



SALUTE  **QUITÀ**[®]

Osservatorio permanente assistenza
pazienti non-Covid
FOCUS CRONICITÀ



DM 77 DEL 2022 QUALE FUTURO PER LA SANITÀ PUBBLICA TERRITORIALE?

ROMA 7 DICEMBRE 2022

TONINO ACETI, PRESIDENTE SALUTEQUITÀ



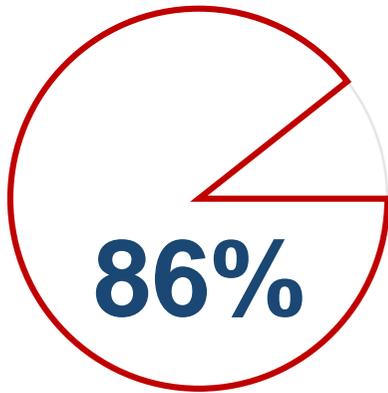
ATTIVO DAL 2021

**PERSONE CON PATOLOGIA
CRONICA E PNC**

Nel 2022 Analisi Focused-on:

- SANITÀ DIGITALE
- CURE MANCATE e PDTA
- PNRR e PERSONALE SANITARIO

Cronicità: priorità numerica, sfida sistemica



In Europa
cronicità
responsabili
dell'86% di tutti i
decessi e di una
spesa sanitaria
annua di circa
700 miliardi



In Italia 24
milioni di italiani
sono affetti da
patologie
croniche



Ogni distretto di
100.000 abitanti
deve prendere
in carico circa
40.000 persone
con cronicità, di
cui **6.000** in
condizioni di
non
autosufficienza

L'impatto della pandemia sulle prestazioni ambulatoriali



Prestazioni ambulatoriali (esclusi esami di laboratorio),
prime visite e visite di controllo
Variazione % primo semestre 2019 – 2022

REGIONE	SPECIALISTICA AMBULATORIALE*
Piemonte	-17,66
Valle d'Aosta	-27,47
Liguria	-16,13
Lombardia	-11,12
PA Bolzano	-46,3
PA Trento	-10,04
Veneto	-13,07
Friuli Venezia Giulia	-25,25
Emilia Romagna	-12,26
Toscana	1,48
Umbria	-16,32
Marche	-19,34
Lazio	-10,93
Abruzzo	-12,92
Molise	-27,22
Campania	-9,24
Puglia	ND
Basilicata	-1,3
Calabria	-22,48
Sicilia	-19,6
Sardegna	-18,31
ITALIA	-12,84

*Comprende attività diagnostica strumentale, visite specialistiche, attività terapeutica come radioterapia, dialisi, riabilitazione.

Rosso: variazione % pari al doppio o quasi rispetto alla media nazionale

Arancio: circa 5 punti percentuali di scarto dalla media nazionale

L'impatto della pandemia sulle prime visite (diagnosi) e controlli

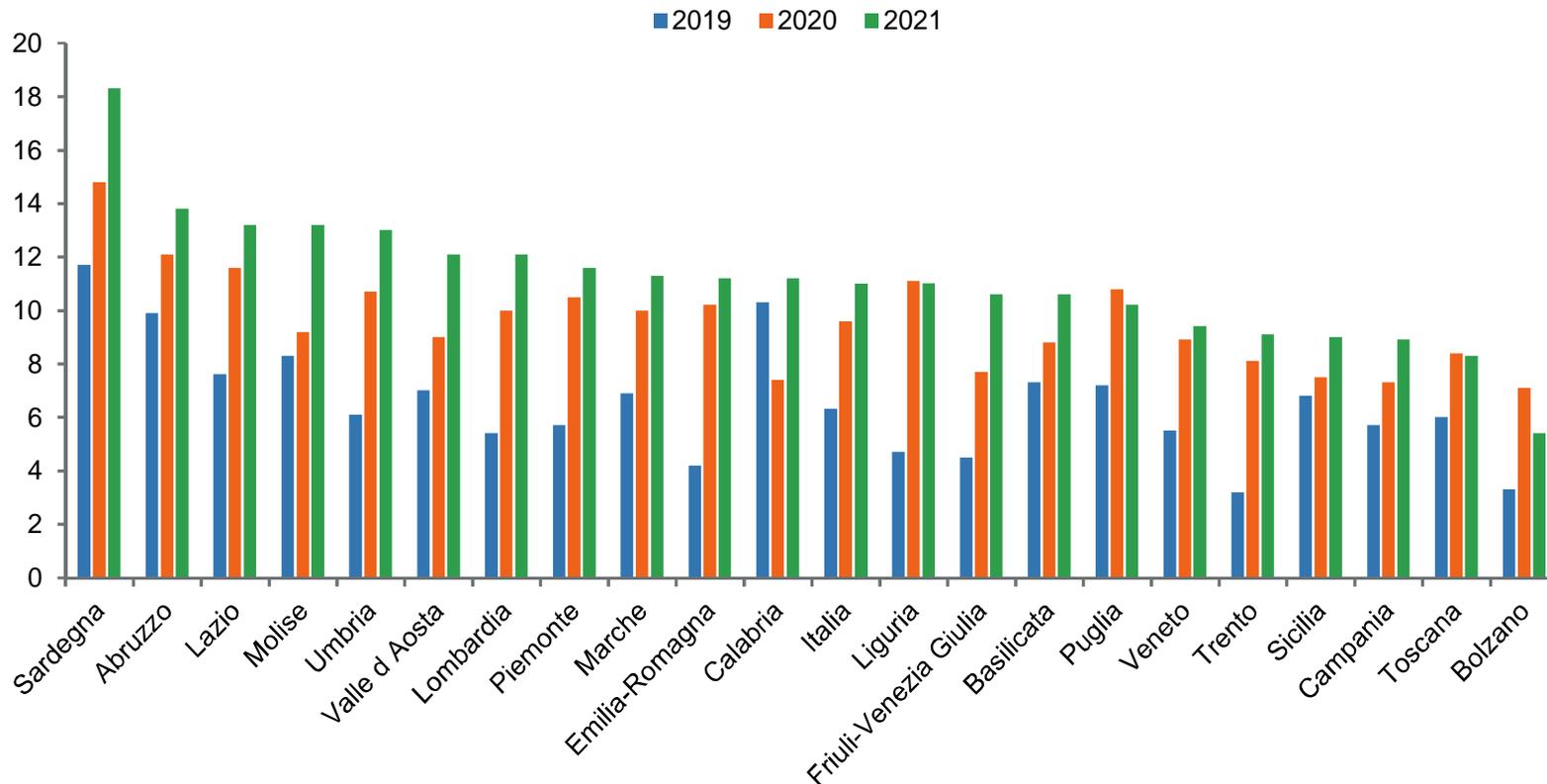


Prime visite e visite di controllo Variazione % primo semestre 2019 - 2022		
REGIONE	PRIME VISITE	VISITE DI CONTROLLO
Piemonte	-26,92	-21,99
Valle d'Aosta	-32,25	-38,05
Liguria	-18,03	-17,91
Lombardia	-10,24	-15,77
PA Bolzano	-55,2	-36,67
PA Trento	-13,02	-18,58
Veneto	-24,83	-20,65
Friuli Venezia Giulia	-25,7	-17,37
Emilia Romagna	-10,42	-15,04
Toscana	-13,65	-10,72
Umbria	-26,06	-16
Marche	-28,2	-14,9
Lazio	-16,49	-22,25
Abruzzo	-26,29	-17,34
Molise	-30,93	-36,78
Campania	-18,89	-24,08
Puglia	-19,29	-15,47
Basilicata	-11,16	-19,2
Calabria	-37,38	-29,95
Sicilia	-25,27	-28,9
Sardegna	-34,62	-36,38
ITALIA	-19,61	-19,88

Rosso: oltre -30%

Arancio: oltre -25%

Pandemia e cure mancate: aumenta rinuncia cure



Sardegna 18,3%,
(+6,6 punti rispetto
al 2019)

Molise e Lazio 13,2%
(+5 punti rispetto
2019).

**I problemi di
accesso si acuiscono
con l'età: 17,8%
over74.**



Dal 2005 al 2018 approvati 536 PDTA regionali



316
CRONICITÀ

316 si riferiscono a patologie croniche a elevato impatto epidemiologico

**UMBRIA
PIEMONTE**

Le Regioni con il maggior numero di PDTA di malattie croniche sono risultate Umbria e Piemonte, rispettivamente

**AREE
CLINICHE**

Le aree cliniche e le patologie su cui si concentrano maggiormente sono risultate oncologia (72 PDTA), neurologia (60), cardiologia (34) e disturbi del metabolismo (22) per le aree specialistiche;

PSORIASI

Assenti PDTA regionali su psoriasi, rilevati una decina di PDTA aziendali

Numero incrementato: durante la pandemia la sola Campania ha approvato più di 24 PDTA di patologia e 2 di percorso.

DIFFERENZA % 2020-2017 PER LE PRINCIPALI PRESTAZIONI DEI PDTA

REGIONE	BPCO: 2020/2017	SCOMPENSO CARDIACO: 2020/2017	DIABETE: 2020/2017
	Percentuale di pazienti con diagnosi di broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) che sono sottoposti a visita pneumologica di controllo	Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco con un adeguato numero di ecocardiogrammi	Percentuale di pazienti diabetici con controllo dell'occhio almeno una volta l'anno dopo la diagnosi
Piemonte	-26,85	24,9	-68,9
Valle d'Aosta	12,22	11,15	-48,47
Lombardia	2,63	26,29	-52,05
P.A. di Bolzano	n.d.	15,82	n.d.
P.A. di Trento	4,91	16,69	-51,22
Veneto	3,76	18,57	-46,51
Friuli-Venezia Giulia	39,24	35,7	-42,21
Liguria	n.d.	16,54	n.d.
Emilia-Romagna	3,57	17,5	-56,75
Toscana	1,77	31,93	-59,4
Umbria	-0,9	15,51	-63,78
Marche	3,58	12,24	-48,63
Lazio	5,11	6,55	-48,68
Abruzzo	n.d.	n.d.	n.d.
Molise	-43,48	8,75	-37,22
Campania	n.d.	n.d.	n.d.
Puglia	2,15	12,58	-47,78
Basilicata	n.d.	16,61	-42,57
Calabria	n.d.	n.d.	n.d.
Sicilia	10,82	10,89	-40,48
Sardegna	-4,72	n.d.	-34,98

Fonte: Salutequità 2022 su dati NSG dei LEA, Ministero della Salute

Tabella 3.2.1d Indicatori di aderenza al trattamento con farmaci per l'ipertensione e lo scompenso cardiaco nella popolazione di età ≥45 anni nel periodo 2019-2021 e variazione 2021-2020

	Totale N=275.546				Nord N=124.177				Centro N=60.958				Sud N=90.411			
	2019	2020	2021	Δ % 21-20	2019	2020	2021	Δ % 21-20	2019	2020	2021	Δ % 21-20	2019	2020	2021	Δ % 21-20
Bassa aderenza**																
45-54 anni	16,4	16,3	16,9	4	15,1	14,9	15,5	4	16,6	16,9	17,3	2	17,6	17,6	18,3	4
55-64 anni	16,1	16,5	16,9	2	15,0	15,6	15,9	2	16,0	16,7	17,0	2	17,4	17,6	18,0	2
65-74 anni	17,7	18,2	17,9	-2	16,7	16,7	16,7	0	17,5	19,2	18,4	-4	19,2	19,7	19,3	-2
75-84 anni	20,2	21,1	20,2	-4	18,8	19,7	18,5	-6	20,8	21,5	21,3	-1	22,2	23,4	22,6	-3
≥85 anni	25,0	25,8	23,7	-8	22,8	23,3	21,8	-6	25,7	27,3	24,3	-11	28,2	28,8	26,5	-8
Donne	20,5	20,9	20,8	0	19,1	19,4	19,4	0	20,8	22,2	21,5	-3	22,1	22,2	22,3	0
Uomini	14,7	15,1	14,8	-2	13,9	14,2	13,8	-3	14,7	15,1	15,1	0	15,8	16,3	16,0	-2
Totale	17,7	18,1	18,0	-1	16,6	16,9	16,8	-1	18,0	18,8	18,5	-2	19,1	19,4	19,3	-1
Alta aderenza**																
45-54 anni	54,8	54,9	54,0	-2	56,7	56,8	55,6	-2	55,8	55,9	55,5	-1	52,3	52,2	51,3	-2
55-64 anni	55,4	54,6	54,7	0	56,5	56,0	55,9	0	56,7	55,7	56,4	1	53,5	52,2	52,1	0
65-74 anni	53,9	53,0	53,9	2	54,6	54,3	54,5	0	55,9	53,5	54,9	3	51,8	51,1	52,2	2
75-84 anni	49,5	48,2	49,7	3	50,6	49,5	51,1	3	50,0	48,7	50,2	3	47,3	45,6	46,5	2
≥85 anni	41,0	40,9	42,7	4	42,1	43,0	44,6	4	41,2	39,5	42,5	8	39,0	38,8	39,6	2
Donne	48,7	48,1	48,6	1	49,9	49,5	49,9	1	49,5	48,4	49,4	2	46,7	46,1	46,3	0
Uomini	58,0	57,3	57,8	1	58,7	58,5	58,6	0	59,5	58,2	59,4	2	56,2	55,2	55,6	1
Totale	53,1	52,5	53,0	1	54,1	53,8	54,0	0	54,1	53,0	54,1	2	51,2	50,5	50,8	1

* L'aderenza al trattamento è stata valutata nei 365 giorni successivi alla data della prima prescrizione (data indice) solo per i nuovi utilizzatori con almeno 2 prescrizioni erogate. La bassa aderenza al trattamento è stata definita come copertura terapeutica (valutata in base alle DDD) < 40 % del periodo di osservazione mentre l'alta aderenza è stata definita come copertura terapeutica ≥ 80% del periodo di osservazione (per ulteriori dettagli consultare i metodi statistici).

N: si riferisce ai nuovi utilizzatori, soggetti che hanno ricevuto una prima prescrizione nel periodo 01/10/2020-31/12/2020, non trattati nei mesi precedenti a partire dal 01/01/2020.

Percentuali dei soggetti con bassa/alta aderenza relativamente alla categoria specificata.

Tempo mediano (IQR) di follow-up: 327 (279-348).

IPERTENSI
ONE
SCOMPEN
SO

Hanno alta aderenza oltre il 50% dei pazienti

ASMA
BPCO

Alta aderenza per meno di un paziente su 4 (24,2%)

DIABETE

Alta aderenza per meno di un paziente su 3 (29,5%)

PSORIASI

Tasso di aderenza alla terapia entro l'anno di trattamento compresa tra il 21,6% e il 66,6%



Decreto 23 maggio 2022 n. 77
Regolamento
Assistenza Territoriale nel SSN

La Missione 6, Component 1, del PNRR delinea una nuova organizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale puntando su "reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" da completare entro il 2026. Il DM 77/22 e il testo della riforma territoriale previsto dal PNRR.

L'approccio si basa su due livelli, quello individuale di risposta ai bisogni della persona, e quello di popolazione. Prevede il Progetto di Salute, basato sulla stratificazione dei bisogni clinici, assistenziali e sociali dell'assistito, individuando interventi

- Non è stata raggiunta l'intesa con le Regioni, soggetto che dovrà implementare la riforma.
- Il Consiglio di Stato (NUMERO AFFARE 00619/2022) ha ravvisato l'«Esigenza di un riordino normativo, anche a legislazione vigente» indicando che avrebbe indubbi vantaggi in termini di chiarezza, di "accès au droit", di effettività, nonché di riduzione dello stock normativo stratificatosi nei decenni.



DISTRETTO DI CIRCA 100.000 ABITANTI, CON VARIABILITÀ SECONDO CRITERI DI DENSITÀ DI POPOLAZIONE E CARATTERISTICHE OROGRAFICHE DEL TERRITORIO.

La programmazione deve prevedere i seguenti standard:

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

Case della Comunità (CdC)						
Regione	Tot. CdC da realizzare	di cui SPOKE	di cui HUB	Da riconvertire	Da edificare	Incremento n. rispetto al finanziato PNRR
Abruzzo	40	26	14	33	7	0
Emilia-Romagna	85	40	45	61	24	1
Basilicata	19	12	7	9	10	2
Campania	172	85	87	125	47	3
Calabria	61	47	14	56	5	4
Friuli-Venezia Giulia	23	4	19	13	10	0
Lazio	135	28	107	135	0	28
Liguria	32	10	22	30	2	2
Lombardia	199	0	199	151	48	12
Marche	29	7	22	23	6	0
Molise	13	6	7	12	1	4
P.A. Bolzano	10	--	--	4	6	0
P. A. Trento	10	2	8	7	3	0
Piemonte	82	0	82	66	16	0
Puglia	121	65	56	83	38	1
Sardegna	50	34	16	38	12	0
Sicilia	156	98	58	143	13	10
Toscana	77	20	57	40	38	7
Umbria	17	0	17	17	0	0
Valle d'Aosta	4	--	--	4	0	2
Veneto	95	0	95	71	24	4
Italia	1430	484	932	1121	310	80

Fonte: Salutequità su CIS Regionali e Decreto 20 gennaio 2022 del Ministero della Salute

80 CdC in più rispetto a quelle finanziate dal PNRR.

Circa una su 3 (484) sarà Spoke: presenza medica e infermieristica 6 giorni su 7, h 12; potrebbe non prevedere servizi diagnostici di base, continuità assistenziale e punti prelievi. Sud più presenti.

Circa l'80% (1121) saranno strutture esistenti e riqualificate.

Regioni con + edifici nuovi (tra 48 e 24): Lombardia, Campania, Puglia, Toscana, Veneto, Emilia Romagna

Standard di personale per 1 Casa di Comunità hub: 7-11 Infermieri, 1 assistente sociale, 5-8 unità di Personale di Supporto (Sociosanitario, Amministrativo)

Ospedali di Comunità (OdC)

Regione	Tot Ospedali comunità	Da edificare	Da riconvertire	OdC aggiuntivi*
Abruzzo	11	2	9	1
Emilia-Romagna	27	13	14	No
Basilicata	5	1	4	No
Campania	48	18	30	3
Calabria	20	1	19	5
Friuli-Venezia Giulia	7	4	3	No
Lazio	36	1	35	1
Liguria	11	2	9	1
Lombardia	66	14	52	6
Marche	9	3	6	No
Molise	2	0	2	No
P.A. Bolzano	3	3	0	No
P. A. Trento	3	1	2	No
Piemonte	27	3	24	No
Puglia	38	11	27	7
Sardegna	13	1	12	No
Sicilia	43	3	40	4
Toscana	24	11	13	1
Umbria	5	0	5	No
Valle d'Aosta	2	0	2	1
Veneto	35	2	33	5
Italia	435	94	341	35

Centrali Operative Territoriali (COT)

Regione	COT	COT aggiuntive rispetto al finanziato da PNRR	N. COT che utilizzano spazi disponibili esistenti e funzionali non oggetto di intervento
Piemonte	43	No	35
Valle d'Aosta	1	No	0
Lombardia	101	No	95
P.A. Bolzano	5	No	2
P.A. Trento	5	No	0
Veneto	49	No	41
Friuli-Venezia Giulia	12	No	9
Liguria	16	1	13
Emilia-Romagna	45	No	40
Toscana	37	No	22
Umbria	9	No	2
Marche	15	No	3
Lazio	59	No	0
Abruzzo	13	No	11
Molise	3	No	3
Campania	65	7	51
Puglia	40	No	36
Basilicata	6	No	6
Calabria	21	2	14
Sicilia	50	1	46
Sardegna	16	No	12
Italia	611	11	441

Fonte: Salutequità su CIS Regionali e PNRR

* rispetto al finanziato da PNRR

Fonte: Salutequità su CIS Regionali e Decreto 20 gennaio 2022 del Ministero della Salute

Standard personale per OdC con 20 posti letto:
7-9 infermieri (di cui 1 Coordinatore infermieristico); 4-6 Operatori Sociosanitari; 1-2 unità altro personale sanitario riabilitativo; 1 Medico per 4,5/die per 6 su 7.

Standard personale di 1 COT per 100.000 abitanti: 1 Coordinatore Infermieristico, 3-5 Infermieri, 1-2 unità di Personale di Supporto.

Il personale sociosanitario: fabbisogno economico per DM/77 a regime (fine 2026)



FABBISOGNO DI PERSONALE PER RIFORMA ASSISTENZA TERRITORIALE	
Professione	n. di professionisti
Medici	2.000
Infermieri	20.000
Altre professioni sanitarie	5.400
Oss	8.890
Altri dirigenti sanitari	1.400
Personale di supporto	15.640
Elaborazione Salutequità	

Considerando che ad oggi...
(e gli stipendi sono tra i più bassi d'Europa)



Professione sanitaria	Costo medio lordo/annuo aziendale (in euro)	
Medici	95.000	
Infermieri	40.000 (1. Rel tecnica PNRR)	49100 (2. Rel tecnica legge Bilancio 2022)
Altre professioni sanitarie	40.000	
Oss	33.000	
Altri dirigenti sanitari	90.000	
Personale di supporto	35.000	
Salutequità su Conto annuale della Ragioneria generale dello Stato e bilanci Ssn		

Il totale del fabbisogno per coprire le esigenze di personale secondo gli standard fissati nel DM 77

è stimabile quindi tra 2.134.870.000 – 2.316.870.000 euro.

Le mancate coperture quindi da colmare sono stimabili in circa mezzo miliardo di euro.



La digitalizzazione del SSN è uno degli obiettivi strategici del PNRR, dei suoi investimenti (es. 1 miliardo per la piattaforma di telemedicina, 18 milioni per la formazione manageriale digitale) ed è uno degli strumenti per attuare il Piano Nazionale Cronicità (PNC).

I risultati attesi dal PNC *l'implementazione di servizi di telemedicina e l'incremento di modelli di assistenza capaci di coniugare soluzioni tecnologiche con i bisogni di salute delle persone*, proponendo la sperimentazione di modelli, la produzione di studi di fattibilità e analisi costo-beneficio, la condivisione di esperienze in telemedicina

Tipologia di servizio	Anno 2018	Anno 2021	Differenza 2018-2021
Teleconsulto	82	129*	+ 47
Telerefertazione	66	80	+ 14
Telemonitoraggio	61	135	+ 74
Teleassistenza	14	58	+ 44
Telecooperazione sanitaria	13	53**	+ 40
Televisita	11	160	+ 149
Telesalute	8	--	- 8
Teleriabilitazione	--	19	+ 19
Altro	27	35	+ 8
Totale	282	669	+387

*nel 2021 specificato teleconsulto medico

**nel 2021 specificato telecooperazione/teleconsulenza medico-sanitaria

--non specificato/non presente nel prospetto in termini assoluti

Fonte: Rielaborazione Salutequità su dati Manuale Operativo e buone pratiche per ispirare e supportare l'implementazione del PNRR, Agenas



Il 59% delle esperienze del 2021 è rivolto a pazienti cronici (il 18% a persone con cronicità con stabilizzazione post acuzie); poco meno di una su 4 ai pazienti acuti, passando dal 45% del 2018 al 24% del 2021.

Solo l'11% (41 esperienze) è un **servizio istituzionalizzato a livello regionale e si riferisce a 14 Regioni**: Lazio (12), Lombardia (5), Umbria (4), Campania (4), Puglia (3), Veneto (2), Toscana (2), Friuli-Venezia Giulia (2), Abruzzo (2), Sicilia (1), Marche (1), Liguria (1), Emilia-Romagna (1), Calabria (1). Un numero notevolmente superiore è quello dei servizi istituzionalizzati a livello aziendale, ovvero 211; 61 sono le sperimentazioni.

L'efficacia clinica viene valutata solo per una esperienza di telemedicina su 3. I principali KPI di monitoraggio guardano **all'assistenza ospedaliera** (30% tra ricorso al PS e ospedalizzazioni), **aderenza alle terapie e controllo della spesa farmacologica** (20%); solo il 10% misura l'esperienza del paziente (PREMS/PROMS) e nel residuale 8% il gradimento degli utenti, l'utilizzo degli operatori sanitari, l'umanizzazione delle cure. **34 esperienze misurano gli effetti sulla "sanità" del territorio in termini di accessi negli studi dei MMG/PLS o al domicilio. Solo 92 hanno un livello di integrazione con il FSE.**

Le esperienze realizzate o in progettazione promosse da società scientifiche e/o associazioni pazienti (es. piattaforma iAR promossa da SIR, Gimema Alliance promossa da Gimema, etc.) ad oggi hanno coinvolto più di 5300 pazienti e circa 150 centri. Buone notizie per il raggiungimento dell'obiettivo di assistere sfruttando gli strumenti della telemedicina 200.000 persone nostro Paese entro il 2025 (target UE), forse anche poco sfidante.

Fonte: presentazione Ministero salute, Battilomo 2022 e desk reasearch Salutequità
L'applicazione della telemedicina analogamente a quanto riportato per il FSE, si è



La **Regione Piemonte** con la sua D.D. 2 maggio 2022, n. 725 ha ripreso in mano l'attuazione del Piano Regionale Cronicità, considerando che la pandemia da Covid-19 ha forzatamente ridotto l'attuazione delle azioni previste a livello aziendale per l'implementazione dei rispettivi Piani Cronicità e quindi impedito nei fatti il raggiungimento di quanto preventivato con il cronoprogramma 2020-2021.

Ha definito una serie di **obiettivi, azioni e tempi** di conseguimento per rendere monitorare l'effettività della programmazione.

Rispetto alla telemedicina ha previsto la **definizione di almeno una prestazione erogabile sul territorio in telemedicina per ciascun PSDTA.**

Entro il 31/12/2022 il monitoraggio puntuale delle prestazioni erogate in telemedicina nei PSDTA al livello regionale e locale e, entro la stessa scadenza, l'inserimento progressivo delle azioni previste dai PSDTA nel FSE per le seguenti patologie: BPCO, scompenso cardiaco, malattia renale cronica, malattia di Parkinson, con valutazione del numero di informazioni effettivamente inserite.

1



Rifinanziare nella prossima Legge di Bilancio il fondo per la riduzione delle liste d'attesa (per corrispondere tempestivamente alle richieste di prestazioni ambulatoriali, screening e di ricovero ospedaliero non erogate nel periodo dell'emergenza epidemiologica), ancorando l'erogazione dei finanziamenti al raggiungimento (verificato) degli obiettivi secondo le tempistiche preventivamente individuate.

2



Attuare e aggiornare il PNC alla luce delle novità intercorse in termini di politiche del personale, modelli organizzativi e investimenti/riforme PNRR (es. sanità digitale, DM 77) anche integrando le patologie ricomprese (es. Sclerosi Multipla, Psoriasi, Cefalea cronica, OSAS, Poliposi Nasale, Asma anche nell'adulto, etc.

3



Rivedere il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) rendendo indicatore core quello sui PDTA, prevedere tra gli indicatori core sull'attuazione del Piano Nazionale Cronicità e del Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa.

4



Aggiornare i PDTA indicando dove/per chi/quando/come sono consigliate le prestazioni di telemedicina, supportando i clinici/operatori sanitari nelle valutazioni sulle modalità erogative più opportune (tele o tradizionali).

5



Misurare gli esiti dei PDTA e della telemedicina anche con un aggiornamento del PNE, guardando agli esiti di salute e dimensioni quali ad esempio equità e qualità di vita di pazienti e caregiver (i PREMS e i PROMS devono diventare un valore assoluto per il SSN), impatto sul territorio, umanizzazione, etc.

6



DEFINIRE E APPROVARE GLI STANDARD DI PERSONALE SANITARIO per ogni ambito dell'assistenza sanitaria (ospedaliera e territoriale) e sociosanitaria.

7



SUPERARE LA LOGICA DEI TETTI DI SPESA DEL PERSONALE per garantire il corretto finanziamento dei relativi standard, da definire e approvare al più presto.

8



INVESTIRE NEL PERSONALE SANITARIO al fine di:

- garantire la corretta dotazione degli organici necessari a sostenere nel 2026 l'attuazione completa degli standard dell'assistenza sanitaria territoriale (DM 77) e il funzionamento delle nuove strutture e dei servizi previsti dal PNRR (Missione 6);
 - valorizzare professionalmente ed economicamente i professionisti sanitari impegnati nel Servizio Sanitario Nazionale, così da renderlo maggiormente attrattivo e superare le attuali difficoltà di reclutamento;
-

9



- superare le attuali carenze di organico (ospedale e territorio).

GARANTIRE IL PIÙ ALTO LIVELLO DI BENESSERE ORGANIZZATIVO.

SALUTE  **QUITÀ** [®]

www.salutequita.it