono l'integrazione tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, e tra servizi sanitari e sociali;

- la partecipazione della comunità locale, delle associazioni di cittadini, dei pazienti, dei caregiver.”<sup>18</sup>

Le Case della Comunità, coordinate dai singoli distretti andranno a rappresentare un nodo centrale nella rete dei servizi sanitari. A tale scopo appare cruciale che esse prevedano diversi interventi di coordinamento:

- Coordinamento Interno: essendo la CdC costituita da una molteplicità di professionisti sanitari, essi devono coordinarsi tra di loro nella gestione dei pazienti;

- Coordinamento tra Casa di Comunità Hub e Spoke, essendo la prima un punto di riferimento della seconda, deve esserci coordinamento nell'erogazione dei servizi

---

<sup>18</sup> Ministero della Salute (2022).

sanitari, in modo da poter erogare una molteplicità di prestazioni e coprire un numero elevato di popolazione e di territorio;

- Coordinamento tra CdC e rete territoriale: essendo la CdC inserita in un contesto già esistente di servizi sanitari (assistenza domiciliare e ospedaliera, ambulatori specialistici e ospedali) e socio-sanitari territoriali, essa deve coordinarsi con loro al fine di gestire al meglio il paziente e un suo eventuale decorso di cure in uno dei servizi sopracitati.

Lo strumento con cui avviene il coordinamento è la COT (Centrale Operativa Territoriale), di cui si parlerà più avanti.

### (1.2) Casa come primo luogo di cura e Telemedicina

Durante il lockdown, si è dimostrato cruciale il ruolo della casa del paziente come primo luogo di cura per non intasare gli ospedali già flagellati dal virus, ma un ruolo molto importante lo ha giocato anche l'introduzione della telemedicina.

Il DM 77 del 2022 definisce la Telemedicina come: “una modalità di erogazione di servizi e prestazioni assistenziali sanitarie sociosanitarie a rilevanza sanitaria a distanza, abilitata dalle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, e utilizzata da un professionista sanitario per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti (telemedicina professionista sanitario – assistito) o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari (telemedicina professionista sanitario – professionista sanitario).<sup>19</sup>

La Telemedicina è una importante innovazione verso una nuova pratica sanitaria che, se viene inserita in una rete di cure e prestazioni coordinate, permette l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie a distanza mediante l'utilizzo di dispositivi tecnologici e di telecomunicazioni. A titolo di esempio, si possono elencare le seguenti tipologie di prestazioni:

- teleconsulti;
- televisita;
- telerefertazione;
- telemonitoraggio;

Questo nuovo strumento di pratica sanitaria innovativa permette la gestione più efficiente dei pazienti cronici senza che essi per ogni necessità collegata alla loro patologia si rechino in pronto soccorso.

---

<sup>19</sup> Ministero della Salute (2022).

La Telemedicina rappresenta una nuova frontiera per la gestione dei pazienti con patologie croniche e il suo “sviluppo va considerato come un elemento abilitante per l’attuazione della riorganizzazione dell’assistenza territoriale, poiché può favorire:

- la riduzione delle distanze tra operatori sanitari e pazienti e tra operatori sanitari stessi;
- il tempestivo intervento per pazienti cronici trattati a domicilio in occasione di episodi di acuzie;
- la diagnosi precoce dell’evento acuto e il tempestivo intervento per pazienti trattati a domicilio e/o in condizioni di emergenza;
- l’efficientamento delle prestazioni assistenziali erogate in zone interne e/o disagiate con una ottimizzazione delle risorse, offrendo servizi di prossimità che aumentino l’appropriatezza e l’aderenza terapeutica;
- la correlazione degli interventi per una presa in carico integrata tra ospedale e territorio, anche assicurando processi di de-ospedalizzazione, quali ad esempio le dimissioni protette;
- la collaborazione tra gli operatori appartenenti alle diverse reti assistenziali ospedaliere e territoriali, consentendo una più efficace ed efficiente operatività dei gruppi di lavoro, in particolare per tutti quei contesti nei quali la multidisciplinarietà è elemento essenziale per una corretta presa in carico e gestione dell’assistito.”<sup>20</sup>

La Figura 1.6 propone un grafico riassuntivo che riporta i componenti principali e i fattori che possono consentire una efficace implementazione della Telemedicina nella gestione del paziente cronico.

---

<sup>20</sup> Ministero della Salute (2022).

**Figura 1.6 Componenti e fattori di successo della Telemedicina**



Fonte: AGENAS

### (1.3) Ospedali di Comunità.

La pandemia ha posto nuovamente sotto i riflettori un problema cronico del nostro SSN, ovvero la mancanza di posti letto all'interno delle strutture pubbliche, specialmente per i pazienti con patologie croniche che necessitano di stabilizzazione e di un periodo di recupero dopo il ricovero in strutture ospedaliere per acuti ad alta intensità di cure.

L'investimento 1.3, mira ad un potenziamento dell'assistenza intermedia a livello territoriale, mediante la realizzazione degli Ospedali di Comunità ovvero: “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.”<sup>21</sup>

Gli standard che contraddistinguono gli Ospedali di Comunità (OdC) sono:

- 1 Ospedale di Comunità ogni 100.000 abitanti, dotato di 20 posti letto;
- 7-9 infermieri (1 coordinatore infermieristico);
- 4-6 Operatori Sociosanitari (OSS);

<sup>21</sup> Ministero della Salute (2022).

- 1-2 unità di personale sanitario riabilitativo;
- 1 medico per 4,5 ore al giorno per 6 giorni su 7.

La funzione dell'OdC è quella di dare una risposta a quei pazienti cronici e acuti che hanno necessità di un'assistenza infermieristica h24 e di un intervento sanitario che non sarebbero in grado di ottenere presso il proprio domicilio.

Queste necessità si possono verificare in sede di dimissione da una struttura ospedaliera, ma anche per quei pazienti affetti da determinate patologie croniche che normalmente si trovano al loro domicilio.

Per riassumere, i pazienti che possono utilizzare l'OdC sono:

- pazienti fragili o cronici, per i quali un ricovero ospedaliero risulta inappropriato;
- pazienti che sono affetti da una multimorbilità, dimessi da una dimissione da una struttura ospedaliera, ma che necessitano di un'assistenza infermieristica continuativa;
- pazienti che necessitano in maniera continuativa di somministrazioni di farmaci;
- pazienti che hanno necessità di un supporto nel loro percorso riabilitativo-educativo.

La durata prevista del ricovero dei vari pazienti non deve superare i 30gg, ovviamente in caso di una situazione clinica complessa la degenza potrà prolungarsi per il tempo necessario per superarla.

L'accesso all'OdC avviene su indicazione di:

1. Medici di Medicina Generale;
2. Medici del SCA (Servizio di Continuità Assistenziale);
3. Pediatri di libera scelta;
4. Medici del Pronto Soccorso;
5. Medici dei vari reparti ospedalieri;

L'OdC può avere una struttura propria o può essere realizzato nella medesima struttura di una Casa della Comunità, l'importante è che esso sia dotato di servizi generali e spazi adeguati (cucina, lavanderia, servizi mortuari ecc.) che possono essere anche utilizzati in comune con le CdC.

Il D.M 77/2022, prevede anche la possibilità di realizzare degli Ospedali di Comunità Pediatrici nelle vicinanze dei Presidi Ospedalieri Pediatrici.

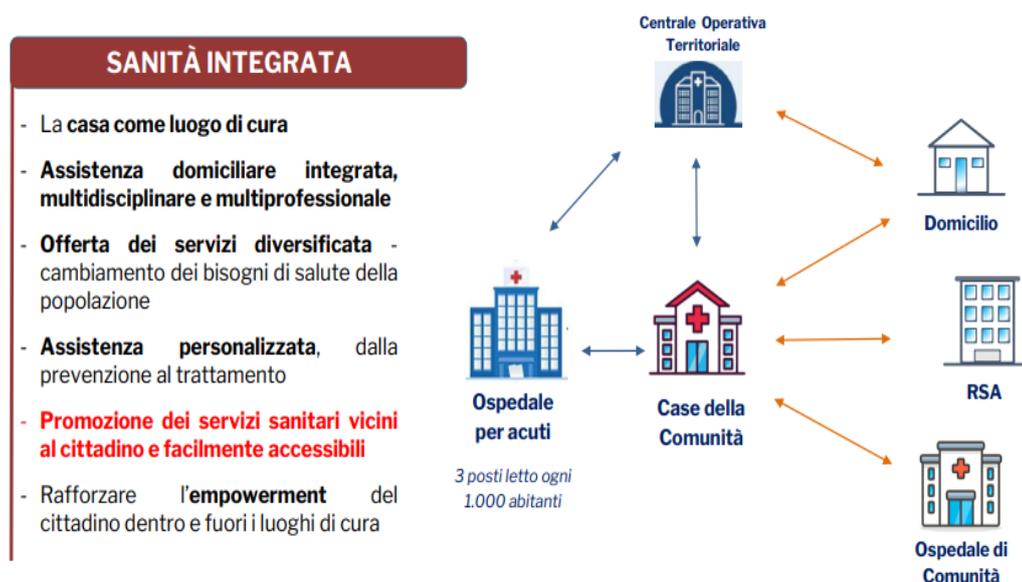
In Italia si prevede complessivamente la realizzazione di 307 Ospedali di Comunità.

#### (1.4) Nuova sanità territoriale e raccordo attraverso le Centrali Operative Territoriali

Con l'intervento del PNRR si va verso una sanità più integrata, dove un ruolo cruciale lo svolge la medicina territoriale. La Figura 1.7 sintetizza il nuovo assetto della sanità territoriale previsto con il PNRR.<sup>22</sup>

Si va verso una sanità integrata, contraddistinta da un'implementazione della rete informatica, dal nuovo ruolo della telemedicina, da una maggiore interconnessione tra le varie strutture assistenziali dislocate nel territorio, il tutto con l'intento di erogare i servizi sanitari il più vicino possibile ai cittadini, riducendo i tempi di accesso ai pronti soccorsi e riducendo anche la pressione sul sistema SUEM 118 e sui Pronti Soccorso, grazie all'implementazione della medicina territoriale.

*Figura 1.7 La sanità territoriale integrata prevista dal PNRR;*

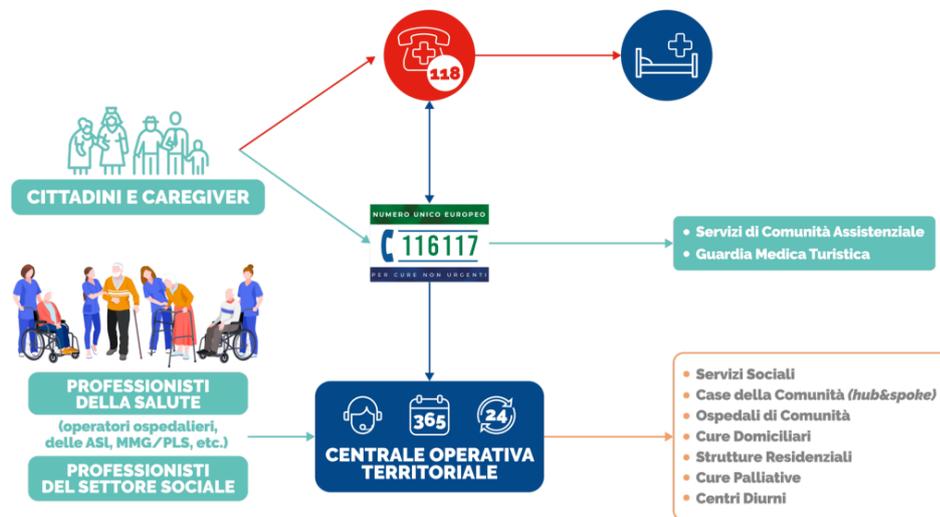


Fonte: [https://www.fondazioneessp.it/media/285/Presentazione\\_Dott-Pilerici.pdf](https://www.fondazioneessp.it/media/285/Presentazione_Dott-Pilerici.pdf) (Visitato in Maggio 2024)

L'interconnessione tra le varie strutture, che dovrà essere garantita dalle COT, viene riassunta nella Figura 1.8.

<sup>22</sup> La figura 1.7 considera l'analisi del Dott. Claudio Pilerici, Direttore della Programmazione Sanitaria Area Sanità e Sociale della Regione del Veneto.

**Figura 1.8 Nuova Rete Territoriale di Collegamento tra Servizi Sanitari e Sociosanitari**



Fonte: <https://www.agenas.gov.it/images/agenas-imgs005adfpdf.pdf> (Visitato in Maggio 2024)

Come si può vedere dalla Figura 1.6, si va verso una vera e propria nuova rete tra le varie strutture ospedaliere e assistenziali dislocate sul territorio, coordinata dalle COT (Centrale Operativa Territoriale). Nel complesso, si prevedono 480 Centrali Operative Territoriali che dovranno soddisfare alcuni standard:

- 1) si dovrà avere 1 COT ogni 100.000 abitanti o in relazione al distretto, quando quest'ultimo abbia un bacino di utenza maggiore.
- 2) Il personale che verrà impiegato sarà composto da:
  - 1 coordinatore infermieristico;
  - 3-5 infermieri;
  - 1-2 personale di supporto
- 3) Operatività 7 giorni su 7 H24.

La funzione della COT è quella di prendere in carico il paziente e fare da raccordo tra i vari servizi sanitari, sociosanitari e assistenziali.

Altro ruolo cruciale lo svolgerà il Numero Europeo Armonizzato (NEA) per le cure non urgenti e a servizi sanitari di bassa priorità. In particolare, il numero 116117 offre i seguenti servizi:

- garantisce una risposta operativa anche con trasferimento di chiamata per:
  - prestazioni e/o consigli medici non urgenti nelle ore di apertura del servizio di Continuità Assistenziale.

- individuazione e trasferimento delle richieste di soccorso sanitario urgente al 118 o al 112.
- modalità di accesso a Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta anche in caso di difficoltà di reperimento.
- consigli sanitari non urgenti prima dell'orario di apertura del servizio di Continuità Assistenziale e dopo l'orario di chiusura con eventuale inoltro della chiamata al 118.
- garantisce la risposta di tipo informativo; può essere prevista anche la risposta operativa con trasferimento di chiamata.
  - modalità di accesso alla Guardia turistica.
- altri servizi possono essere erogati dalle Regioni italiane, secondo quanto indicato nell'Accordo Stato-Regioni del 24 novembre 2016.<sup>23</sup>

Vi sono anche qui due standard da rispettare:

- 1) 1 Centrale Operativa NEA 116117 ogni 1-2 milioni di abitanti, comunque, vi deve essere la presenza a valenza regionale.
- 2) Operatività 7 giorni su 7 H24.

Nel complesso, quindi, la prima componente della Missione 6 è diretta a rilanciare la medicina territoriale, a sfruttare le nuove tecnologie in ambito sanitario, a dare un'adeguata risposta alle cure sanitarie non urgenti e a rafforzare i servizi domiciliari e sanitari di prossimità.

### ***1.5.2 La Missione 6.2 (Innovazione, Ricerca e Digitalizzazione del SSN).***

La Componente 2 della Missione 6, intitolata “Innovazione, Ricerca e Digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale” è diretta a:

- Valorizzare gli investimenti digitali, di risorse umane, tecnologici, strutturali e digitali nel SSN.
- Potenziare la ricerca scientifica sanitaria e biomedica.
- Realizzare il potenziamento e l'innovazione della struttura tecnologica e digitale del SSN, andando a garantire un'assistenza sanitaria di maggiore qualità e più tempestiva.

I principali interventi all'interno della Missione 6, Componente 2 riguardano l'aggiornamento tecnologico e digitale e il miglioramento del loro grado di sicurezza e sostenibilità degli ospedali.

---

<sup>23</sup>Ministero della Salute (2024).

### (1) Aggiornamento Tecnologico e Digitale

Per la M6C2.1 (Aggiornamento Tecnologico e Digitale), sono stati stanziati 7,36 Miliardi di Euro suddivisi nel seguente modo:

Investimento 1.1 → 4,05 Mld Euro.

Investimento 1.2 → 1,64 Mld Euro.

Investimento 1.3 → 1,67 Mld Euro.

1.1: Investimento “Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero” (stanziamento complessivo di 4,05 miliardi di Euro).

Questo intervento è diretto a superare l’obsolescenza e la scarsa presenza in molteplici strutture di infrastrutture tecnologiche. La vetustà, l’obsolescenza, la mancanza, sono tutte caratteristiche che vanno a compromettere la qualità delle prestazioni, ricadendo sui pazienti.

Tutte queste problematiche verranno superate in primis dall’intervento del PNRR, che prevede l’ammodernamento del parco tecnologico, ma in secondo luogo è doveroso sottolineare come andrebbero stanziare ulteriori risorse, ad esempio recuperandole dall’evasione fiscale.

L’intervento prevede nello specifico il rinnovo di numerose apparecchiature tecnologiche, tra cui ad esempio: TAC; Acceleratori Lineari; Ecografi; Risonanze magnetiche; Mammografi; ecc.

Inoltre, si prevede un investimento per potenziare il livello di digitalizzazione di 280 strutture sanitarie sedi di DEA di I° e II° livello.

Si prevede poi l’adozione di un piano diretto a potenziare l’offerta ospedaliera attraverso:

- aumento dei posti letto nei reparti di terapia intensiva e semi-intensiva;
- potenziamento della separazione dei percorsi all’interno dei Pronti Soccorso;
- acquisto di nuovi mezzi per il trasporto secondario.

1.2: Investimento “Verso un ospedale sicuro e sostenibile” (stanziamento complessivo di 1,64 miliardi di Euro).

Tale investimento è diretto a rafforzare la sicurezza strutturale degli edifici ospedalieri italiani per adeguarli alla normativa antisismica nazionale, anche in vista della loro importanza strategica in ottica di risposta ai disastri.

Si prevede infatti l’intervento su 87 strutture ospedaliere, alla luce dell’aumento dei costi energetici e di un allungamento dei tempi di realizzazione.

1.3: Investimento “Rafforzamento dell’infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l’elaborazione, l’analisi dei dati e la simulazione” (stanziamento complessivo di 1,67 miliardi di Euro).

L’investimento è diretto alla realizzazione di 2 importanti infrastrutture tecnologiche: Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e rafforzamento del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) per il monitoraggio dei LEA.

1. Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE).

Il FSE raccoglie tutti i dati e i documenti digitali sia sanitari che sociosanitari, riguardanti l’assistito e erogate dal SSN e ha le seguenti finalità:

- attività di prevenzione, diagnosi e cura;
- studio e ricerca scientifica;
- programmazione sanitaria;
- punto di accesso per i servizi sanitari erogati dal SSN;
- contiene l’intera storia clinica del paziente;
- strumento a disposizione delle ASL per condurre attività d’indagine sul come migliorare le prestazioni sanitarie.<sup>24</sup>

2. Infrastruttura tecnologica del Ministero della Salute e analisi dei dati e modello predittivo per garantire i LEA italiani e la sorveglianza sanitaria.

Lo scopo dell’investimento è il rafforzamento del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), ovvero la struttura che il Ministero della Salute utilizza per monitorare i LEA e per programmare i servizi sanitari in modo da rispondere ai bisogni della popolazione e alla situazione sanitaria nazionale.<sup>25</sup>

Ora si procederà ad analizzare la seconda componente della Mission 6.2.

(2) Formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico.

Per la Missione 6C2.2 (Formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico) sono stati stanziati 1,26 Miliardi di Euro, suddivisi come di seguito:

---

<sup>24</sup> La implementazione del FSE prevede: “(i) la piena integrazione di tutti i documenti sanitari e tipologie di dati, la creazione e implementazione di un archivio centrale, l’interoperabilità e piattaforma di servizi, la progettazione di un’interfaccia utente standardizzata e la definizione dei servizi che il FSE dovrà fornire; (ii) l’integrazione dei documenti da parte delle Regioni all’interno del FSE, il supporto finanziario per i fornitori di servizi sanitari per l’aggiornamento della loro infrastruttura tecnologica e compatibilità dei dati, il supporto finanziario alle Regioni che adotteranno la piattaforma FSE, il supporto in termini di capitale umano e competenze per realizzare i cambiamenti infrastrutturali e di dati necessari per l’adozione del FSE.” Si veda: <https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf> (visitato in Maggio 2024).

<sup>25</sup> Il progetto prevede: “i) il potenziamento dell’infrastruttura tecnologica e applicativa del Ministero della Salute; ii) il miglioramento della raccolta, del processo e della produzione di dati NSIS a livello locale; iii) lo sviluppo di strumenti di analisi avanzata per studiare fenomeni complessi e scenari predittivi al fine di migliorare la capacità di programmare i servizi sanitari e rilevare malattie emergenti; iv) la creazione di una piattaforma nazionale dove domanda ed offerta di servizi di telemedicina forniti da soggetti accreditati possa incontrarsi.” *Ibidem*.

Investimento 2.1 → 520 Milioni di Euro;

Investimento 2.2 → 740 Milioni di Euro;

2.1: Investimento “Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del Sistema Sanitario Nazionale (SSN)” (stanziamento complessivo di 520 milioni di Euro).

Tale investimento ha l’obiettivo di potenziare la ricerca biomedica, andando a rafforzare la capacità di risposta dei centri di ricerca italiani nel settore delle patologie rare, favorendo anche il dialogo tra impresa e ricerca.<sup>26</sup>

L’intervento è collegato ad una riforma nella riorganizzazione della rete degli IRCSS (Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico) e delle politiche riguardanti la ricerca sanitaria del Ministero della Salute.

Questa riforma è diretta a rafforzare il rapporto fra la ricerca, l’innovazione e le cure sanitarie. Inoltre, si prevede la differenziazione degli IRCSS in base alla loro attività, la creazione di una rete integrata fra i vari istituti, facilitando così lo scambio delle varie competenze sia tra i vari IRCSS, ma anche con le altre strutture del SSN.<sup>27</sup>

2.2: Investimento “Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario nazionale italiano” (stanziamento complessivo di 740 milioni di Euro).

---

<sup>26</sup> “La misura si lega alla riforma dell’ordinamento degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), ai programmi di ricerca proposti dal Ministero dell’università e della ricerca e ai programmi di trasferimento tecnologico del Ministero dello sviluppo economico.

La misura prevede di finanziare tre tipi di intervento, in particolare: (1) programmi di ricerca e progetti dedicati alle malattie rare e ai tumori rari al fine di potenziare la capacità di risposta dei centri di ricerca italiani e predisporre dei modelli innovativi per migliorare la qualità complessiva della presa in carico del paziente; (2) progetti di ricerca legati a malattie croniche non trasmissibili e ad alto impatto sui sistemi sanitari e socio – assistenziali al fine di individuare i fattori di rischio, le modalità di prevenzione, le cause della malattia e i relativi meccanismi di azione; (3) progetti proof of concept (PoC), quindi con la realizzazione di prototipi nell’ambito dei progetti, al fine di colmare il gap tra il settore della ricerca e quello dell’industria, che si crea nell’intervallo tra la fase della scoperta e quella della messa a punto, favorendo quindi il trasferimento tecnologico tra ricerca e imprese operanti nel settore.” Si veda: [https://lineaamica.gov.it/docs/default-source/missione-6/valorizzazione-e-potenziamento-della-ricerca-biomedica-del-ssn.pdf?sfvrsn=109d9d25\\_170](https://lineaamica.gov.it/docs/default-source/missione-6/valorizzazione-e-potenziamento-della-ricerca-biomedica-del-ssn.pdf?sfvrsn=109d9d25_170) (Visitato in Maggio 2024).

<sup>27</sup> “Gli IRCCS accedono alle risorse attraverso sistemi basati su parametri relativi all’attività scientifica su riviste ad alto impact factor, alla capacità di attrarre risorse in finanziamenti competitivi nazionali e internazionali, allo sviluppo di trial clinici, in un ambito di collaborazione multi-centrica e di prodotti e soluzioni nell’ambito del trasferimento tecnologico e che tengano in considerazione l’impatto sul territorio di riferimento. Sarà rafforzata la governance aziendale sempre più orientata alla ricerca, e si responsabilizzerà il Direttore Generale, insieme al direttore scientifico e sui risultati da conseguire. Ciò al fine di sviluppare le potenzialità degli IRCCS e di incrementare la qualità della ricerca sanitaria in un’ottica traslazionale.” Si veda: <https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf> (visitato in Maggio 2024).

Tale investimento ha l'obiettivo di sviluppare le competenze del personale sanitario impiegato nel SSN in particolare prevede interventi in ambito di formazione per: medici di medicina generale; infezioni ospedaliere; contratti di formazione medica specialistica; manager della sanità pubblica. L'intervento prevede in particolare:

“• Borse di studio di medicina generale: ogni anno del triennio 2021-2023 sarà pubblicato un decreto governativo di assegnazione delle risorse economiche alle Regioni per finanziare 900 borse di studio aggiuntive all'anno per corsi specifici di medicina generale di durata triennale (per un totale di 2.700 borse aggiuntive). Questa distribuzione temporale assicura il completamento degli ultimi corsi entro metà 2026.

- Un piano straordinario di formazione sulle infezioni ospedaliere (con circa 150.000 partecipanti entro la fine del 2024 e circa 140.000 entro metà 2026).

- Progetti formativi per lo sviluppo di percorsi di acquisizione di competenze di management per i professionisti del SSN: si prevede la formazione di 2.000 persone entro la metà del 2024 e altre 4.500 persone entro il Q2 2026

- 4.200 contratti di formazione specialistica aggiuntivi, per un ciclo completo di studi (5 anni) a partire dal 2020.”<sup>28</sup>

---

<sup>28</sup> Governo Italiano (2021).



## **Capitolo 2**

### **La rete dei servizi sanitari di emergenza e urgenza in Italia e nel Veneto**

#### **2.1 Caratteri generali della rete nazionale dei servizi sanitari di emergenza e urgenza.**

La rete dell'emergenza-urgenza è stata oggetto di un radicale cambiamento, questo a partire dagli anni Novanta dopo l'emanazione del D.P.R. 27 Marzo 1992, che ha portato ad un vero e proprio cambiamento nella gestione del soccorso extraospedaliero.

Prima del sopraindicato D.P.R. il sistema dell'emergenza sanitaria prevedeva il mero invio del mezzo di soccorso che si limitava a caricare il paziente e trasportarlo verso il pronto soccorso più vicino, si adottava quindi il metodo denominato: "Scoop and Run".

Dopo l'emanazione del D.P.R. del 27 Marzo 1992, è cambiata la gestione dell'emergenza sanitaria extraospedaliera, passando dal sistema: "Scoop and Run" al più efficiente e sicuro sistema dello: "Stay and Play", si è quindi passati da un semplice "servizio" ad un vero e proprio sistema di gestione del soccorso.

Con il passaggio allo "Stay and Play", si è riusciti ad integrare il trattamento ospedaliero con quello extraospedaliero, portando quindi l'ospedale al paziente e non il paziente all'ospedale.

Lo "Stay and Play" prevede infatti la stabilizzazione del paziente sul luogo dell'evento e il successivo trasporto in sicurezza presso l'ospedale più idoneo.

Un ruolo cruciale lo gioca anche il sistema del "Play and Run", ovvero trattare il paziente nel mentre lo si trasporta al pronto soccorso più vicino, garantendo uno standard elevato di cure, durante il trasporto.

Oggi dopo l'importante evoluzione degli anni Novanta il sistema dell'emergenza e urgenza extraospedaliera può essere così riassunto:

- **Sistema di Allarme Sanitario Nazionale**: si tratta del numero telefonico nazionale di riferimento al soccorso sanitario ovvero il 118.  
In ossequio della decisione del Consiglio Europeo del 1991, in materia dell'istituzione del NUE 112 (Sistema di allarme unico europeo), il numero 118 come gli altri numeri nazionali di emergenza, è stato integrato nel sopraindicato NUE 112.  
L'attivazione del NUE è già iniziata in alcune regioni, mentre in altre è in fase di attivazione come nella Regione del Veneto che partirà ufficialmente nel 2026.

- **Sistema di Soccorso Territoriale**: si tratta dei mezzi a disposizione delle varie centrali operativi e dislocate in punti strategici del territorio e che sono in grado di rispondere tempestivamente alle richieste di soccorso.
- **“Rete di servizi e presidi”** (D.M. 2 aprile 2015, n. 70: “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”) rappresentata da:
  - Postazioni medicalizzate del 118, fisse o mobili, anche organizzate per esigenze stagionali in località turistiche ed in occasione di manifestazioni di massa, sportive, religiose, culturali.
  - Pronto soccorso ospedalieri, che assicurano gli accertamenti diagnostici e gli eventuali interventi necessari per la soluzione del problema clinico presentato, oppure, nei casi più complessi, garantiscono gli interventi necessari alla stabilizzazione del paziente e l’eventuale trasporto ad un ospedale in grado di fornire prestazioni specializzate, sotto il coordinamento della centrale operativa.
  - Dipartimenti di Emergenza-Urgenza e Accettazione (DEA), che rappresentano un’aggregazione funzionale di unità operative, adottano un codice comune di comportamento assistenziale, assicurano una risposta rapida e completa. I DEA afferiscono a due livelli di complessità, in base alle Unità operative che li compongono: DEA di I livello e DEA di II livello.”<sup>29</sup>

## **2.2 Servizi di Pronto Soccorso ospedaliero e Dipartimenti di Emergenza-Urgenza e Accettazione (DEA).**

Il Pronto Soccorso è un reparto ospedaliero finalizzato alla diagnosi e cura rapida delle urgenze ed emergenze mediche e traumatologiche acute che vanno a costituire un pericolo di vita per il paziente.

Tale servizio è attivo 24ore al giorno per 365 giorni all’anno.

Tra la fine degli anni ’80 e gli inizi degli anni ’90, si è potuto assistere ad un incremento degli accessi ai Pronto Soccorso Italiani, che a differenza degli altri paesi europei non erano preparati ad affrontare un elevato afflusso di pazienti.

I fenomeni che sono alla base di questo aumento di accessi ai PS italiani sono riassumibili in:

- invecchiamento della popolazione;
- aumento dei pazienti complessi;
- ritardo di accesso alle cure;

---

<sup>29</sup>Ministero della Salute (2022).

- fenomeno del “boarding” ovvero lo stazionamento dei pazienti in attesa di ricovero;

- fenomeno del “overcrowing” ovvero l’elevato afflusso nei servizi di PS;

Per risolvere questi problemi inizialmente si è provveduto a creare il Triage, ovvero un sistema capace di prendere in carico in maniera precoce il paziente, al momento del suo arrivo in pronto soccorso e di valutarne il grado di priorità per l’accesso alle cure mediche.<sup>30</sup>

Il Triage deve essere garantito in maniera continuativa per 24 ore presso i servizi di Pronto Soccorso e svolto da personale esperto e adeguatamente formato, di norma si tratta di personale infermieristico con anni di esperienza.

Gli obiettivi del Triage sono:

- 1) Identificare le persone che necessitano di cure immediate, in modo da erogare tempestivamente le prestazioni sanitarie, dirette a superare la criticità sanitaria per cui accedono in PS;
- 2) Attribuire all’utente che accede in PS un codice di priorità di accesso alle cure in relazione alla situazione sanitaria alla presentazione al Triage e alla sua possibile evoluzione;
- 3) Sorvegliare il paziente durante la fase di attesa prima dell’accesso alle cure;
- 4) Garantire un’adeguata e continua presa in carico del paziente a 360° compresa la fornitura di assistenza e attività informativa nei confronti degli accompagnatori;

Il processo metodologico del Triage si articola in quattro fasi molto importanti:

- 1) Valutazione Immediata del Paziente: si pone l’obiettivo di dare una valutazione generale del paziente in base ad un c.d. “colpo d’occhio” dell’operatore, diretto ad individuare le problematiche cliniche.
- 2) Valutazione Soggettiva e Oggettiva: la prima viene fatta in relazione all’anamnesi del paziente, invece la seconda in base alla rilevazione di segni clinici, al momento della presentazione in PS.
- 3) Assegnazione del Codice di Triage: l’operatore al termine della fase 1 e 2 decide di assegnare un codice di priorità per l’accesso alle cure.
- 4) Rivalutazione del Codice: fase successiva alla numero 3 dove si va a confermare o modificare la prima assegnazione del codice del triage.

Un esempio potrebbe essere il seguente: il paziente valutato con Codice Arancione in relazione ad una sintomatologia descritta al momento dell’accettazione viene rivalutato in Codice Rosso per la successiva manifestazione di nuovi sintomi che fanno “scattare” il codice successivo.

---

<sup>30</sup> Il Triage Infermieristico è una funzione infermieristica volta alla identificazione delle priorità assistenziali attraverso la valutazione della condizione clinica dei pazienti e del loro rischio evolutivo, in grado di garantire la presa in carico degli utenti e definire l’ordine d’accesso al trattamento. Ministero della Salute (2019).

La prima normativa sul Triage Ospedaliero fu emanata nel 2001 e prevedeva 4 codici colore:

- Codice Rosso: si tratta di un paziente con in atto un'alterazione grave delle funzioni vitali o un'assenza delle stesse;
- Codice Giallo: si tratta di un paziente con potenziale rischio di compromissione di una delle funzioni vitali;
- Codice Verde: si tratta di un paziente che presenta un grave stato di sofferenza;
- Codice Bianco: si tratta di un paziente non a rischio e con uno stato di sofferenza sopportabile.

A seguito degli accordi Stato Regione del 7 Febbraio 2013, è emersa la necessità di differenziare il sistema di codifica dei 4 codici colore previsti dalla normativa del 2001, introducendo un nuovo modello dove i codici passano da 4 a 5 e vengono indicati anche i tempi massimi di attesa per accedere alle cure sanitarie.

Nella Tabella 2.1 si possono vedere i nuovi 5 codici, i loro numeri di priorità, la denominazione, la loro definizione e infine i tempi massimi di attesa per l'accesso alle cure.

**Tabella 2.1 il nuovo Triage**

TRIAGE: nuova codifica di priorità e tempo massimo di attesa				
Codice		Denominazione	Definizione	Tempo Massimo di attesa per l'accesso alle aree di trattamento
Numero	Colore			
1	ROSSO	EMERGENZA	INTERRUZIONE O COMPROMISSIONE DI UNA O PIÙ FUNZIONI VITALI	ACCESSO IMMEDIATO
2	ARANCIONE	URGENZA	RISCHIO DI COMPROMISSIONE DELLE FUNZIONI VITALI. CONDIZIONE CON RISCHIO EVOLUTIVO O DOLORE SEVERO	ACCESSO ENTRO 15 MINUTI
3	AZZURRO	URGENZA DIFFERIBILE	CONDIZIONE STABILE SENZA RISCHIO EVOLUTIVO CON SOFFERENZA E RICADUTA SULLO STATO GENERALE CHE SOLITAMENTE RICHIEDE PRESTAZIONI COMPLESSE	ACCESSO ENTRO 60 MINUTI
4	VERDE	URGENZA MINORE	CONDIZIONE STABILE SENZA RISCHIO EVOLUTIVO CHE SOLITAMENTE RICHIEDE PRESTAZIONI DIAGNOSTICO TERAPEUTICHE SEMPLICI MONO-SPECIALISTICHE	ACCESSO ENTRO 120 MINUTI
5	BIANCO	NON URGENZA	PROBLEMA NON URGENTE O DI MINIMA RILEVANZA CLINICA	ACCESSO ENTRO 240 MINUTI

Fonte: [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_3145\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3145_allegato.pdf) (Linee di Indirizzo Nazionale sul Triage Intraospedaliero) Visitato in Aprile 2024.

Si procederà ora con un'analisi dettagliata delle diverse tipologie che caratterizzano i reparti dell'emergenza e urgenza ospedaliera all'interno del nostro SSN.

Il D.M. 70/2015 individua quelli che sono gli standard dell'assistenza ospedaliera d'emergenza e inoltre va ad individuare le diverse tipologie di strutture che si occupano di rispondere alle emergenze ed urgenze del territorio.

Tali strutture possono essere così riassunte:

- **“Ospedale sede di Pronto Soccorso:** è la struttura organizzativa ospedaliera deputata ad effettuare in emergenza-urgenza stabilizzazione clinica, procedure diagnostiche, trattamenti terapeutici, ricovero oppure trasferimento urgente al Dipartimento di Emergenza e Accettazione – DEA di livello superiore di cura, in continuità di assistenza, secondo specifici protocolli organizzativo-assistenziali mirati alla gestione delle diverse patologie.

La funzione di pronto soccorso è prevista per un bacino di utenza di 80.000 - 150.000 abitanti, un tempo di percorrenza maggiore di un'ora dal centro dell'abitato al DEA di riferimento e un numero di accessi annuo appropriati superiore a 20.000 unità.

- **Ospedale sede di D.E.A. di I Livello:** la struttura ospedaliera sede di DEA di I livello svolge funzioni di spoke nella rete dell'emergenza-urgenza; esegue tutti gli interventi previsti per l'ospedale sede di Pronto soccorso e svolge funzioni di accettazione in emergenza urgenza per patologie di maggiore complessità, di osservazione breve intensiva e di medicina di urgenza e, ove necessario, trasferisce in continuità di assistenza, al DEA di II Livello, superiore per livello di cura.

La struttura sede di DEA di I Livello serve un bacino di utenza di 150.000 - 300.000 abitanti con un numero di accessi annui appropriati superiore a 45.000.

- **Ospedale D.E.A. di II Livello:** la struttura ospedaliera sede di DEA di II livello esegue tutti gli interventi previsti nell'ospedale sede di DEA di I livello ed è sede di discipline di riferimento per le reti delle patologie complesse; effettua oltre agli interventi previsti per il DEA di I livello, le funzioni di accettazione in emergenza-urgenza per il trattamento delle patologie acute ad elevata complessità, in particolare per quanto attiene alle alte specialità o alle specialità che fanno riferimento a centri regionali o sovra regionali (Centro ustioni, Centro trapianti, Unità spinali, Cardiochirurgia, Neurochirurgia).

La struttura sede di DEA di II Livello serve un bacino di utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti, con numero di accessi annui appropriati superiore a 70.000, ricovero oppure trasferimento urgente al DEA di livello superiore di cura, in continuità di assistenza, secondo protocolli concordati per patologia (es. reti assistenziali ad alta complessità).

- **Presidio ospedaliero in zona particolarmente disagiata:** è possibile attivare presidi ospedalieri di base per zone particolarmente disagiate, distanti più di 90 minuti dai centri hub o spoke di riferimento (o 60 minuti dai presidi di pronto soccorso), superando i tempi previsti per un servizio di emergenza efficace, per garantire il tempestivo accesso alle cure urgenti anche in condizioni oro-geografiche svantaggiate.”<sup>31</sup>

Dopo avere sviluppato l’analisi della rete dell’emergenza e urgenza nazionale si concentrerà ora l’attenzione sulla rete emergenza-urgenza e Pronto Soccorso del Veneto.

## **2.3 La Rete Emergenza-Urgenza e Pronto Soccorso nella Regione del Veneto.**

### ***2.3.1 Il Servizio di Urgenza ed Emergenza Medica (SUEM 118) nella Regione del Veneto.***

Il Servizio di Urgenza ed Emergenza Medica (SUEM 118) è la rete del soccorso sanitario che gestisce le situazioni di emergenza e urgenza extraospedaliera nella Regione del Veneto, mediante l’invio dei mezzi di soccorso più idonei in relazione alla chiamata ricevuta al numero nazionale 118.

Il SUEM 118 Veneto è il sistema regionale dedicato all’emergenza ed urgenza sia a livello ordinario sia livello di maxiemergenze e partecipa anche alla gestione di grandi eventi.

L’organizzazione del SUEM 118 Veneto è così sintetizzabile:

- 7 Centrali Operative provinciali che possono essere così riassunte:
  - Centrale Operativa Provinciale di Venezia/Mestre, sede regionale per il coordinamento delle Grandi Emergenze;
  - Centrale Operativa di Padova;
  - Centrale Operativa di Rovigo;
  - Centrale Operativa di Verona;
  - Centrale Operativa di Vicenza;
  - Centrale Operativa di Treviso;
  - Centrale Operativa di Belluno/Pieve di Cadore;

---

<sup>31</sup>Ministero della Salute (2019).

- 4 Basi di Elisoccorso, dislocate nelle province di Verona (dal 1988), Belluno (dal 1989), Treviso (1991) e Padova (dal 2000);
- 126 Basi di ambulanza (Punti SUEM 118), dislocate su discrezione della Centrale Operativa Provinciale di competenza e si tratta di postazioni dalle quali partono i mezzi di soccorso in risposta alle chiamate di soccorso pervenute alla centrale operativa provinciale.

La dislocazione di tali Punti SUEM è di fondamentale importanza nella catena del soccorso sanitario extraospedaliero; infatti, una corretta individuazione territoriale permette di ridurre drasticamente i tempi di intervento se i mezzi a disposizione stazionassero in ospedale.

- 45 ambulanze medicalizzate (con presenza del medico h24 a bordo e formato ai sensi del Dgrv. 870/2022);
- 120 ambulanze infermierizzate (con presenza dell'infermiere specializzato in emergenza e urgenza ai sensi del Dgrv. 870/2022);
- 80 ambulanze di base (con presenza di personale volontario adeguatamente formato ai sensi del Dgrv. 870/2022) e appartenenti ad enti accreditati allo svolgimento del Servizio SUEM 118 per conto della Centrale Operativa Provinciale di riferimento.

È importante analizzare le diverse tipologie di mezzi che sono a disposizione del SUEM 118. Esse si distinguono in:

- **“ALS – Advanced Life Support – Supporto Avanzato alle Funzioni Vitali con Medico**

I mezzi di soccorso avanzato sono ambulanze attrezzate per il supporto vitale, di base ed avanzato: l'equipaggio è costituito da un autista soccorritore, da un infermiere con preparazione specifica e da un Medico con preparazione specifica alla medicina di urgenza.

La eventuale presenza del Medico nelle ambulanze dislocate nei punti di primo intervento, è stabilita dalla programmazione regionale in base alla tipologia di richiesta di soccorso pervenuta.

- **ALS – Advanced Life Support – Supporto Avanzato alle Funzioni Vitali con Infermiere**

I mezzi di soccorso avanzato sono ambulanze attrezzate per il supporto vitale, di base ed avanzato: l'equipaggio è costituito da un autista soccorritore e da un infermiere con preparazione specifica.

- **BLS – Basic Life Support – Supporto di Base alle Funzioni Vitali**

I mezzi di soccorso di base sono ambulanze attrezzate per il supporto vitale di base: l'equipaggio è costituito da un autista soccorritore e da due soccorritori, anche volontari, con preparazione idonea ad operare nel sistema dell'emergenza e di cui uno almeno con abilitazione alla defibrillazione precoce.

- **CMR – Centro Mobile di Rianimazione**

Il Centro Mobile di Rianimazione è attrezzato come un mezzo ALS con Medico, ma il Medico di bordo è uno specialista in Anestesia e Rianimazione.

- **Automedica**

L'automedica è attrezzata per il supporto vitale avanzato: l'equipaggio è costituito da un autista soccorritore, un infermiere ed un Medico anestesista rianimatore o con preparazione specifica alla medicina d'urgenza. Viene impiegata in supporto ai mezzi ALS o BLS. Il mezzo non può trasportare il paziente.

- **Eliambulanza**

La dotazione di personale sanitario è composta da un anestesista rianimatore e da un infermiere con esperienza e formazione specifiche per l'elisoccorso.

Se l'eliambulanza è dotata di verricello, per il recupero di pazienti in condizioni ambientali ostili, a bordo vi è la presenza di un tecnico e/o di una guida alpina.

- **Taxi sanitario**

Ambulanza attrezzata per il supporto vitale di base ed adibita al solo trasporto non urgente (trasferimenti interospedalieri di pazienti non critici, trasporti per visite, dimissioni a domicilio).

L'equipaggio è costituito da un autista soccorritore e da un Operatore Socio-Sanitario o da personale volontario che ha seguito un percorso formativo secondo gli standard regionali.

Tali ambulanze possono essere usate per soccorso solo in caso di eventi di forza maggiore o maxiemergenze.”<sup>32</sup>

---

<sup>32</sup> Ulss 8 Berica (2024).

La Centrale Operativa Provinciale SUEM 118, si occupa di:

- gestione dell'emergenza ed urgenza preospedaliera;
- gestire i posti letto dei DEA di I° e II° Livello in modo da poter centralizzare il paziente nell'ospedale più idoneo per la patologia che viene riscontrata nel trattamento extraospedaliero;
- gestione di incidenti maggiori (maxiemergenze) che avvengono nel territorio di competenza;
- attività di formazione;
- gestione della rete di dislocazione dei punti DAE;
- redazione di protocolli di intervento con un collegamento tra trattamento preospedaliero e ospedaliero (es. Protocolli STROKE (emergenze neurologiche), STEMI (emergenze cardiologiche), per la gestione delle MAXIEMERGENZE e per il trattamento del TRAUMA sul territorio ecc.);
- gestione e coordinamento del Servizio STEN (Servizio Trasporto Emergenza Neonatale) che può essere svolto direttamente dal SUEM 118 o come accade nella Provincia di Padova viene svolto da un Ente di volontariato accreditato.
- gestione del trasporto organi e del trasporto del ricevente del trapianto nel caso provenga da fuori regione;
- trasporto sangue in emergenza;
- autorizzazione ed accreditamento dei mezzi che operano sul territorio in collaborazione con il SUEM 118 provinciale;
- trasporto interospedaliero critico e non critico;
- gestione dell'emergenza ospedaliera;
- trasporto sanitario ordinario;
- emergenza veterinaria.

Il SUEM del Veneto è un sistema che unisce in maniera integrale tutte le centrali operative della Regione Veneto e vengono coordinate dal Direttore Regionale del SUEM 118 Veneto.

Ogni Centrale Operativa ha un organigramma formato da un Direttore di Centrale Operativa, da un Coordinatore Infermieristico, da medici e da un numero di infermieri altamente qualificati e professionalmente preparati nella gestione delle chiamate.

Il SUEM 118 Veneto è una struttura ben organizzata che può contare sulla collaborazione tra il pubblico, il privato e il terzo settore. In particolare, esso si appoggia attualmente su:

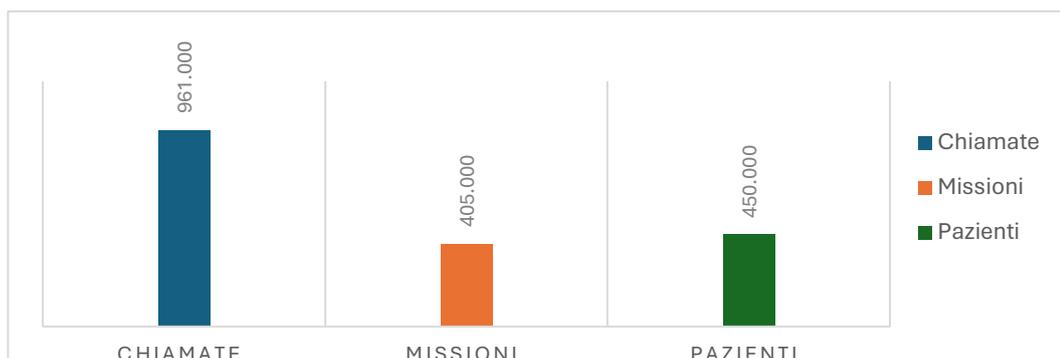
- 64 associazioni di volontariato presenti in tutto il territorio regionale;
- 2 Ipab (P.O. Croce Verde Padova e P.A.V. Croce Verde Verona);

- 25 Stazioni del Soccorso Alpino (CNSAS);
- 13 Cooperative;
- 7 imprese;
- 1 impresa di aviazione che gestisce in tutta la regione il servizio di elisoccorso.

Le seguenti Figure 2.1 e 2.2 sintetizzano alcuni dati di attività del SUEM 118 Veneto nell'anno 2021.

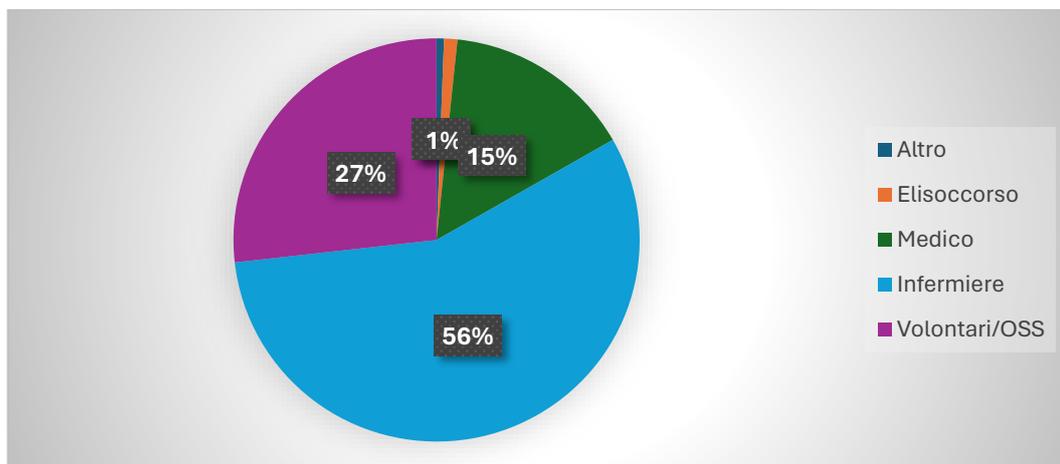
Nel 2021 il SUEM 118 Veneto ha gestito in tutte le 7 centrali operative 961.000 chiamate, a fronte di 405.000 missioni per un totale di 450.000 pazienti assistiti.

**Figura 2.1 Attività del SUEM 118 Veneto nel 2021**



Fonte: <https://www.youtube.com/watch?v=3QQbnlScNM>

**Figura 2.2 Livelli di Assistenza negli Interventi del SUEM 118 Veneto nel 2021**



Fonte: <https://www.youtube.com/watch?v=3QQbnlScNM>

Come è possibile vedere nella figura 2.2, il livello di assistenza negli interventi Il SUEM 118 che ha visto il maggiore utilizzo è stato quello infermieristico con il 56%, seguito da quello volontario/OSS al 27%, questo dimostra quanto sia importante il ruolo dei volontari soccorritori in supporto al personale del SUEM 118.

### ***2.3.2 L'esempio della Centrale Operativa SUEM 118 di Padova.***

La Centrale Operativa del SUEM 118 di Padova fu attivata il 19 Ottobre 1996 all'interno dell'Ospedale Sant'Antonio, ed oggi è ubicata all'interno dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Padova.

Prima del 1996 i cittadini padovani che necessitavano di un intervento di soccorso sanitario avevano una molteplicità di numeri da chiamare e le ambulanze che intervenivano potevano essere quelle degli Ospedali, delle Associazioni di Volontariato dislocate nel territorio però il problema che si evidenziò era una mancanza di coordinamento.

Durante questo periodo l'intervento con personale medico/ infermieristico era occasionale e quindi non si adempiva pienamente all'odierna filosofia del SUEM, ovvero portare l'ospedale al paziente.

Nel 1987 ci fu una convenzione tra l'ormai ex ULSS 21 e la P.O. Croce Verde Padova che prevedeva l'attivazione del SUEM sperimentale e la presenza di un medico specializzato in anestesia e rianimazione a bordo delle ambulanze della sopracitata organizzazione di volontariato, questo durò fino alla nascita del SUEM 118 di Padova.

Dal 1996 ad oggi, la Centrale Operativa SUEM 118 di Padova riceve e gestisce centinaia di chiamate di soccorso tutti i giorni ed è organizzata in maniera peculiare al fine di offrire un servizio efficiente ed efficace.

L'organizzazione della Centrale Operativa del SUEM 118 di Padova è così composta:

- 1 Direttore di Centrale Operativa;
- 1 Coordinatore Infermieristico;
- 9 Medici specializzati in Anestesia e Rianimazione o Medicina d'Urgenza;
- 27 infermieri;
- a turno collaborano anche medici del Pronto Soccorso e del reparto di Terapia Intensiva dell'Ospedale Civile di Padova, in modo da creare una sinergia tra assistenza ospedaliera ed extraospedaliera.

Il personale medico ed infermieristico ruota a turno tra le automediche, l'elisoccorso e la centrale operativa.

Il SUEM 118 di Padova collabora giornalmente con molteplici enti indicati nella successiva Tabella 2.2 e ha creato con loro una forte sinergia diretta ad offrire il miglior trattamento pre-ospedaliero possibile.

Complessivamente, le dotazioni per tutta la provincia di Padova consistono attualmente in:

- 29 Ambulanze;

- 4 Automediche;
- 1 Elisoccorso.

La Figura 2.3 riporta una mappa riassuntiva delle Postazioni Territoriali del Sistema Territorio SUEM 118 per la Provincia di Padova.

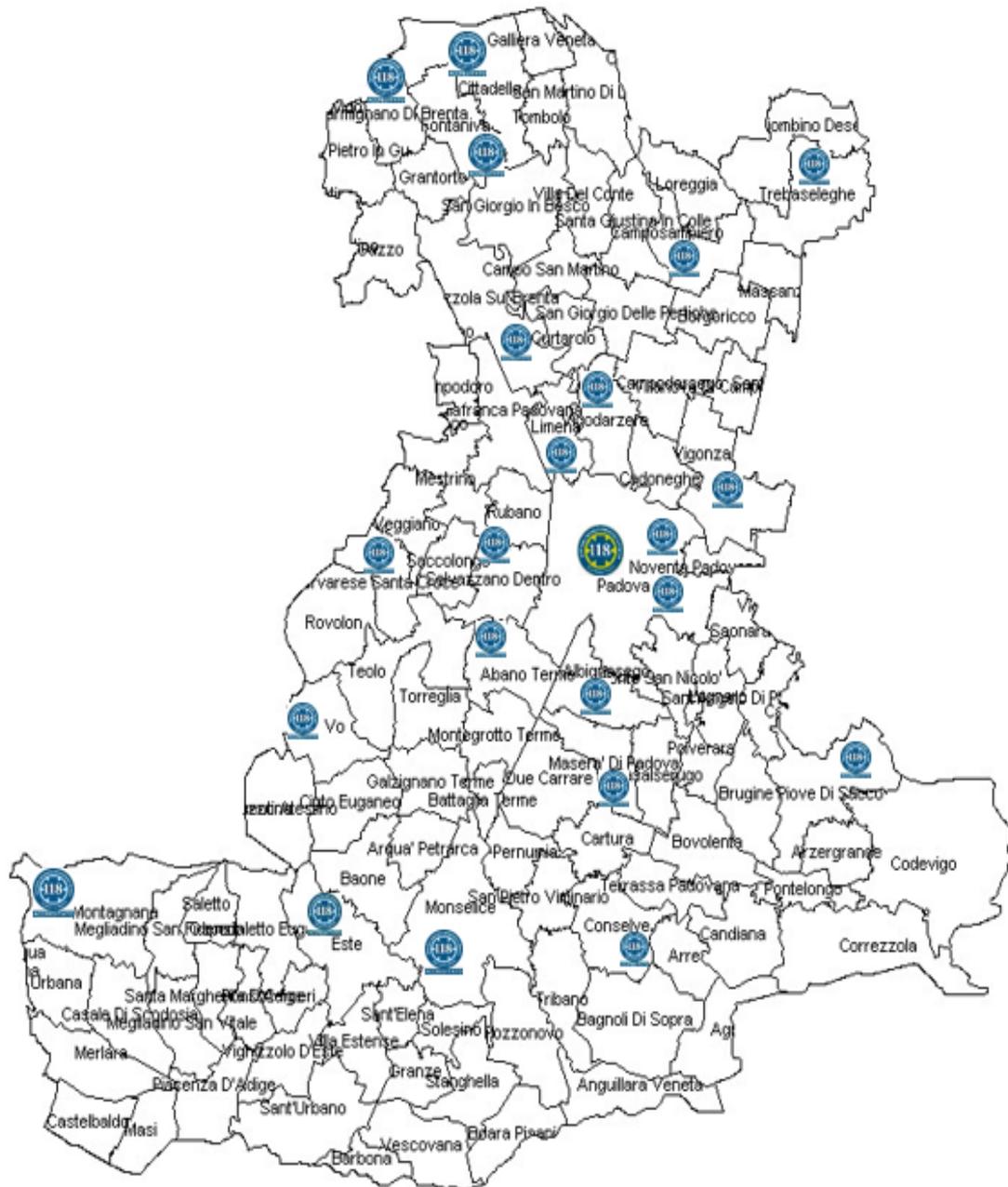
**Tabella 2.2 Sistema Territorio SUEM 118 di Padova**

Sistema Territorio SUEM 118 di Padova					
Bacino	Postazione	Tipologia	Operatività	Equipaggio	
Cittadella	PS Cittadella	1MSA INF	H. 24	Autista • Infermiere (Medicalizzabili con 1 Medico in caso di codice Rosso)	
		1MSA INF	H.12 (dalle ore 8 alle ore 20)		
	Postazione Piazzola sul Brenta	1MSA INF	H. 24	Autista • Infermiere	
	CRI Carmignano di Brenta	1MSB VOL	Da Lunedì a Venerdì Mattina dalle 20-6 (Stop 6 Venerdì) e dalle 20 di Domenica alle 6 di Lunedì	Volontari	
	SOS Alta Padovana post. Fontaniva	1MSB VOL	Dalle ore 20 di Giovedì alle ore 6 di Venerdì e dalle ore 20 di Venerdì alle ore 6 di Domenica	Volontari	
Camposampiero	PS Camposampiero	1MSA INF	H. 24	Autista • Infermiere (Medicalizzabili con 1 Medico in caso di codice Rosso)	
		1MSA INF	H. 24		
	Postazione Vigonza	1MSA INF	H. 24	Autista • Infermiere	
	CRI Vigodarzere	1MSB VOL	Da Lunedì a Giovedì dalle 20-24 e Dalle ore 20 di Venerdì alle ore 6 di Lunedì	Volontari	
	CRI Trebaseleghe	1MSB VOL	Dalle ore 20 di Giovedì alle ore 6 di Venerdì e dalle ore 13 di Sabato alle ore 7 di Domenica	Volontari	
Piove di Sacco	PS Piove di Sacco	1MSA INF	H. 24	Autista • Infermiere	
		1MSA INF		Autista • Infermiere	
		1VLY (ALS)		Infermiere • Medico	
Schiavonia	PS Schiavonia	1MSA INF	H. 24	Autista • Infermiere	
		1MSA INF		Autista • Infermiere	
		1MSA INF		Autista • Infermiere	
		1VLY (ALS)		Infermiere • Medico	
Conselve	Postazione Conselve	1MSA INF	H. 24	Autista • Infermiere	
Este	Postazione Este	1MSA INF	H. 14 (dalle 7 alle 21)	Autista • Infermiere	
	Postazione di Vò Euganeo	1MSA INF	Tutte le Notti dalle ore 20 alle ore 7 • Tutti i Festivi	Autista • Infermiere • Volontari	
Montagnana	Postazione Montagnana	1MSA INF	H. 24	Autista • Infermiere (+ 1 Medico in caso di attivazione in Codice Rosso)	
Abano	PS Abano	1MSA INF	H. 24	Autista • Infermiere	
		1MSA INF	H.12 (dalle ore 7 alle ore 20)	(Medicalizzabili con 1 Medico in caso di codice Rosso)	
Padova	Centrale Operativa SUEM 118 Padova	1VLY (ALS)	H. 24	Infermiere • Medico	
		1VLY (ALS)		Infermiere • Medico	
		1VLY (ALS)		Orario diurno in eventuale supporto	Infermiere • Medico
		1ELISOCORSO		Dalle ore 8 - Effemeridi	Equipaggio Aeronautico • (Infermiere e Medico della Centrale Operativa)
	Postazione Croce Verde Padova	1MSA INF	H.24	Autista • Infermiere • Volontari	
		1MSA INF		dalle ore 19 alle ore 7	Autista • Infermiere • Volontari
		1MSB VOL		dalle ore 7 alle ore 19	Volontari
		1MSA INF		H.12 (dalle ore 7 alle ore 19)	Autista • Infermiere
		1MSA INF		H.24	Autista • Infermiere
	Postazione Croce Verde Padova (Distaccoamento di Albignasego)	1MSA/B INF/VOL		Infermiere dalle ore 7-19 e Volontari dalle 19-24	Autista • Infermiere • Volontari
	Postazione Croce Verde Padova (Dist. Cervarese/ Tencarola)	1MSB VOL		dalle ore 7 alle ore 19 (sede di Cervarese) dalle ore 19 alle ore 24 (sede di Tencarola)	Volontari Volontari
	Postazione Croce Verde Padova (Dist. Limena)	1MSB VOL		Lunedì 13 -19, Martedì 7 -13, Venerdì 19-24; Sabato 7-13 e 19-24; Domenica 19-24	Volontari
	Postazione Croce Rossa Padova	1MSA INF	H. 24	Autista • Infermiere • Volontari	
	1MSB VOL	Volontari			
Postazione CRI Selvazzano	1MSA INF	H.24	Autista • Infermiere • Volontari		
Postazione CRI Maserà di Padova	1MSB VOL	Da Lunedì a Giovedì dalle 22-7 (Stop alle 7 di Venerdì) e dalle 22 di Venerdì alle 7 di Lunedì	Volontari		
Ambulanza per il trasferimento pazienti (gestite da P.O. Croce Verde Padova)	1MSA INF	H.24	MSA • Mezzi speciali e 1 infermiere di pronta partenza		
	(attivazione in 2 min)				
	1 AMB (attivazione in 30 min)				
	2 mezzi per i Trapianti (attivazione in 30 min)				
	1Culla Neonatale				

Fonte: U.O.C Centrale Operativa SUEM 118 di Padova.

*Figura 2.3 Mappa Postazioni Sistema Territorio SUEM 118 di Padova.*

**Sistema Territorio SUEM 118 Padova**



 U.O.C. Centrale Operativa SUEM 118 di Padova;

 Postazione Territoriale Sistema SUEM 118 Padova (dove il servizio può essere svolto da soggetti Accreditati);

Per quanto riguarda la Regione del Veneto con riferimento alla Provincia di Padova la suddivisione tra ospedali Hub e Spoke è la seguente:

Ospedale Hub:

- Azienda Ospedaliera Universitaria di Padova;

Ospedale Spoke:

- Ospedale Sant'Antonio;
- Ospedale di Piove di Sacco;
- Ospedale di Cittadella;
- Ospedale di Camposampiero;
- Ospedale di Schiavonia;
- Policlinico di Abano Terme;

### ***2.3.3 Situazione attuale e prospettive future dei servizi di Pronto Soccorso della Regione del Veneto alla luce del PNRR***

Nel corso del 2022, i servizi di Pronto Soccorso della Regione del Veneto hanno avuto un afflusso pari 1.778.817 accessi ripartiti in relazione ai codici di triage all'accesso come indicato nella Tabella 2.3.

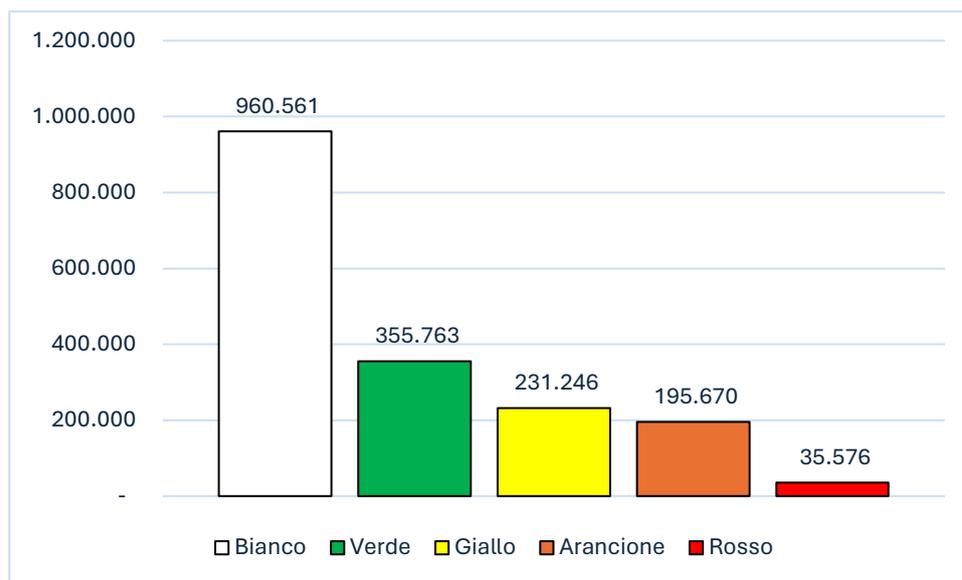
***Tabella 2.3 Accessi PS Veneto per Codici di Triage***

<b>Accessi PS Veneto 2022</b>		
Bianco	960.561	54%
Verde	355.763	20%
Giallo	231.246	13%
Arancione	195.670	11%
Rosso	35.576	2%
<b>Totale</b>	<b>1.778.817</b>	<b>100%</b>

*Fonte: Relazione Socio-Sanitaria della Regione del Veneto 2023*

La Figura 2.4 riporta la sintesi degli accessi suddivisi per codici di triage nel corso del 2022.

**Figura 2.4 Accessi ai PS del Veneto per codice di triage - 2022**



Fonte: Relazione Socio-Sanitaria della Regione del Veneto 2023

Come è possibile vedere sia nella Tabella 2.3 che nella Figura 2.4, nel corso del 2022 gli accessi maggiori sono stati per codice bianco pari a 960.561 (il 54% del totale) e maggiori rispetto all'anno 2021 dove sono stati registrati 804.986 accessi in codice bianco.

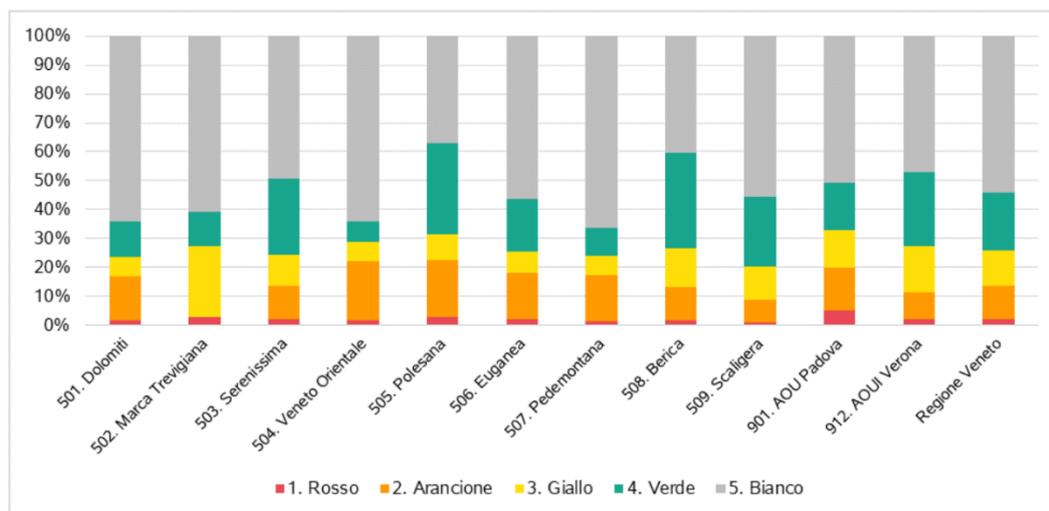
La Tabella 2.4 e la Figura 2.5 mostrano i diversi tipi di accesso al PS nel 2022 suddivisi per Azienda ULSS.

**Tabella 2.4 Accessi PS singole Aziende del Veneto del 2022 in%**

	1. Rosso	2. Arancione	3. Giallo	4. Verde	5. Bianco	Non indicato/non attivato/non eseguito	Totale
501. Dolomiti	1,6	15,3	6,6	11,8	63,6	1,0	100,0
502. Marca Trevigiana	2,9	0,0	24,5	11,9	60,6	0,0	100,0
503. Serenissima	2,0	11,6	10,6	26,3	48,7	0,8	100,0
504. Veneto Orientale	1,8	20,3	6,7	6,9	64,3	0,0	100,0
505. Polesana	3,0	19,4	9,0	31,6	36,8	0,2	100,0
506. Euganea	2,1	16,1	7,1	18,2	56,2	0,3	100,0
507. Pedemontana	1,4	15,8	6,8	9,7	66,2	0,0	100,0
508. Berica	1,7	11,4	13,5	33,2	40,2	0,0	100,0
509. Scaligera	1,0	7,8	11,6	23,8	55,6	0,2	100,0
901. AOU Padova	5,1	14,8	13,1	16,4	50,6	0,0	100,0
912. AOUI Verona	2,3	9,2	15,8	25,7	47,0	0,1	100,0
Regione Veneto	2,2	11,2	12,5	19,7	54,1	0,2	100,0

Fonte: Relazione Socio-Sanitaria della Regione del Veneto 2023

**Figura 2.5 Distribuzione degli Accessi dell'anno 2022 (in %) ai PS per le varie Aziende Ospedaliere e Ulss del Veneto**



Fonte: Relazione Socio-Sanitaria della Regione del Veneto 2023

Come è possibile desumere sia dalla Tabella 2.4, sia dalla figura 2.5, la maggior parte degli accessi ai PS Regionali (il 54%) avviene per codice bianco. Entrambe le illustrazioni grafiche mostrano che ad avere il maggior numero degli accessi per codice bianco, sia l'Ulss 7 Pedemontana, con un 66,2 % sul totale.

La prevalenza di accessi con codici bianchi segnala in qualche misura una potenziale inappropriatezza nel ricorso ai servizi di Pronto Soccorso legata in buona parte ad una mancata risposta da parte della medicina territoriale, problema presente da anni, ma che con la pandemia ha subito una maggiore accentuazione.

La carenza della risposta della medicina territoriale e quindi la mancanza di un vero e proprio "filtro" per gli accessi impropri, fa aumentare notevolmente la pressione sui reparti di Pronto Soccorso e sul SUEM 118.

È bene quindi porsi il quesito di come poter ridurre la pressione in primis sui Medici di Medicina Generale e in secondo luogo sul SUEM 118 e sui Pronto Soccorso.

La risposta offerta dal PNRR prevede sia il potenziamento della medicina territoriale, con la realizzazione delle Case di Comunità, che dell'assistenza sanitaria garantita da strutture intermedie quali gli Ospedali di Comunità, puntando allo stesso tempo a rendere più efficace l'attività dei medici di medicina generale (MMG) operanti sul territorio.

Grazie a questo intervento i MMG avranno maggiore tempo da destinare alle visite dei pazienti, riducendo così ove possibile gli accessi impropri ai PS.

Come vedremo dai risultati dell'indagine empirica condotta attraverso un questionario somministrato a medici e infermieri impiegati nei servizi di urgenza ed emergenza (si veda Capitolo 3), le Case di Comunità sono considerate dalla

maggior parte (quasi il 68%) dei rispondenti uno strumento per ridurre la pressione su Pronto Soccorso e SUEM 118.

Con la realizzazione delle CdC e il potenziamento dell'assistenza intermedia grazie agli Ospedali di Comunità, si renderebbe possibile ridurre significativamente gli accessi ai Pronto Soccorso per codici minori (bianchi e verdi).<sup>33</sup>

#### ***2.3.4 Il possibile rilancio della rete Emergenza-Urgenza del Veneto con il PNRR.***

La presenza del SUEM 118 nella Regione del Veneto è una articolazione del sistema 118 italiano. Si tratta di un servizio importantissimo, poiché permette di poter portare un ramo dell'ospedale al paziente e quindi di creare una sinergia tra il settore ospedaliero dell'emergenza e urgenza (Pronti Soccorso e DEA) e l'extraospedaliero (SUEM 118).

Questo obiettivo purtroppo è vacillato durante la pandemia, infatti tutti e tre gli enti hanno subito un incremento considerevole di lavoro.

L'esperienza della Pandemia da Sars Cov-2 ha permesso di capire quali siano i problemi del nostro SSN, ad esempio, la carenza di medici ed infermieri, la mancanza di posti letto nei reparti d'urgenza ed emergenza, l'elevato carico di lavoro per i MMG, l'elevata pressione sul sistema 118.

Infatti, il PNRR può essere utilizzato come uno strumento per rilanciare il nostro SSN.

Nel capitolo 3 verranno riportati i risultati di un'indagine statistica volta a rilevare il possibile impatto del PNRR SUEM 118, DEA e servizi di Pronto Soccorso.

---

<sup>33</sup> Nel corso di un'intervista con il Dott. Vito Cianci, Direttore del Pronto Soccorso Centrale dell'Azienda Ospedale Università di Padova, la possibile riduzione del numero di accessi con codice bianco e verde è stata stimata nell'ordine del 33%, partendo dalla considerazione che circa un terzo degli accessi al PS riguarderebbe prestazioni erogabili dai Medici di Medicina Generale. Quindi proiettando quanto appena detto si passerebbe dagli attuali 1.316.324 accessi in codice bianco e verde a 877.549, avendo una riduzione di 438.775 ingressi grazie all'attività delle CdC e degli Ospedali di comunità.



## **Capitolo 3**

# **Il PNRR per il rilancio della Rete di Emergenza-Urgenza e Pronto Soccorso nella Regione del Veneto: risultati di un'indagine empirica**

### **3.1 Premessa: il PNRR per il rilancio della rete dei servizi di emergenza e urgenza.**

Il Pronto Soccorso, il 118 e i reparti della medicina d'urgenza sono la vera prima linea del nostro SSN e quindi vanno salvaguardati, tutelati e potenziati. Durante il periodo pandemico, si è capita l'importanza di poter contare su un sistema 118 efficiente, sicuro e rapido nella risposta alle emergenze.

Purtroppo, però la pandemia ha fatto anche affiorare una serie di problemi che continuano anche oggi ad affliggere il Servizio SUEM 118 e questi sono:

- un elevato numero di chiamate per codici minori, dovuti alla mancanza di una risposta alle esigenze dei cittadini da parte della medicina territoriale;
- molte chiamate improprie al numero 118;
- l'utilizzo dei mezzi del 118 come se fossero un "taxi";
- elevato numero di chiamate da parte di strutture sanitarie di degenza per la mancanza di un'assistenza intermedia per i pazienti affetti da patologie croniche;
- aumento delle aggressioni al personale impiegato nei servizi 118.

Inoltre, la pandemia ha dato maggiore amplificazione ai problemi che da anni affliggono i nostri PS, alcuni di questi sono:

- elevato numero di accessi impropri dovuto ad una mancanza di risposta da parte della medicina territoriale;
- elevato numero di aggressioni al personale sanitario;
- elevata mancanza di posti letto in PS e in altri reparti ospedalieri;
- elevata carenza di personale medico (per alcune figure e in particolare con riferimento all'area dell'emergenza e urgenza), collegato a questo, sempre meno medici scelgono la specializzazione per poter lavorare all'interno dei PS;
- elevata presenza dei medici "a gettone" nei reparti di Pronto Soccorso delle strutture pubbliche;

- basso livello delle remunerazioni per il personale medico, infermieristico e assistenziale soprattutto per il personale impiegato nei servizi di emergenza e urgenza;

- mancanza di strumentazione adeguata.

Come si è visto nel Capitolo 1, il PNRR mette a disposizione una serie di interventi, contenuti nella Missione 6 “Salute” diretti a rilanciare il settore dell’urgenza ed emergenza sia per il SUEM 118 che per i Pronto Soccorso. Alcune delle problematiche sopra elencate potrebbero quindi trovare una soluzione, quanto meno parziale, con le risorse messe in campo dal PNRR.

In particolare, la Componente 1 della Missione 6 punta al potenziamento della sanità territoriale, prevedendo alcuni interventi (in particolare, le Case della Comunità e le strutture intermedia quali gli ospedali di comunità) che potrebbero allentare la pressione sui servizi di urgenza ed emergenza, aumentando allo stesso tempo il livello di appropriatezza degli accessi al Pronto Soccorso.

Inoltre, partendo dal problema della mancanza di una strumentazione adeguata, il PNRR interviene con la Componente 2 della Missione 6, prevedendo l’acquisto di nuove tecnologie da impiegare nel settore ospedaliero, in particolare nei servizi di Pronto Soccorso, come ad esempio TAC, Ecografi e altri elettromedicali di ultima generazione. Inoltre, il PNRR interviene anche per potenziare la separazione dei percorsi all’interno dei Pronto Soccorso, in modo da garantire le cure migliori ai pazienti in relazione della loro situazione all’accesso al Triage.

È bene però porsi preliminarmente un quesito: “Il PNRR può essere uno strumento di rilancio del settore ospedaliero ed extra-ospedaliero dell’emergenza/urgenza”?

Per rispondere a questa domanda, è stato predisposto un questionario anonimo per raccogliere informazioni, dati e opinioni direttamente dal personale medico ed infermieristico operante presso le Centrali Operative SUEM 118 e i reparti di Pronto Soccorso presenti nel territorio della Regione del Veneto.

### **3.2 Metodologia dell’indagine empirica.**

L’indagine conoscitiva è stata svolta nel periodo aprile-maggio 2024 sulla base di un questionario strutturato contenente 12 quesiti con risposta multipla che viene riportano nell’Appendice del presente capitolo.

In particolare, l’obiettivo del questionario era quello di ottenere direttamente un parere da parte dei professionisti sanitari impegnati nei servizi di emergenza e urgenza (SUEM 118 e Pronti Soccorso).

Il questionario come precedentemente detto era composto da 12 quesiti divisi in 5 sezioni:

- Sezione 1 (Quesito 1 e 2): Il PNRR come strumento di rilancio del settore ospedaliero ed extraospedaliero dell'emergenza/urgenza;
- Sezione 2 (Quesito 3): il ruolo delle Case della Comunità come strumento di riduzione della pressione su ospedali e SUEM 118;
- Sezione 3(Quesiti 4-5-6-7-8): impatto del PNRR come strumento di rilancio sul SSN, in particolare dei servizi di urgenza ed emergenza;
- Sezione 4 (Quesiti 9-10): dove reperire le risorse per rilanciare il nostro SSN;
- Sezione 5 (Quesiti 11-12): individuazione delle criticità dei servizi di Pronto Soccorso e possibili interventi per il superamento delle stesse.

La struttura prevedeva una connessione logica tra i vari quesiti (come si può vedere nell'appendice del presente capitolo), ad ogni domanda che evidenziava una criticità la successiva dava la risposta alla precedente (si veda come esempio le domande 11 e 12).

Il questionario è stato reso disponibile sulla piattaforma "Google Moduli" accedendo mediante Google ad uno specifico link. A ciascun rispondente veniva richiesta l'autenticazione, metodo utilizzato dal programma "Google Moduli" per mantenere l'anonimato del rispondente e per fare in modo che ciascuno potesse rispondere solamente una volta al questionario.

Sono stati contattati i responsabili di alcune Centrali Operative SUEM 118 e terapie intensive e di alcuni reparti di Pronto Soccorso presenti nel territorio della Regione del Veneto chiedendo loro di rendere accessibile il questionario al personale medico e infermieristico operante all'interno dei servizi da loro diretti.

In particolare, è stata contattata la seguente Centrale Operative SUEM 118:

- Rovigo;

Inoltre, sono stati contattati i servizi di Pronto Soccorso dei seguenti ospedali:

- Azienda Ospedaliera Universitaria di Padova;
- Rovigo-Trecenta;
- Schiavonia;
- Piove di Sacco;
- Cittadella;
- Camposampiero;
- Montebelluna;
- Noventa Vicentina;
- Oderzo;
- Ca' Foncello di Treviso;
- Castelfranco Veneto.

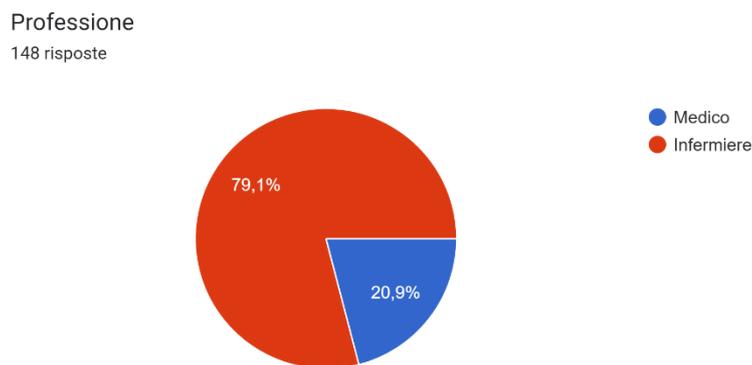
Complessivamente, il questionario è risultato accessibile a 525 professionisti sanitari: 128 medici e 397 infermieri.

### 3.3 Risultati dell'indagine empirica.

Il questionario è stato compilato da 148 professionisti sanitari (tasso di risposta del 28 %): 31 medici (tasso di risposta del 24%) e 117 infermieri (tasso di risposta del 29,5%).

La Figura 3.1 riporta la composizione percentuale dei 148 rispondenti: per il 20,9% medici e per il 79,1% infermieri.

*Figura 3.1 Composizione professionale dei rispondenti al questionario*



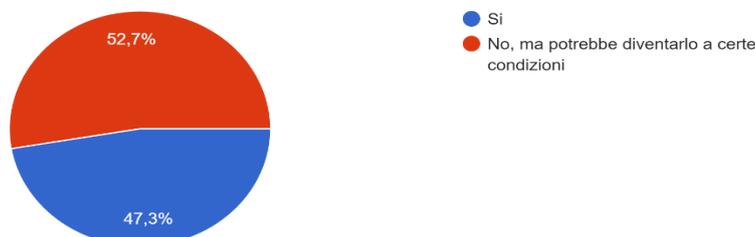
Di seguito si riportano le principali statistiche descrittive elaborate sulla base delle risposte ottenute ai singoli quesiti.

Come è possibile vedere nella figura 3.2, la maggior parte dei rispondenti (il 52,7%) ritiene che il PNRR possa rappresentare uno strumento per rilanciare il settore dell'emergenza e urgenza solo a determinate condizioni.

**Figura 3.2 Giudizio generale sugli effetti del PNRR sul settore dell’Emergenza-Urgenza**

1. Ritiene il PNRR uno strumento di rilancio del settore ospedaliero ed extraospedaliero dell'emergenza/urgenza?

148 risposte



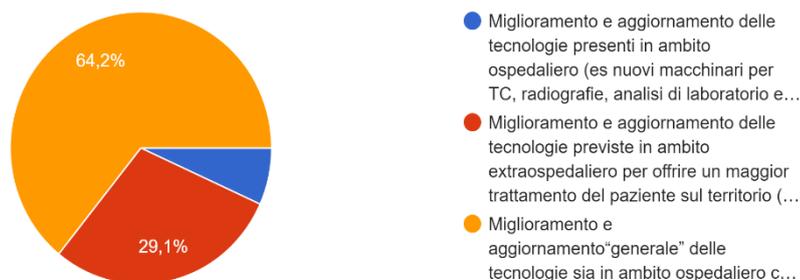
Si ritiene che il PNRR possa essere uno strumento di rilancio del settore ospedaliero ed extra-ospedaliero dell'emergenza e urgenza se gli interventi in programma vengono realizzati concentrando le risorse a risolvere le attuali criticità (Figura 3.3).

In particolare la condizione ritenuta rilevante dalla maggior parte dei rispondenti per far diventare il PNRR un valido strumento di rilancio è individuata nel “miglioramento e aggiornamento generale delle tecnologie sia in ambito ospedaliero che extra-ospedaliero” (64,2% delle risposte), prevedendo quindi un di non circoscrivere gli investimenti del PNRR per il rinnovamento delle apparecchiature tecnologiche solo ai servizi di urgenza ed emergenza ospedalieri o solo a quelli extra-ospedalieri.

**Figura 3.3 Condizioni perché il PNRR possa rilanciare il settore dell’Emergenza-Urgenza**

2. Secondo lei, come il PNRR può essere utilizzato per rilanciare il settore ospedaliero ed extraospedaliero dell'emergenza/urgenza?

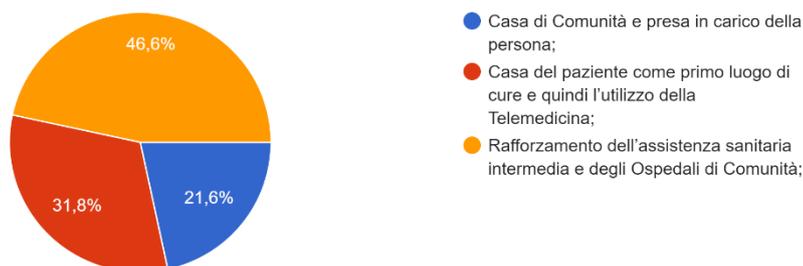
148 risposte



Secondo il 46,6% dei rispondenti il rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e l'attivazione degli ospedali di comunità previsti all'interno della Missione 6, Componente 1 del PNRR, potranno essere decisivi per ridurre l'attuale pressione su ospedali e SUEM 118 (Figura 3.4)

**Figura 3.4 Interventi della Missione 6.1 del PNRR per ridurre la pressione su ospedali e SUEM 118**

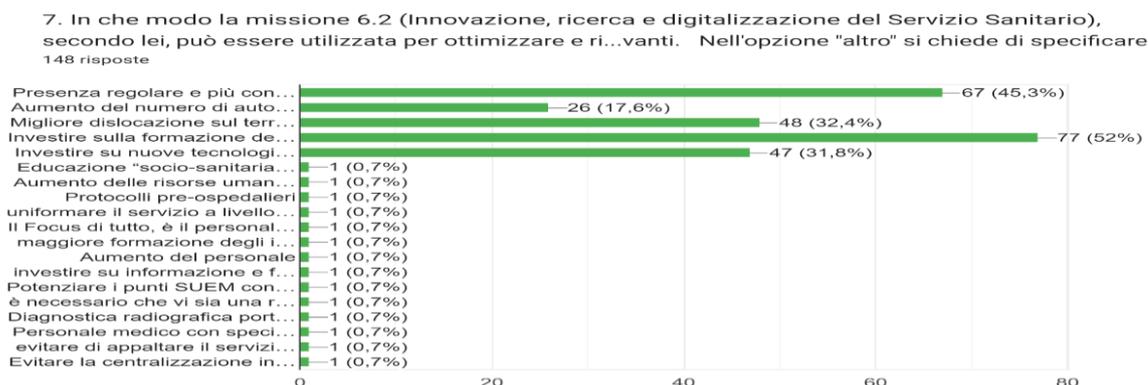
5. Secondo lei, quale degli interventi previsti dalla missione 6.1 (Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale...io, per ridurre la pressione su ospedali e SUEM 118?  
148 risposte



Come si osserva dalla Figura 3.5, gli interventi attivabili all'interno della Missione 6.2 del PNRR ritenuti più importanti sono rappresentati da:

- investire nella formazione del personale sanitario e tecnico (soccorritori e autisti-soccorritori) impegnato nel servizio SUEM 118 per offrire il più efficiente e sicuro trattamento pre-ospedaliero possibile (52% dei rispondenti);
- presenza regolare e più consistente del personale infermieristico a bordo delle ambulanze dei volontari (45,3% dei rispondenti);
- migliore dislocazione sul territorio dei "Punti SUEM 118", in modo da coprire maggior territorio e ridurre i tempi di risposta (32,4% dei rispondenti).

**Figura 3.5 Interventi della Missione 6.2 del PNRR per migliorare il funzionamento del SUEM 118<sup>34</sup>**



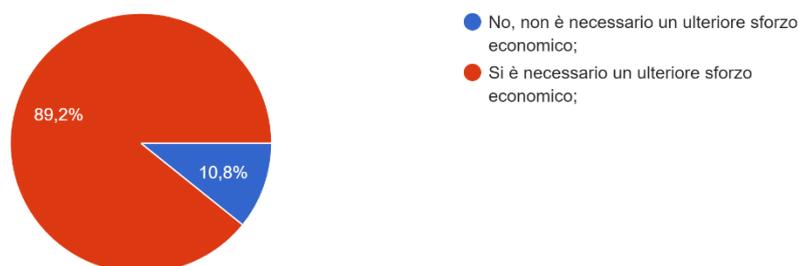
<sup>34</sup> Per una più chiara comprensione del grafico si propongono di seguito tutte le risposte (nello stesso ordine in cui sono indicate nella Figura 3.2).

- Presenza regolare e più consistente del personale infermieristico a bordo delle ambulanze dei volontari per offrire un trattamento pre-ospedaliero più efficiente possibile;
- Aumento del numero di automediche e ambulanze dislocate sul territorio;
- Migliore dislocazione sul territorio dei "Punti SUEM 118", in modo da coprire maggior territorio e ridurre i tempi di risposta;
- Investire sulla formazione del personale sanitario e tecnico (soccorritori e autisti-soccorritori), impegnati nel servizio SUEM 118 per offrire il più efficiente e sicuro trattamento pre-ospedaliero possibile;
- Investire su nuove tecnologie a bordo dei mezzi SUEM 118 (ad esempio ecografi, kit diagnostici portatili, monitor di ultima generazione ecc.);
- Educazione "socio-sanitaria" del paziente e una maggiore rete di professionisti sanitari extra ospedalieri non legati all'emergenza/urgenza;
- Aumento delle risorse umane ovvero delle dotazioni di personale medico, infermieristico e assistenziale.
- Protocolli pre-ospedalieri;
- uniformare il servizio a livello regionale, creando un gruppo SUEM regionale, basta a volontari e a partite IVA, FORMAZIONE per tutti e team pensati e dedicati al territorio che si copre, 3 figure in ambulanza autista infermiere e oss, automedica guidata da infermieri;
- Il Focus di tutto, è il personale! Inteso come organico di un reparto che scarseggia sempre di più, nonostante la buona formazione! Chiamati a coprire turni per garantire indubbiamente il servizio pubblico peccando sicuramente di qualità in senso olistico, riguardando pazienti e operatori con il rischio di non essere troppo lucidi e di incorrere in errori!
- maggiore formazione degli infermieri presenti nelle ambulanze con una maggiore autonomia tramite protocolli condivisi;
- Potenziare i punti SUEM con personale formato (infermiere e autista) con mezzi Ulss5 (nel nostro caso) con la migliore tecnologia disponibile;
- è necessario che vi sia una risposta/presa in carico del paziente sul territorio prima della richiesta del 118;
- Diagnostica radiografica portatile soprattutto per le case di riposo;
- Personale medico con specializzazione adeguata sui mezzi di soccorso;
- evitare di appaltare il servizio SUEM 118, per garantire una continuità e un miglior servizio extraospedaliero;
- Evitare la centralizzazione inutile nei PS HUB.

La maggior parte dei rispondenti (oltre l'89%) ritiene che, oltre alle risorse per la sanità stanziate dal PNRR (15,63 miliardi di Euro), saranno necessarie altre risorse per affrontare questioni rilevanti per il SSN e che appaiono comunque essenziali per la realizzazione dello stesso Piano quali la copertura delle spese di funzionamento delle infrastrutture sanitarie avviate con il PNRR e l'adeguamento delle remunerazioni del personale sanitario (Figura 3.6).

**Figura 3.6** *Necessità di ulteriori risorse, oltre a quelle del PNRR, per rilanciare il SSN*<sup>35</sup>

9. Secondo lei oltre al PNRR, che ha stanziato per la sanità 15,6 miliardi, è necessario un ulteriore sforzo economico per assolvere tutte le questioni "tra...gli operatori sanitari, ridurre i tempi di attesa)?  
148 risposte

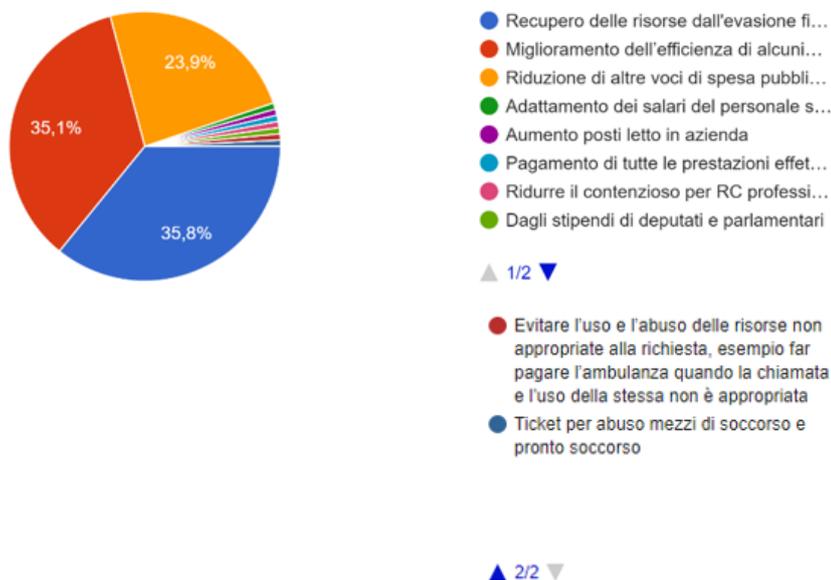


Come evidenziato nella Figura 3.7, secondo i rispondenti, tali risorse dovrebbero provenire principalmente: dai fondi recuperati grazie alla riduzione dell'evasione fiscale (35,8% dei rispondenti), dai recuperi di efficienza di alcuni servizi del SSN (35,1% dei rispondenti) e dalla revisione della spesa pubblica (23,9%).

<sup>35</sup> Interventi per cui non è previsto uno specifico finanziamento ma che sono essenziali per la piena implementazione del PNRR sono, ad esempio: aumentare il personale medico/infermieristico; aumentare e migliorare gli accessi alle Scuole di Medicina; ampliare i posti delle scuole di specializzazione; aumentare i salari degli operatori sanitari; ridurre i tempi di attesa per le prestazioni sanitarie.

**Figura 3.7 Dove reperire ulteriori risorse finanziarie per l'implementazione del PNRR e il rilancio del SSN<sup>36</sup>**

10. Solo per coloro che hanno risposto SI alla domanda precedente. Dove potrebbero essere reperite ulteriori risorse economiche per le questioni...vante Nell'opzione "altro" si chiede di specificare  
134 risposte



Ci si concentrerà ora sul fenomeno esploso dopo la pandemia dei cosiddetti “medici a gettone”. Le proposte per risolverlo, emerse dall’indagine empirica, sono le seguenti:

- investire nella formazione dei nuovi medici;
- aumento dei posti nelle facoltà di medicina;
- aumento salariale per tutta la categoria;
- assunzione di nuovi professionisti sanitari;
- non concedere più appalti alle cooperative che gestiscono i medici a gettone.

<sup>36</sup> Per una maggiore comprensione delle risposte si procede all’elencazione in ordine di maggiore preferenza (dalla numero 4 sono state inserite dai partecipanti utilizzando la voce “Altro”):

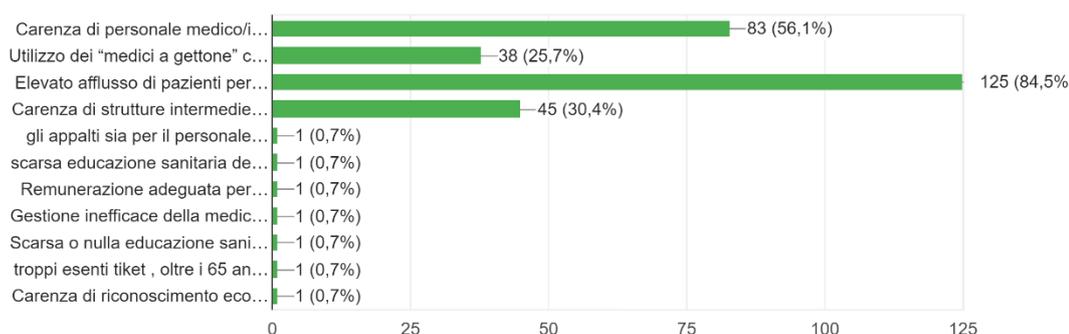
- 1) Recupero delle risorse dall'evasione fiscale; (35,8%)
- 2) Miglioramento dell’efficienza di alcuni servizi del SSN; (35,1%)
- 3) Riduzione di altre voci di spesa pubblica; (23,9%)
- 4) Ridurre il contenzioso per RC professionale; (0,7%)
- 5) Dagli stipendi di deputati e parlamentari; (0,7%)
- 6) Evitare l’uso e l’abuso delle risorse non appropriate alla richiesta, esempio far pagare l’ambulanza quando la chiamata e l’uso della stessa non è appropriata; (0,7%)
- 7) Ticket per abuso mezzi di soccorso e pronto soccorso; (0,7%)

Proseguendo nell'esame di quali siano i problemi principali che affliggono maggiormente i servizi di Pronto Soccorso, come è possibile vedere dalla figura 3.8, la criticità maggiore è individuata dai rispondenti nell'elevato afflusso di pazienti per codici minori a causa di un malfunzionamento della medicina territoriale che è dovuto all'elevato carico di lavoro per i MMG (84, 5% dei rispondenti).

**Figura 3.8 I principali problemi dei Pronto Soccorso<sup>37</sup>**

11. Quali sono, secondo lei, i problemi principali che caratterizzano il Pronto soccorso? Indicare solo le 2 opzioni che ritiene più rilevanti. Nell'opzione "altro" si chiede di specificare

148 risposte



L'utilizzo inappropriato dei servizi di Pronto Soccorso deriva dal fatto che talora i cittadini ricorrono a tali servizi per accedere prima a determinate prestazioni sanitarie (es. TAC, risonanze, analisi del sangue ecc.) in presenza di lunghi tempi d'attesa per le prestazioni pubbliche. Questo problema è risolvibile, oltre che riducendo i tempi di attesa, potenziando le strutture intermedie e la medicina territoriale ma anche investendo nell'educazione sanitaria della popolazione.

Il campione analizzato (si veda figura 3.9) suggerisce che per il superamento delle criticità che affliggono quotidianamente i nostri Pronto Soccorso, si dovrebbe

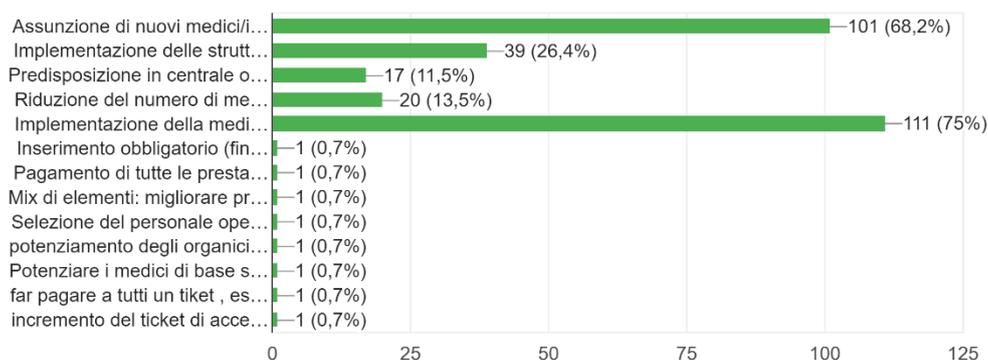
<sup>37</sup> Per una più chiara comprensione della figura 3.8 si riporta l'articolazione delle risposte con le rispettive frequenze:

- Carenza di personale medico/infermieristico; (56,1%)
- Utilizzo dei "medici a gettone" con conseguenze sui pazienti; (25,7%)
- Elevato afflusso di pazienti per codici minori a causa di un malfunzionamento della medicina territoriale (dovuto all'elevato carico di lavoro per i MMG); (84,5%)
- Carenza di strutture intermedie tra casa del paziente e pronto soccorso; (30,4%)
- gli appalti sia per il personale medico che per quello infermieristico, slegano il team; (0,7%)
- scarsa educazione sanitaria della popolazione; (0,7%)
- Remunerazione adeguata per quello che si svolge e i rischi che si corrono! Rischi tutti! (Sanitari, ambientali, logistici ecc.); (0,7%)
- Gestione inefficace della medicina territoriale e mancanza di educazione civica e sanitaria per l'accesso ai servizi di cura; (0,7%)
- Scarsa o nulla educazione sanitaria e alla salute del cittadino; (0,7%)
- troppi esenti ticket , oltre i 65 anni non paga nessuno e sono sempre in ps; (0,7%)
- Carenza di riconoscimento economico specifico soprattutto medici di ruolo, con conseguente possibilità di scegliere il medico migliore, e non assumere per coprire il posto;(0,7%)

investire maggiormente nell'implementazione della medicina territoriale come "prima linea", per ridurre l'afflusso di pazienti con codici minori (75% dei rispondenti), seguito però dalla necessità di effettuare l'assunzione di nuovi medici/infermieri con aumento salariale per tutta la categoria (68,2% dei rispondenti).

**Figura 3.9 Strategie per il superamento delle criticità dei PS<sup>38</sup>**

12. Quali sono, secondo lei, gli strumenti e interventi per il superamento delle criticità del pronto soccorso? Indicare solo le 2 opzioni che ritiene più ...anti. Nell'opzione "altro" si chiede di specificare  
148 risposte



In particolare, per la larga maggioranza (il 73,6%) dei rispondenti l'aumento delle dotazioni di personale medico, infermieristico e assistenziale rappresenta un

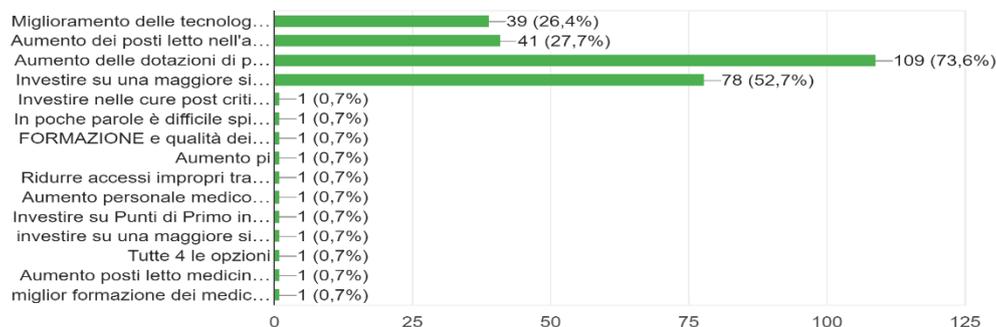
<sup>38</sup> Per una maggiore comprensione della figura 3.9 si riporta l'articolazione delle risposte con le rispettive frequenze:

- Assunzione di nuovi medici/infermieri con aumento salariale per tutta la categoria;(68,2%)
- Implementazione delle strutture intermedie tra casa del paziente e pronto soccorso; (26,4%)
- Predisposizione in centrale operativa SUEM 118 di un servizio di telemedicina per i codici minori e ridurre la pressione sugli ospedali; (11,5%)
- Riduzione del numero di medici a "gettone" nelle corsie del pronto soccorso; (13,5%)
- Implementazione della medicina territoriale come "prima linea", per ridurre l'afflusso di pazienti con codici minori in pronto soccorso;(75%)
- Inserimento obbligatorio (fin da subito) di un ticket (almeno €50 o €60) per l'accesso al PS (I codici bianchi e verdi) che verrà rimborsato solo a posteriori solo se si trasformerà in un codice giallo o rosso, quindi ricovero ospedaliero o venga confermato la necessità di un accesso corretto al PS, - Mix di elementi: migliorare presa in carico/presa in cura, incrementare le UO di Osservazione fuori dai PS a gestione infermieristica, assistenza infermieristica con attribuzione di equo compenso in relazione al carico assistenziale individuale, numero di medici dedicati in relazione al carico di utenti; - Selezione del personale operante nelle unità di emergenza (quindi avere competenze) per ridurre i ritardi di diagnosi, evitando di fare così esami non necessari; potenziamento degli organici, medici infermieri OSS, con depenalizzazione dell'atto medico e riconoscimento salariale adeguato al rischio lavorativo; Potenziare i medici di base sul territorio con implementazione dell'infermiere di comunità supportandoli con la migliore tecnologia possibile e interazione con SUEM e pronto soccorso; far pagare a tutti un ticket, esentati solo quelli che vengono ricoverati; incremento del ticket di accesso al PS soprattutto in orario notturno, rendendo inapplicabili le esenzioni per età e reddito almeno fino ad una determinata franchigia, applicandolo anche ai codici Verdi e non solo ai Bianchi (con quei soldi si possono finanziare migliori indennità di servizio notturno e festivo per il personale). Obbligo dei MMG di visitare entro 24 ore i problemi "acuti" (attualmente danno appuntamento a più giorni); per ciascuna (0,7%).

elemento fondamentale per rendere efficace la Componente 2 della Missione 6 “Salute” del PNRR, come si può vedere dalla Figura 3.10.

**Figura 3.10 L'intervento della Missione 6.2 nel rilanciare i PS<sup>39</sup>**

8. In che modo la missione 6.2 (Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario), secondo lei, può essere utilizzata per ottimizzare e ri...anti. Nell'opzione "altro" si chiede di specificare  
148 risposte



Per quanto riguarda gli effetti che l'implementazione della medicina territoriale può avere nel ridurre la pressione sui servizi di Emergenza-Urgenza, come riportato nella Figura 3.10, Il 67,6% dei rispondenti ritiene che le Case della Comunità (CdC) siano un valido strumento per ridurre la pressione su SUEM 118 e Pronti Soccorso (Figura 3.11).

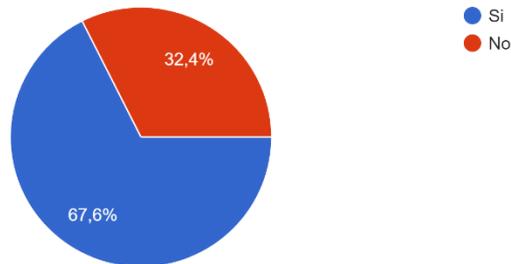
<sup>39</sup> Per una maggiore comprensione della figura 3.10, si riporta l'articolazione delle risposte con le rispettive frequenze:

- Miglioramento delle tecnologie all'interno dei PS; (26,4%)
- Aumento dei posti letto nell'area dell'emergenza/urgenza; (27,7%)
- Aumento delle dotazioni di personale medico, infermieristico e assistenziale; (73,6%)
- Investire su una maggiore sinergia SUEM 118 e Pronto Soccorso per una catena di soccorso integrata, efficiente e sicura; (52,7%)
- Investire nelle cure post critiche e gestione a domicilio in modo efficiente ed efficace;
- In poche parole è difficile spiegare il tanto il come ed il quale;
- FORMAZIONE e qualità dei professionisti, sono le persone che fanno la differenza non i presidi o le tecnologie che sono di supporto; aumento ppi;
- Ridurre accessi impropri tramite educazione sanitaria capillare; Aumento personale medico di medicina territoriale, responsabile (per mancanza) di una buona fetta degli accessi impropri ai servizi di emergenza;
- Investire su Punti di Primo intervento (PPI) per convertirli in Pronto Soccorso che lavorino a pieno regime, con la possibilità di accedere a qualunque specializzazione medica senza dover centralizzare ogni caso "complesso" all'ospedale Hub di riferimento.
- investire su una maggiore sinergia tra ospedale e territorio con percorsi strutturati e codificati;
- Tutte 4 le opzioni;
- Aumento posti letto medicina/geriatri;
- miglior formazione dei medici del territorio in modo da fare un maggior e miglior filtro. Tutte le opzioni (0,7%) ciascuna;

**Figura 3.11 Le CdC come strumento per ridurre la pressione su SUEM e PS**

3. Ritieni che la realizzazione delle case di comunità sia utile per ridurre la “pressione” su ospedali e SUEM 118?

148 risposte



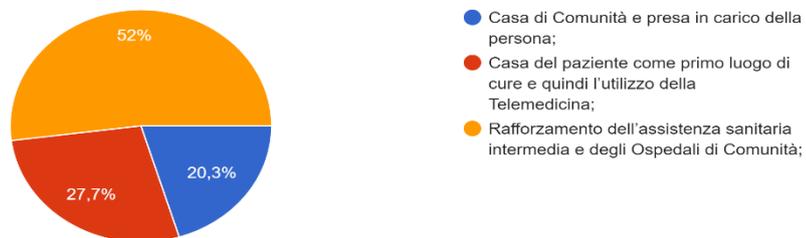
Il questionario chiedeva anche di segnalare le modalità attraverso le quali le due componenti della Missione “salute” del PNRR avrebbero potuto impattare efficacemente sull’operatività e il rilancio dei servizi di Emergenza-Urgenza.

Per quanto la Componente 1 della Missione 6 (Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale), come evidenziato dalla Figura 3.12, si ritiene cruciale il rafforzamento dell’assistenza sanitaria intermedia e degli Ospedali di Comunità (52% dei rispondenti).

**Figura 3.12 Missione 6.1 e rilancio SSN**

4. Secondo lei, quale degli interventi previsti dalla missione 6.1 (Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale),...per rilanciare e rendere più efficienti il nostro SSN?

148 risposte

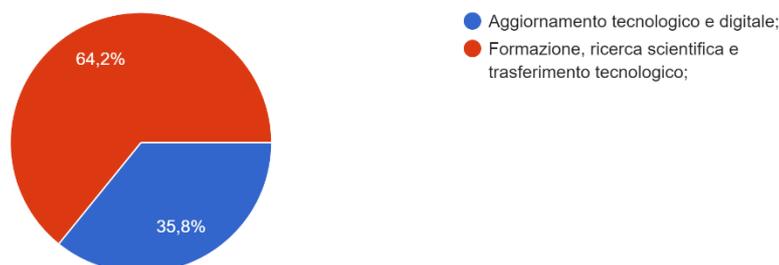


Per quanto la Componente 2 della Missione 6 (Innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN), come evidenziato dalla Figura 3.13, viene assegnata la maggiore importanza all’investimento nella formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico (64,2% dei rispondenti).

**Figura 3.13 Missione 6.2 e rilancio SSN**

6. Secondo lei, quale degli interventi previsti dalla missione 6.2 (Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario), necessita d...vestimento per rendere più efficiente il nostro SSN?

148 risposte



### **3.4 Alcune considerazioni sulla base dei risultati dell'analisi empirica.**

I principali risultati dell'indagine empirica descritti nel precedente paragrafo evidenziano che le risorse previste dal PNRR, in particolare i fondi dell'investimento 1 della Componente 2 della missione 6, possono essere utilizzati per rilanciare il SUEM 118. Parte di questi dovrebbe essere destinata a potenziare la rete dei Teleconsulti, tra gli ospedali Hub e Spoke, in modo da evitare gli spostamenti dei pazienti e di conseguenza l'impiego di un mezzo SUEM, per una consulenza che magari potrebbe non essere utile (si veda la Figura 3.14).<sup>40</sup>

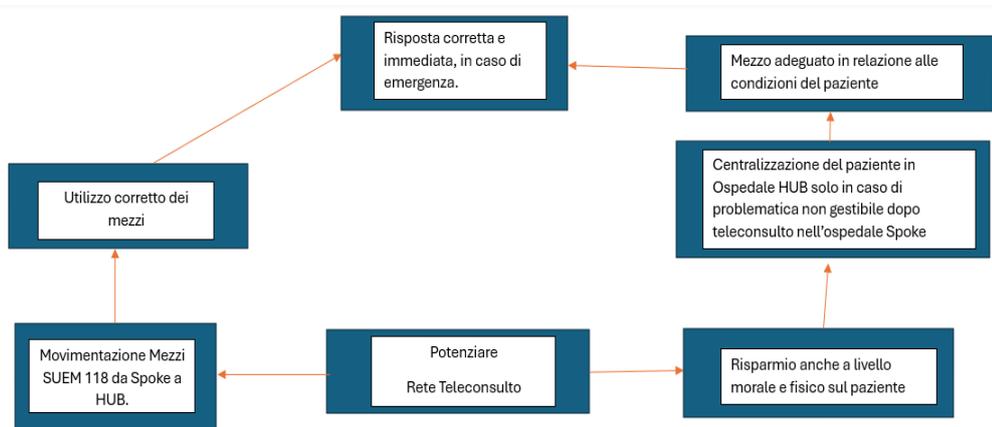
Se si fosse in grado di creare o potenziare la rete già esistente, si avrebbe una riduzione degli spostamenti e quindi dell'impiego di mezzi, che sarebbero utilizzati in casi strettamente necessari.

<sup>40</sup> Un esempio di questo investimento è stato attuato nella Regione Lazio dove è stata realizzata la piattaforma ADVICE “che permette la condivisione e la visualizzazione di immagini diagnostiche e dell'analisi di laboratorio e per il teleconsulto fra tutti i 47 Pronto Soccorso regionali nel Lazio. Grazie alla piattaforma ADVICE per il teleconsulto tra centri 'HUB' e 'SPOKE' delle reti dell'emergenza è possibile condividere il diario clinico gli esami e le immagini del paziente, attivare una videoconferenza tra professionisti in differenti Pronto soccorso e attivare una collaborazione professionale.” Quotidiano Sanità (2019)

Si veda per approfondimento la brochure della Regione Lazio sul nuovo Sistema ADVICE: [https://www.salutelazio.it/documents/10182/51313787/brochure\\_advicedf12a48105-6617-b86f-303f-f40f9dbda9d3?version=1.0#:~:text=Il%20Sistema%20ADVICE%20%C3%A8%20un,consente%20la%20visualizzazione%20temporanea%20di](https://www.salutelazio.it/documents/10182/51313787/brochure_advicedf12a48105-6617-b86f-303f-f40f9dbda9d3?version=1.0#:~:text=Il%20Sistema%20ADVICE%20%C3%A8%20un,consente%20la%20visualizzazione%20temporanea%20di)

Si andrebbe quindi a creare una rete tecnologicamente avanzata che mette direttamente in comunicazione l'ospedale di rete con l'ospedale Hub, avendo anche un impatto positivo sul paziente.

**Figura 3.14 Utilità del potenziamento della rete dei Teleconsulti**



In relazione alla mancanza di posti letto nelle terapie intensive e semi intensive, il PNRR prevede un piano diretto ad aumentare i posti letto entro il 2026, questo intervento ha effetti anche sul Pronto Soccorso, perché permette di liberare posti letto di area critica, trasferendo una volta stabilizzato il paziente in terapia intensiva.<sup>41</sup>

L'indagine empirica illustrata nel precedente paragrafo ha inoltre evidenziato chiaramente come l'aumento delle dotazioni di personale medico, infermieristico e assistenziale e un'adeguata incentivazione dei professionisti sanitari rappresentino elementi fondamentali. Sotto questo profilo, una problematica, che riguarda l'intero personale del SSN ma appare ancora più forte per il personale dei servizi di emergenza e urgenza, è data anche dal basso livello salariale, che emerge anche dal confronto con gli altri Paesi industrializzati.<sup>42</sup>

<sup>41</sup> Il PNRR prevede la creazione di un totale di 5922 posti aggiuntivi (2692 in Terapia Intensiva e 3230 in terapia Semi-Intensiva) entro il 2026.

Inizialmente erano previsti secondo gli standard europei almeno 7700 posti letto, ma in relazione all'aumento dei costi delle materie prime e al rifinanziamento di alcuni investimenti, con la revisione del PNRR del Dicembre 2023 si è arrivati agli attuali 5922. (Ministero della Salute, 2024).

Si veda per approfondimenti:

<https://www.pnrr.salute.gov.it/portale/pnrrsalute/dettaglioContenutiPNRRSalute.jsp?lingua=italiano&id=5877&area=PNRR-Salute&menu=investimenti> (Visitato in Maggio 2024).

<sup>42</sup> Si vedano i dati pubblicati nel recente Rapporto OCSE "OECD Health at a Glance 2023" dove, nel capitolo 8 emergono valori relativamente molto più bassi per le remunerazioni sia dei medici sia degli infermieri italiani rispetto ai principali Paesi industrializzati.

Tali aspetti sono emersi in maniera chiara anche da un'intervista effettuata al Dott. Vito Cianci, Direttore del Pronto Soccorso Centrale dell'Azienda Ospedale Università di Padova. Nel corso dell'intervista, il Dott. Cianci ha sottolineato la necessità di migliorare le retribuzioni per tutto il comparto e di investire nella formazione delle risorse umane, sottolineando anche l'importanza che in ogni scelta che viene fatta relativamente ai servizi sanitari debba essere tenuto conto dell'impatto che essa ha sul personale. Le risorse messe in campo dal PNRR su questo fronte riguardano solo gli interventi previsti per le borse di studio ma per iniziare un processo che porti a riequilibrare le retribuzioni di tutta la categoria, come emerge anche dall'indagine empirica, occorrerà fare ricorso a ulteriori risorse, tra cui quelle derivanti dalla riduzione dell'evasione fiscale e dal miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari.<sup>43</sup>

Un intervento che si potrebbe fare per rilanciare il SUEM 118 è investire sulla medicina territoriale ed è proprio dove la Missione 6 Componente 1 del PNRR va ad investire.<sup>44</sup> Infatti, un ruolo strategico lo giocheranno le centrali del 116117 poiché un loro corretto funzionamento ridurrà la pressione sul SUEM 118, perché queste si occuperanno di gestire le urgenze mediche non gravi, attraverso l'impiego dei medici di medicina territoriale, del servizio di continuità assistenziale o dell'assistenza domiciliare integrata.

Inoltre, è cruciale investire anche sulla formazione del personale sanitario e tecnico (soccorritori e autisti-soccorritori), allo scopo di offrire ai pazienti un trattamento più efficiente e sicuro. La formazione potrebbe essere realizzata attraverso l'impiego di personale interno all'ente, in modo da risparmiare sui costi di formazione e allo stesso formare il personale avendo a disposizione personale interno formato per occuparsi della formazione e della certificazione del personale impiegato nel servizio SUEM 118.<sup>45</sup> A formare i volontari e il personale tecnico impegnato nelle ambulanze dislocate nel territorio, dovrebbero essere i professionisti della Centrale Operativa e del Pronto soccorso, in modo che siano condivise procedure per offrire il miglior trattamento possibile al paziente, sul territorio.

---

<sup>43</sup> Un ulteriore fenomeno esplosivo dopo la pandemia è quello dei cosiddetti "medici a gettone" per fronteggiare la carenza di personale soprattutto all'interno dei Pronto Soccorso. Anche in questo caso, in prospettiva, si renderà necessario rimuovere i vincoli che rendono attualmente impraticabile l'aumento delle dotazioni di personale degli ospedali pubblici, con la necessità di reperire risorse a fronte però di notevoli risparmi sul fronte degli appalti alle cooperative che gestiscono i medici a gettone.

<sup>44</sup> Il PNRR con la missione 6.1, va ad investire fortemente sulla medicina territoriale; infatti, come già detto, prevede la realizzazione delle Case della Comunità, il potenziamento della telemedicina, la realizzazione degli Ospedali di comunità.

<sup>45</sup> L'esempio è ciò che fa l'U.O.C. Centrale Operativa del SUEM 118 di Padova, guidata dal Dott. Andrea Paoli, che ha attuato un piano formativo denominato Formazione sul Campo (FSC), attivando quello che è un polo formativo interno alla Centrale Operativa, andando ad azzerare i costi per l'erogazione dei corsi di formazione da parte di soggetti esterni all'azienda ospedaliera.

Un'ultima, ma non meno importante questione relativa al personale, ma non meno importante è il problema delle aggressioni al personale sanitario impiegato sia nei servizi di Pronto Soccorso sia nei servizi SUEM 118. Il PNRR su questo non può fare molto a livello di investimenti, ma è doveroso provare a proporre una soluzione.

Nel corso dell'ultimo triennio 2020-2022, le aggressioni al personale sanitario e socio-sanitario sono state circa 6.000, in particolare nel 2022 sono state accertate dall'INAIL 2.243 casi di violenza in aumento del 14% rispetto all'anno precedente. Le vittime principali sono i professionisti sanitari e sociosanitari impegnati nei servizi di emergenza/urgenza e purtroppo molto spesso si tratta di donne.

Si vede quindi la necessità di interventi non solo sul piano dell'inasprimento delle pene per gli aggressori ma anche attraverso opportune misure di prevenzione come, ad esempio, la riduzione della burocrazia e dei tempi di attesa nell'erogazione delle prestazioni sanitarie<sup>46</sup>.

Infine, è necessario destinare una parte delle risorse del PNRR all'investimento in nuove tecnologie come ad esempio:

- digitalizzazione delle schede d'intervento SUEM 118, mediante l'utilizzo di programmi che permettono la produzione di una scheda finale riassuntiva di tutte le fasi d'intervento;<sup>47</sup>

Al momento dell'arrivo in ospedale il personale a bordo del mezzo di soccorso deve inviare la scheda al PS di arrivo in modo che il personale medico possa avere il quadro relativo all'intervento di soccorso.

- software per geo-localizzare e videochiamare il richiedente;
- Predisposizione di Tablet anche per i Servizi di Taxi Sanitario, Trasporti Inter-ospedalieri Urgenti-Critici, Trasporti Neonatali d'Emergenza e Trasporto Organi, Plasma e Sangue;
- Acquisto di ambulanze e automediche di ultima generazione;

---

<sup>46</sup> Ad esempio, l'analisi qualitativa presentata dal sovrintendente sanitario centrale dell'INAIL, Patrizio Rossi, "ha consentito anche di rilevare alcuni spunti propedeutici ad azioni di prevenzione. La complessa relazione tra l'operatore sanitario, i pazienti o i loro familiari, dalla quale possono sfociare episodi di aggressione, può essere migliorata per esempio attraverso procedure organizzative volte a ridurre la burocrazia e i tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni sanitarie, ad aumentare e rendere più puntuale l'informazione e a incrementare la partecipazione, con l'eliminazione di barriere culturali e linguistiche. Fondamentale, inoltre, è lo sviluppo di ulteriori indagini qualitative su questo fenomeno ancora fortemente sottostimato." (INAIL, 2024).

<sup>47</sup> - Dati tecnici del Mezzo; - Dati relativi alla Chiamata (codice Colore, Dispatch da CO 118)

- Inizio missione; - Arrivo sul Target; - Valutazione all'arrivo (ABCDE, AVPU, Scala Glasgow);

- Operazioni di soccorso effettuate; - Terapia somministrata; - Parametri Vitali; - Terapia Abituale del Paziente e eventuali Allergie; - Partenza dal Target; - Arrivo in Ospedale; La digitalizzazione delle schede d'intervento SUEM 118 è una proposta che già è stata realizzata dalla SEUS 118 della Regione Sicilia, dove attraverso l'utilizzo di un unico software per tutta la regione, si riescono a collegare tutti i mezzi con tutti i pronti soccorsi. Si veda per informazione: [https://www.youtube.com/watch?v=1nOc7cUP\\_oc](https://www.youtube.com/watch?v=1nOc7cUP_oc) (Visitato in Febbraio 2024).

- Acquisto di elettromedicali di ultima generazione, da dare in dotazione ai mezzi dislocati nel territorio;
- Acquisto di nuovi presidi per i mezzi SUEM 118 ad esempio:
  - barelle elettriche in modo da ridurre il rischio di infortuni alla schiena del personale che opera a bordo delle ambulanze;
  - tavole spinali;
  - sedie montascale/scendi scale elettriche;
  - ricambio costante dei DPI;
  - ventilatori polmonari di ultima generazione;
  - compressori toracici da mettere all'interno dei mezzi di soccorso;
  - tavole cucchiaio;
  - aspiratori portatili di ultima generazione;
  - monitor defibrillatori di ultima generazione in grado di trasmettere i dati;
  - estricatori di ultima generazione;
  - materassini a depressione;
  - presidi di immobilizzazioni del paziente traumatizzato.

La Regione del Veneto recentemente ha utilizzato i fondi del PNRR per l'acquisto di un software unificato per la Centrale Operativa del SUEM 118.

Il nuovo sistema informatico permetterà di localizzare esattamente la posizione del richiedente e di avviare anche una videochiamata con l'utente per avere maggiori informazioni più dettagliate sull'evento e sulle condizioni cliniche del paziente.

Inoltre, grazie a questo sistema sarà più tempestiva l'assegnazione del codice di priorità dell'intervento di soccorso, da parte dell'operatore di centrale, tutto ciò è stato possibile anche grazie all'integrazione con il sistema regionale di Dispatch il sistema DiRE (Dispatch Regionale Emergenza)<sup>48</sup>, visualizzando anche i dati clinici del paziente.

---

<sup>48</sup> DiRE (Dispatch Regionale Emergenza) è il sistema unificato di Dispatch per le centrali operative del Servizio di Urgenza ed Emergenza Medica. È un sistema che si divide in tre schede:

- Scheda d'entrata → identificazione di tutte le chiamate di soccorso e contiene i quesiti chiave per l'identificazione del target e del problema principale per cui si richiede l'intervento del SUEM 118.
- Scheda Informativa → riassume tutte le conoscenze relative alla richiesta dell'utente e delle quali l'operatore deve possedere per gestire correttamente la chiamata.

- Scheda Operativa → contiene a sua volta 3 sezioni → i) problema principale e parole chiave; ii) domande che possono essere poste all'utente; iii) classificazione della priorità che consiste nell'assegnazione di un codice di priorità (Rosso, Giallo, Verde, Bianco, Rinvio al MMG o alla Continuità Assistenziale e Consiglio quando il paziente può gestire autonomamente il problema).

- Schede IPA (Istruzioni Pre Arrivo) → permettono di ridurre il free therapy interval e di iniziare in maniera precoce il soccorso di base.

Si veda per approfondimento: ALLEGATO A alla Dgr n. 1298 del 16 agosto 2017. [https://bur.regione.veneto.it/BurVServices/pubblica/Download.aspx?name=1298\\_AllegatoA\\_352159.pdf&type=9&storico=False](https://bur.regione.veneto.it/BurVServices/pubblica/Download.aspx?name=1298_AllegatoA_352159.pdf&type=9&storico=False)

## Appendice del Capitolo 3

### Il Questionario

Si riporta il questionario, diviso per sezioni nella stessa modalità in cui compariva ai rispondenti sulla piattaforma Google Moduli.

← Questionario sulla Missione 6 del PNRR come strumento di rilancio del nostro S...  
https://docs.google.com/forms/u/0/d/e/1FAIpQLSe5GY-HqUkwCYZ4HiZ6OCULv1aa4WtxQKq8\_Bv79ProAaVz

### Questionario sulla Missione 6 del PNRR come strumento di rilancio del nostro SSN.

Buongiorno.

Mi presento brevemente.

Sono Daniele Zurma, studente del 3° anno del CdL in: "Diritto dell'Economia" presso l'Università degli Studi di Padova e sto scrivendo la tesi su come utilizzare il PNRR per rilanciare il nostro SSN.

Il questionario viene utilizzato per la predisposizione di una tesi di laurea che riguarda una ricerca sul tema "Il rilancio del settore ospedaliero ed extraospedaliero dell'emergenza/urgenza grazie ai fondi del PNRR" all'interno del corso di laurea "Diritto dell'Economia" dell'Università di Padova (supervisore della tesi il Prof. Vincenzo Rebba).

Vi ringrazio per la partecipazione e qualora riteneste opportuno contattarmi per qualsiasi eventualità, vi lascio la mia email: daniele.zurma@studenti.unipd.it

@gmail.com [Cambia account](#)

✉ Non condiviso

\* Indica una domanda obbligatoria

Professione \*

Medico

Infermiere

## Sezione 1 Questionario

←  Questionario sulla Missione 6 del PNRR come strumento di rilancio del nostro S...    
[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSe5GY-HqUkwCYZ4HiZ6OCULv1aa4WtxQKq8\\_Bv79ProAaVaXA/](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSe5GY-HqUkwCYZ4HiZ6OCULv1aa4WtxQKq8_Bv79ProAaVaXA/)

1. Ritiene il PNRR uno strumento di rilancio del settore ospedaliero ed extraospedaliero dell'emergenza/urgenza? \*

Sì

No, ma potrebbe diventarlo a certe condizioni

2. Secondo lei, come il PNRR può essere utilizzato per rilanciare il settore ospedaliero ed extraospedaliero dell'emergenza/urgenza? \*

Miglioramento e aggiornamento delle tecnologie presenti in ambito ospedaliero (es nuovi macchinari per TC, radiografie, analisi di laboratorio ecc.);

Miglioramento e aggiornamento delle tecnologie previste in ambito extraospedaliero per offrire un maggior trattamento del paziente sul territorio (es implementazione elettromedicali a bordo di ambulanze, automediche o elisoccorso, farmaci e nuovi mezzi all'avanguardia);

Miglioramento e aggiornamento "generale" delle tecnologie sia in ambito ospedaliero che extraospedaliero;

## Sezione 2 questionario

3. Ritiene che la realizzazione delle case di comunità sia utile per ridurre la "pressione" su ospedali e SUEM 118? \*

Sì

No

### Sezione 3 Questionario - 1

←  Questionario sulla Missione 6 del PNRR come strumento di rilancio del nostro S...    
[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSe5GY-HqUkwCYZ4HIZ6OCULv1aa4WtxQKq8\\_Bv79ProAaVaXA/](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSe5GY-HqUkwCYZ4HIZ6OCULv1aa4WtxQKq8_Bv79ProAaVaXA/)

4. Secondo lei, quale degli interventi previsti dalla missione 6.1 (Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale), necessita di maggior investimento per rilanciare e rendere più efficiente il nostro SSN? \*

- Casa di Comunità e presa in carico della persona;
- Casa del paziente come primo luogo di cure e quindi l'utilizzo della Telemedicina;
- Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e degli Ospedali di Comunità;

5. Secondo lei, quale degli interventi previsti dalla missione 6.1 (Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale), necessita di maggior investimento e rilancio, per ridurre la pressione su ospedali e SUEM 118? \*

- Casa di Comunità e presa in carico della persona;
- Casa del paziente come primo luogo di cure e quindi l'utilizzo della Telemedicina;
- Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e degli Ospedali di Comunità;

6. Secondo lei, quale degli interventi previsti dalla missione 6.2 (Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario), necessita di maggior investimento per rendere più efficiente il nostro SSN? \*

- Aggiornamento tecnologico e digitale;
- Formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico;

## Sezione 3 Questionario - 2

7. In che modo la missione 6.2 (Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario), secondo lei, può essere utilizzata per ottimizzare e rilanciare il SUEM 118? \*

**Indicare solo le 2 opzioni che ritiene più rilevanti.**

*Nell'opzione "altro" si chiede di specificare*

- Presenza regolare e più consistente del personale infermieristico a bordo delle ambulanze dei volontari per offrire un trattamento pre-ospedaliero più efficiente possibile;
- Aumento del numero di automediche e ambulanze dislocate sul territorio;
- Migliore dislocazione sul territorio dei "Punti SUEM 118", in modo da coprire maggior territorio e ridurre i tempi di risposta;
- Investire sulla formazione del personale sanitario e tecnico (soccorritori e autisti-soccorritori), impegnati nel servizio SUEM 118 per offrire il più efficiente e sicuro trattamento pre- ospedaliero possibile;
- Investire su nuove tecnologie a bordo dei mezzi SUEM 118 (ad esempio ecografi, kit diagnostici portatili, monitor di ultima generazione ecc.);
- Altro: \_\_\_\_\_

8. In che modo la missione 6.2 (Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario), secondo lei, può essere utilizzata per ottimizzare e rilanciare il settore ospedaliero dell'emergenza/urgenza (Pronto Soccorso)? \*

**Indicare solo le 2 opzioni che ritiene più rilevanti.**

*Nell'opzione "altro" si chiede di specificare*

- Miglioramento delle tecnologie all'interno dei PS;
- Aumento dei posti letto nell'area dell'emergenza/urgenza;
- Aumento delle dotazioni di personale medico, infermieristico e assistenziale;
- Investire su una maggiore sinergia SUEM 118 e Pronto Soccorso per una catena di soccorso integrata, efficiente e sicura;
- Altro: \_\_\_\_\_

## Sezione 4 Questionario

←  Questionario sulla Missione 6 del PNRR come strumento di rilancio del nostro S...    
[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSe5GY-HqUkwCYZ4HiZ6OCULv1aa4WtxQKq8\\_Bv79ProAaVaXAV](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSe5GY-HqUkwCYZ4HiZ6OCULv1aa4WtxQKq8_Bv79ProAaVaXAV)

9. Secondo lei oltre al PNRR, che ha stanziato per la sanità 15,6 miliardi, è necessario un ulteriore sforzo economico per assolvere tutte le questioni "tralasciate dal PNRR" (es. ampliare i posti delle scuole di specializzazione, aumentare il personale medico/infermieristico, aumentare e migliorare gli accessi alle Università, aumentare i salari degli operatori sanitari, ridurre i tempi di attesa)? \*

No, non è necessario un ulteriore sforzo economico;

Sì è necessario un ulteriore sforzo economico;

10. **Solo per coloro che hanno risposto SI alla domanda precedente.**

Dove potrebbero essere reperite ulteriori risorse economiche per le questioni "tralasciate dal PNRR" sopra citate?

**Indicare solo 1 opzione ritenuta maggiormente rilevante**

*Nell'opzione "altro" si chiede di specificare*

Recupero delle risorse dall'evasione fiscale;

Miglioramento dell'efficienza di alcuni servizi del SSN;

Riduzione di altre voci di spesa pubblica;

Altro: \_\_\_\_\_

## Sezione 5 Questionario

←  Questionario sulla Missione 6 del PNRR come strumento di rilancio del nostro S...    
[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSe5GY-HqUkwCYZ4HiZ6OCULv1aa4WtxQKq8\\_Bv79ProAaVaXA/](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSe5GY-HqUkwCYZ4HiZ6OCULv1aa4WtxQKq8_Bv79ProAaVaXA/)

11. Quali sono, secondo lei, i problemi principali che caratterizzano il Pronto soccorso? \*

**Indicare solo le 2 opzioni che ritiene più rilevanti.**

*Nell'opzione "altro" si chiede di specificare*

- Carenza di personale medico/infermieristico;
- Utilizzo dei "medici a gettone" con conseguenze sui pazienti;
- Elevato afflusso di pazienti per codici minori a causa di un malfunzionamento della medicina territoriale (dovuto all'elevato carico di lavoro per i MMG);
- Carenza di strutture intermedie tra casa del paziente e pronto soccorso;
- Altro: \_\_\_\_\_

12. Quali sono, secondo lei, gli strumenti e interventi per il superamento delle criticità del pronto soccorso? \*

**Indicare solo le 2 opzioni che ritiene più rilevanti.**

*Nell'opzione "altro" si chiede di specificare*

- Assunzione di nuovi medici/infermieri con aumento salariale per tutta la categoria;
- Implementazione delle strutture intermedie tra casa del paziente e pronto soccorso;
- Predisposizione in centrale operativa SUEM 118 di un servizio di telemedicina per i codici minori e ridurre la pressione sugli ospedali;
- Riduzione del numero di medici a "gettone" nelle corsie del pronto soccorso;
- Implementazione della medicina territoriale come "prima linea", per ridurre l'afflusso di pazienti con codici minori in pronto soccorso;
- Altro: \_\_\_\_\_

Invia

Cancello modulo 

Non inviare mai le password tramite Moduli Google 





## Conclusion

L'elaborato ha analizzato il ruolo del PNRR come strumento di rilancio del settore ospedaliero ed extraospedaliero dell'emergenza/urgenza, con particolare riferimento al SUEM 118 e ai servizi di Pronto Soccorso della Regione del Veneto.

Come si è potuto evincere anche dall'indagine empirica condotta direttamente su professionisti sanitari impiegati nei servizi di emergenza e urgenza, dislocati nelle varie province del Veneto, l'elemento ritenuto fondamentale per rilanciare il SUEM 118 e i Pronto Soccorso è investire nella medicina territoriale.

Infatti, la realizzazione delle Case della Comunità permetterà di ridurre notevolmente la pressione sui Pronto Soccorso e sul SUEM 118, poiché si va a potenziare l'assistenza di prossimità, andando ad erogare direttamente sul territorio una serie di prestazioni che oggi contraddistinguono accessi impropri ai pronti soccorso e un abuso dei mezzi del SUEM 118.

Il potenziamento della medicina territoriale reso possibile grazie al PNRR, avrà benefici diretti sia sul SUEM 118 che sui Pronto Soccorso.

Oltre al potenziamento della medicina di prossimità il PNRR prevede degli interventi anche per rilanciare direttamente i Pronto Soccorso e il SUEM 118, che una volta adottati andranno a rilanciare tali servizi, per esempio la formazione, la ricerca e il potenziamento delle tecnologie.

È quindi possibile dire che il PNRR è considerato dai professionisti sanitari, almeno potenzialmente, un valido strumento per il rilancio del settore ospedaliero ed extraospedaliero dell'emergenza/urgenza sia con effetti diretti, ma anche con effetti indiretti.

È doveroso quindi da parte delle istituzioni, utilizzare in maniera corretta i fondi e allocarli dove servono veramente, poiché i risultati delle scelte di oggi le vedremo sul SSN futuro. Se saremo in grado di risolvere nel medio-lungo periodo le criticità che affliggono oggi il nostro sistema sanitario, fra 10 anni avremo un SSN migliorato, più sicuro e soprattutto una medicina a misura di cittadino.

In futuro, quindi, sarà necessario investire ancora sul SSN, coinvolgendo direttamente il personale sanitario nelle scelte, andando quindi ad ascoltare chi è sul campo giornalmente e vive le criticità e ogni giorno cerca una soluzione per superarle o fare in modo che non pesino sui pazienti.

In definitiva, il PNRR è da vedere come un'occasione imperdibile per migliorare l'Italia di oggi e costruire l'Italia del domani, soprattutto per quanto riguarda la nostra sanità pubblica che viene invidiata in tutto il mondo per le sue eccellenze e i suoi risultati in termini di salute della popolazione.



## Bibliografia e Sitografia

Agenas (2024) – Presentazione Randazzo (“lo stato dell'emergenza urgenza alla luce del dm77”) –Evento del 22/04/2024.

[https://www.agenas.gov.it/images/2024/primo-piano/22-aprile/presentazione\\_Randazzo\\_22\\_04\\_2024.pdf](https://www.agenas.gov.it/images/2024/primo-piano/22-aprile/presentazione_Randazzo_22_04_2024.pdf) (visitato in Maggio 2024).

Camera dei Deputati – Il Piano nazionale complementare al PNRR;

<https://temi.camera.it/leg19DIL/temi/il-piano-nazionale-complementare-al-pnrr#collapseListGroup0> (Visitato in Aprile 2024).

Federsanità ANCI Friuli-Venezia Giulia (2022) – La riforma della sanità territoriale in Gazzetta. Ecco come cambierà l’assistenza extra ospedaliera: Case di comunità H24, Infermiere di famiglia e Farmacie presidio SSN.

<https://federsanita.anci.fvg.it/comunicazione/notizie/la-riforma-della-sanita-territoriale-in-gazzetta-ecco-come-cambiera-l2019assistenza-extra-ospedaliera-case-di-comunita-h24-infermiere-di-famiglia-e-farmacie-presidio-ssn>

Governo Italiano – Presidenza del Consiglio dei Ministri (2021) Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza <https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf> (visitato in Maggio 2024).

Governo Italiano (1978) Legge 23 Dicembre 1978 n.833.

[https://presidenza.governo.it/USRI/ufficio\\_studi/normativa/Legge%2023%20dicembre%201978,%20n.%20833.pdf](https://presidenza.governo.it/USRI/ufficio_studi/normativa/Legge%2023%20dicembre%201978,%20n.%20833.pdf) (Visitato in Maggio 2024).

[https://lineaamica.gov.it/docs/default-source/missione-6/valorizzazione-e-potenziamento-della-ricerca-biomedica-del-ssn.pdf?sfvrsn=109d9d25\\_170](https://lineaamica.gov.it/docs/default-source/missione-6/valorizzazione-e-potenziamento-della-ricerca-biomedica-del-ssn.pdf?sfvrsn=109d9d25_170) (Visitato in Maggio 2024).

Inail (2024).–Violenza nei confronti degli operatori sanitari, gli ultimi dati dell’Inail presentati al Ministero della Salute.

<https://www.inail.it/cs/internet/comunicazione/news-ed-eventi/news/news-giornata-prevenzione-violenza-oss-2024.html> (visitato in Maggio 2024)

Ministero della Salute (2019) – Linee di Indirizzo Nazionali sul Triage Intraospedaliero

[https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_3145\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3145_allegato.pdf) (visitato in Maggio 2024).

Ministero della Salute (2019) – Pronto Soccorso

<https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=4716&area=Lea&menu=ospedaliera> (Visitato in Maggio 2024).

Ministero della Salute (2019), I LEA.

<https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=1300&area=Lea&menu=leaEssn> (visitato a Maggio 2024).

Ministero della Salute (2022) – 118 e Pronto Soccorso;

<https://www.salute.gov.it/portale/prontoSoccorso/dettaglioContenutiProntoSoccorso.jsp?lingua=italiano&id=1049&area=118%20Pronto%20Soccorso&menu=vuoto> (Visitato in Aprile 2024).

Ministero della Salute (2022) – DECRETO 23 maggio 2022, n. 77. “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”.

<https://federsanita.anci.fvg.it/comunicazione/notizie/la-riforma-della-sanita-territoriale-in-gazzetta-ecco-come-cambiera-l2019assistenza-extra-ospedaliera-case-di-comunita-h24-infermiere-di-famiglia-e-farmacie-presidio-ssn/allegato/RIFORMA%20SERVIZI%20TERRITORIALI%20QS%202023%2006%20allegato1655970392.pdf>

Ministero della Salute (2024) – Numero Unico per le cure non urgenti 116117

<https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=5440&area=Lea&menu=numeriUnici> (Visitato in Maggio 2024).

Quotidiano Sanità (2019) – D’Amato: “Con la telemedicina arriva una rivoluzione nei Pronto Soccorso”.

[https://www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/articolo.php?articolo\\_id=78358](https://www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/articolo.php?articolo_id=78358) (Visitato in Maggio 2024).

Ragioneria Generale dello Stato (MEF) – Piano Nazionale per gli investimenti complementari al PNRR;

[https://www.rgs.mef.gov.it/VERSIONE-/attivita\\_istituzionali/monitoraggio/piano\\_nazionale\\_per\\_gli\\_investimenti\\_complementari\\_al\\_pnrr/](https://www.rgs.mef.gov.it/VERSIONE-/attivita_istituzionali/monitoraggio/piano_nazionale_per_gli_investimenti_complementari_al_pnrr/) (Visitato in Aprile 2024).

Ulss 8 Berica (2024) – Tipologie di Mezzi;

<https://www.aulss8.veneto.it/unita-operative/centrale-operativa-suem-di-vicenza/> (Visitato in Aprile 2024).

Urbani, A. (2019). Il Servizio Sanitario Nazionale guarda al futuro: verso nuovi e più evoluti sistemi di governance. Italia: Egea. Pag.20;

## **Ringraziamenti**

Un grazie speciale va al mio relatore il Prof. Vincenzo Rebba che fin dal primo momento ha supportato questa mia idea di tesi e mi ha seguito con passione, pazienza e dedizione in tutto il percorso che ha portato alla stesura di questo elaborato.

Un sentito ringraziamento va al Dott. Giuseppe Feltrin, Direttore del Centro Nazionale Trapianti e all'Avvocato la Dott.ssa Erica De Candido per la loro disponibilità e preziosa attività di intermediazione che mi ha permesso di relazionarmi con importanti direttori sanitari per raccogliere importantissime informazioni ai fini della mia tesi.

È doveroso ringraziare tutto il personale medico ed infermieristico e i rispettivi responsabili e coordinatori del reparto di Pronto soccorso dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Padova e degli ospedali di Rovigo-Trecenta, Schiavonia, Piove di Sacco, Cittadella, Camposampiero, Montebelluna, Noventa Vicentina, Oderzo, Treviso e Castelfranco Veneto, per aver risposto al mio questionario di indagine empirica.

Inoltre, sempre per la compilazione del questionario un grazie va a tutti gli infermieri libero professionisti che lavorano per gli enti accreditati al SUEM 118.

Un grazie va al Dott. Vito Cianci, Direttore dell'UOC Accettazione-Pronto Soccorso dell'Ospedale dell'Azienda Ospedaliera di Padova, per avermi concesso un incontro per parlare di come rilanciare il suo reparto grazie al PNRR.

Un particolare ringraziamento va al Dott. Andrea Paoli, Direttore dell'U.O.C. Centrale Operativa SUEM 118 di Padova, per avermi accolto nella sua Centrale e avermi raccontato come il PNRR possa essere utilizzato per rilanciare il SUEM 118.

Un grazie va ai miei genitori e ai miei nonni che hanno creduto in me fin dall'inizio e avermi supportato fino al raggiungimento di questo importante traguardo per la mia carriera.

Infine, un grazie speciale va ai miei amici che mi hanno sopportato e aiutato in questo percorso ed essermi stati sempre vicino.

Grazie a tutti voi, questo traguardo è il primo di una lunga serie, promesso!

