

I progetti per l'innovazione degli ospedali della Regione Calabria



Presidenza del Consiglio dei Ministri

REGIONE CALABRIA

Ing. Iole Fantozzi

Subcommissario per l'attuazione del piano di rientro dal debito sanitario



Esperienze Telemedicina Regione Calabria

Ad oggi, eccetto poche esperienze, i servizi di telemedicina nelle Regioni sono piccole sperimentazioni e pochissimo integrati con FSE, SPID o piattaforme regionali.

La Regione Calabria mira a migliorare l'assistenza delle persone affette da patologie croniche e dunque a promuovere lo sviluppo della telemedicina per l'assistenza a distanza da parte dei sistemi sanitari regionali.

Si pone pertanto l'obiettivo di attivare piattaforme e applicazioni regionali integrate di:

- **televisita,**
- **teleconsulto,**
- **teleassistenza,**
- **telemonitoraggio**

Struttura	Servizio di telemedicina	Prestazione di telemedicina	Prestazione di telemedicina
AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	Monitoraggio remoto pz con Device PM-ICD-ILZ	Telemonitoraggio	
A.S.P. COSENZA	TELECARDIOLOGIA RIS PACS	Teleconsulto medico	
A.S.P. COSENZA	SERVIZIO INTEGRATO DI TELECARDIOLOGIA	Teleconsulto medico	Telemonitoraggio
A.S.P. CATANZARO	Gestione in remoto dei pazienti con Fibrosi Cistica	Teleconsulto medico	
A.S.P. CATANZARO	Telerefertazione esami di diagnostica per immagini	Teleconsulto medico	
ISTITUTO SANT'ANNA	Teleriabilitazione domiciliare	Teleconsulto medico	Teleriabilitazione
Azienda Ospedaliera Pugliese De Lellis	teleconsulto per stroke unit Neurochirurgia	Teleconsulto medico	
ROMOLO HOSPITAL (EX VILLA EVA)	Uro.Net	Televisita	Telesassistenza da parte di professioni sanitarie (infermiere/fisioterapista/logopedista/ecc)
ISTITUTO SANT'ANNA	Assistenza domiciliare di terzo livello "Oberon"	Teleconsulto medico	Telemonitoraggio

9 Servizi offerti

#ForumRisk19

Mappatura ministeriale effettuata Ottobre 2021

forumriskmanagement.it

Anno 2022

The Infection That's Silently Killing Coronavirus Patients

This is what I learned during 10 days of treating Covid pneumonia at Bellevue Hospital.

By Richard Levitan
Dr. Levitan is an emergency doctor.

April 20, 2020

Silent hypoxia progressing rapidly to respiratory failure explains cases of Covid-19 patients dying suddenly after not feeling short of breath. (It appears that most Covid-19 patients experience relatively mild symptoms and get over the illness in a week or two without

Richeldi: "Diamo un saturimetro ad ogni famiglia. Ci fa capire se è polmonite"



29 Ottobre 2020, [repubblica.it](https://www.repubblica.it)

Parla lo pneumologo membro del Comitato tecnico scientifico: "Salvo per i pazienti più fragili, è uno strumento facile da usare come un termometro e avverte se è necessario intervenire subito"

Coronavirus: un saturimetro in casa rileva l'insufficienza respiratoria

Uno strumento di facile uso che potrebbe permettere di monitorare a distanza i pazienti fragili o anziani colpiti da Covid che non necessitano di cure urgenti. Attenzione al valore soglia che è del 94%

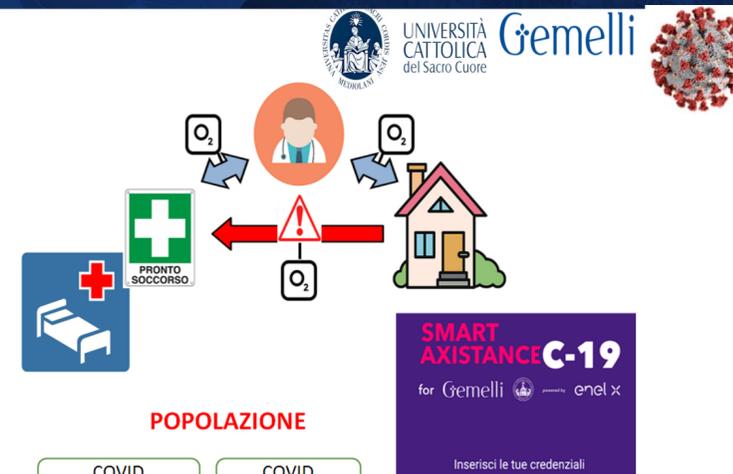
di LAURA CUPPINI di Laura Cuppin

10 Novembre 2020, [corriere.it](https://www.corriere.it)



La questione dei ricoveri in terapia intensiva inappropriati credo si debba affrontare in un quadro più articolato, anche perché ci sono alcune aree del Paese che hanno bisogno di affrontare le cure con un ricovero. È importante quindi, fornire indicazioni ai medici di base sulle terapie da dare ai pazienti Covid affinché non arrivino in rianimazione e ai quali, anzi, andrà dato un saturimetro per una gestione domiciliare attenta e costante.

#ForumRisk19



POPOLAZIONE

COVID neodiagnostico

- NO ossigenoterapia
- Capacità psicofisica del paziente
- Valutazione delle comorbidità

SATCov



COVID convalescente

- Ossigenoterapia ammessa
- Capacità psicofisica del paziente (o del caregiver)
- Valutazione degli obiettivi

SMART AXISTANCE C-19
for Gemelli enel x
Inserisci le tue credenziali

www.forumriskmanagement.it



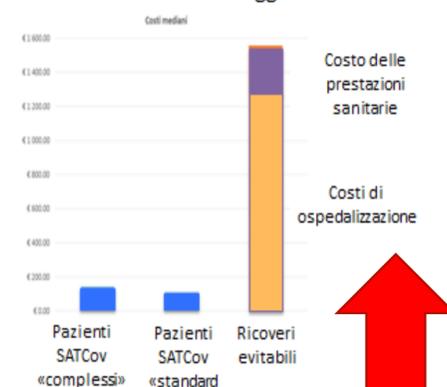
Anno 2022



- Staff coinvolto per turno:
- 1 Medico dipendente (a chiamata)
 - 1 Medico specializzando
 - 1 Infermiere
 - 1 Dipendente amministrativo (a chiamata)

Totale per paziente telemonitorato

Costi mediани, a confronto con una popolazione di pazienti ospedalizzati per COVID con caratteristiche sovrapponibili ai pazienti del telemonitoraggio



Pazienti telemonitorati «complessi»
 (maggior numero di televiste)
 Pazienti telemonitorati
Ricoveri evitabili

Costi mediани

€ 142,59

€ 110,63

Costi mediани

€ 1.280,00

€ 276,11

Pazienti deospedalizzati e controllati a domicilio circa 50 oltre ospiti RSA covid positivi non ricoverati

#ForumRisk19



www.forumriskmanagement.it



Anno 2022 **DM 71:**

MODELLI E STANDARD PER LO SVILUPPO DELL'ASSISTENZA NEL TERRITORIO



Progetto della Regione Calabria sulla sperimentazione delle nuove “strutture di prossimità”

Lo sviluppo della telemedicina va considerato come un elemento abilitante per l'attuazione della riorganizzazione dell'assistenza territoriale

SCHEDA DI PROGETTO			
1	<table border="1"> <tr> <td>TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO</td> <td>La Telemedicina come perno centrale di una struttura di prossimità per la cura domiciliare della fragilità</td> </tr> </table>	TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	La Telemedicina come perno centrale di una struttura di prossimità per la cura domiciliare della fragilità
TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	La Telemedicina come perno centrale di una struttura di prossimità per la cura domiciliare della fragilità		
2	<table border="1"> <tr> <td>REGIONE</td> <td>CALABRIA</td> </tr> </table>	REGIONE	CALABRIA
REGIONE	CALABRIA		

Un'articolazione della missione Salute del PNRR è l'assistenza domiciliare e la non-autosufficienza

Sottomisura	Totale
	1.2.1 La casa come primo luogo di cura 2.720.000.000 €
1.2: Casa come primo luogo di cura, assistenza domiciliare e telemedicina	1.2.2 Lo sviluppo di un nuovo modello organizzativo: la Centrale Operativa Territoriale 280.000 €
	1.2.3: La telemedicina a supporto dei pazienti con patologie croniche 1.000.000.000 €
Totale	4.000.000.000 €

Tabella 2. Dettaglio della sottomisura 1.2 “Casa come primo luogo di cura, assistenza domiciliare e telemedicina”

#ForumRisk19



www.forumriskmanagement.it

Obiettivo del progetto

Sviluppare un modello di struttura di prossimità attraverso la sperimentazione dell'integrazione operativa del servizio multispecialistico di Telemedicina del Policlinico Universitario Materdomini dell'Università Magna Graecia di Catanzaro con le Aziende Sanitarie Provinciali di Catanzaro e Cosenza ed i loro distretti socio-sanitari con il supporto delle loro rispettive C.O.T., nell'ottica di un'integrazione socio-sanitaria per poter definire linee di indirizzo/standard di attività quali indicazioni per estendere il modello a tutta la regione



#ForumRisk19

[Cuore vettore creata da macrovector - it.freepik.com](https://it.freepik.com/vettori/ cuore)

E' ad oggi attiva, unica in Regione, la Struttura Operativa di Telemedicina presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Mater Domini dell'Università Magna Graecia, un reparto interamente dedicato alle attività ambulatoriali in telemedicina disponibile per tutte le UUOO aziendali con già attivi **16 teleambulatori specialistici** sotto elencati:

- NEUROLOGIA
- CARDIOLOGIA
- NUTRIZIONE CLINICA
- MALATTIE DEL METABOLISMO
- GERIATRIA
- PNEUMOLOGIA
- MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI
- GASTROENTEROLOGIA
- NEFROLOGIA
- ENDOCRINOLOGIA
- ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA
- CARDIOCHIRURGIA
- PSICHIATRIA
- MEDICINA INTERNA
- FARMACOLOGIA CLINICA
- MAXILLO-FACCIALE
- OCULISTICA



#ForumRisk19





www.forumriskmanagement.it

Reti e presidi territoriali, Fascicolo Sanitario Elettronico, Telemedicina, competenze: sono questi i principali elementi che il PNRR mira a rafforzare e sviluppare per i prossimi anni. E' ormai evidente come un sistema sanitario sostenibile, resiliente, equo, non possa prescindere dalla necessità di ripensare i servizi e i processi integrandoli con il digitale, rendendoli efficaci ed efficienti e modellandoli sulle esigenze dei vari attori che operano nel settore, in primis operatori sanitari e cittadini/pazienti

PNRR e telemedicina

- ✓ Component 1 – RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE (7 M€)
- ✓ Component 2 - INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (8,63 M€)

Pnrr e sanità, ecco le misure della Missione 6 con uno stanziamento pari a 15,63 miliardi di euro

Il progetto è finalizzato all'**ammodernamento tecnologico** delle attrezzature di alta tecnologia e alla **digitalizzazione delle strutture sanitarie** (sia in termini di processi che di infrastruttura tecnologica e asset informatici). In particolare, l'intervento è orientato a:

- **ammodernare gli asset tecnologici in dotazione presso le strutture ospedaliere, sostituendo tutto il parco delle grandi apparecchiature sanitarie vetuste (anzianità maggiore di 5 anni);**
- **digitalizzare tutti i processi clinico-assistenziali ospedalieri delle strutture sede di DEA di II livello, con particolare riferimento ai sistemi di blocco operatorio, Laboratory Information System, risonanze, servizi di farmacia, pronto soccorso, sistemi di accettazione/dimissione/trasferimento, prescrizione e somministrazione farmaci, diagnostica per immagini, repository e order entry.**

C2 - 1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero
Investimento 1.1.1 – Digitalizzazione DEA I e II livello



Anno 2024

Adozione del **Piano Triennale di Sanità Digitale 2024-2026**.

L'obiettivo primario è il potenziamento dei servizi sanitari regionali, con particolare attenzione all'integrazione tecnologica e alla gestione efficiente dei flussi informativi.

Questo progetto rappresenta una componente strategica per migliorare la qualità delle cure e **ottimizzare** le risorse a disposizione.



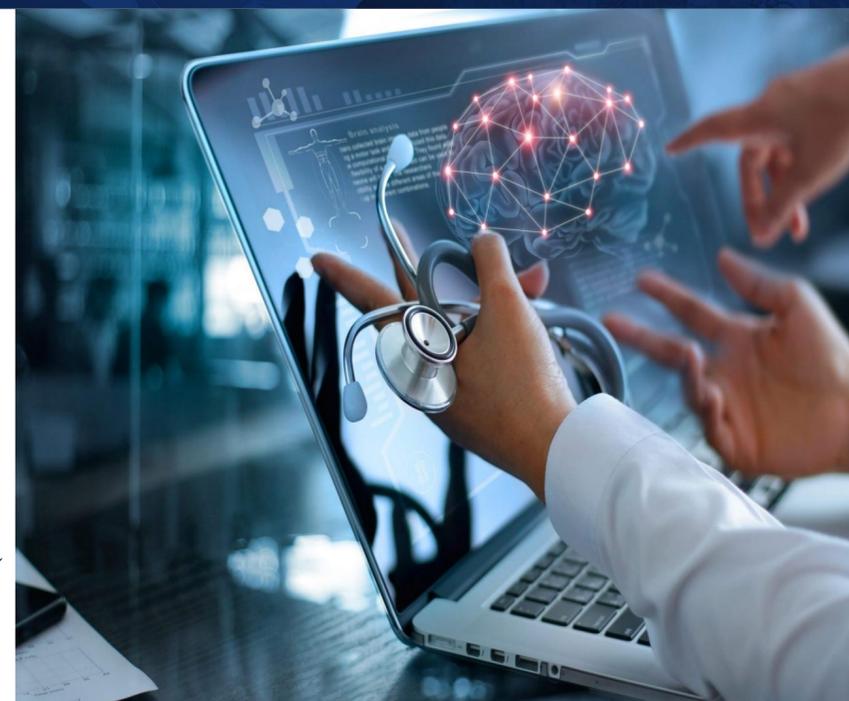
Principali Linee di Azione

- 1. Transizione Digitale:** Il Piano Triennale è conforme al **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)**, che dedica una parte significativa di risorse alla digitalizzazione sanitaria. Le azioni previste includono:
 - L'adozione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), strumento fondamentale per la condivisione dei dati clinici tra i vari attori del sistema sanitario.
 - L'adesione al **Polo Strategico Nazionale (PSN)** per la gestione unificata del Sistema Informativo Sanitario Regionale.
- 2. Infrastrutture Digitali:**
 - Creazione di una piattaforma digitale centralizzata per il monitoraggio e la gestione delle emergenze.
 - Implementazione di sistemi di telemedicina e teleassistenza per ridurre la pressione sugli ospedali e migliorare l'accesso ai servizi nelle aree periferiche.
- 3. Cybersecurity e Protezione dei Dati:** La Regione ha avviato una strategia di cybersecurity per proteggere le infrastrutture critiche e garantire la sicurezza dei dati sanitari. Ciò è stato rafforzato da un piano specifico per la protezione della privacy, in linea con il **GDPR** e le normative europee.
- 4. Sviluppo delle Competenze:** Il Piano prevede programmi di formazione per il personale sanitario al fine di facilitare l'adozione delle nuove tecnologie.

Risultati Attesi

L'implementazione di queste innovazioni mira a:

- Migliorare l'**accessibilità** e la **qualità** dei servizi sanitari.
- **Ridurre** i tempi di attesa attraverso una gestione più efficace delle risorse.
- Sostenere un modello ospedaliero **innovativo**, che risponda alle esigenze della popolazione con maggiore flessibilità.



INNOVAZIONE DI METODO PER LA RISOLUZIONE DEL PROBLEMA DELLA CARENZA DI MEDICI

La risoluzione del problema è stata articolata su più azioni con tempi diversi:

1. **In urgenza:** reclutamento in tempi molto più celeri di qualsiasi procedura concorsuale di un cospicuo contingente di medici extra UE già formati e da inserire immediatamente nei sottodimensionati organici ospedalieri con contratti di lavoro a tempo determinato. Per affrontare la generale carenza di medici, nel 2022 il Governo della Calabria ha stretto un accordo con il Governo cubano per assumere 497 medici cubani entro il 2024. Ad oggi, i medici cubani presenti negli ospedali calabresi sono **343** assunti con contratti annuali di lavoro e distribuiti principalmente nei servizi di emergenza, chirurgia e anestesia. La loro presenza ha evitato la chiusura di numerosi servizi, e i riconoscimenti ufficiali ottenuti dalle istituzioni locali e dalle associazioni dei pazienti testimoniano l'efficacia del loro contributo alle comunità locali. Inoltre, si è evitata una maggiore spesa sanitaria dovuta all'utilizzo di medici "a gettone";
2. **A breve-medio termine:** Con la nascita di Azienda zero quale soggetto aggregatore per la gestione dei reclutamenti su scala regionale;
3. **A lungo termine:** apertura di nuove facoltà di medicina per formare medici in regione rispetto al fabbisogno e per incrementare il numero delle possibili assunzioni rendendo, nel contempo, più attrattivo il sistema sanitario regionale

MEDICI IN SERVIZIO AL 31 DICEMBRE 2021	3635
FABBISOGNO TEORICO DI MEDICI	6042
TOTALE MEDICI DA RECLUTARE IN TUTTE LE SPECIALIZZAZIONI	2407

MEDICI NECESSARI IN REGIONE CALABRIA



UNIVERSITÀ degli STUDI MAGNA GRÆCIA di CATANZARO

Segreteria Studenti

Decreto n. 838

300

**Anno accademico 2021/2022
STUDENTI AMMESSI UMG
CATANZARO**

Università statali

Regione	Università	Medicina
Calabria	Università degli Studi "Magna Graecia"	433
Calabria	Università della Calabria	115
Calabria	Università degli Studi "Magna Graecia"	80

628

Anno accademico 2024/2025

#ForumRisk19



www.forumriskmanagement.it



**BORSE DI
SPECIALIZZAZIONE MEDICA
REGIONALI IN AGGIUNTA A
QUELLE STATALI
ANNO ACCADEMICO
2024-2025**

Sanità

Università, la Regione istituisce 100 nuove borse di specializzazione medica

Dodici milioni le risorse stanziare, di cui è stata comunicata la disponibilità al ministero competente

Redazione - 17 Settembre 2024 12:29

2024 → +100

2023 → +84

 LaC News24
<https://www.lacnews24.it> › Sanità

[Borse di specializzazione per medici, quest'anno la ...](#)

28 set 2023 — Borse di specializzazione per medici, quest'anno la Regione fa sul serio: ne finanzia 84 per 12 milioni di euro. È un vero e proprio salto di ...

#ForumRisk19



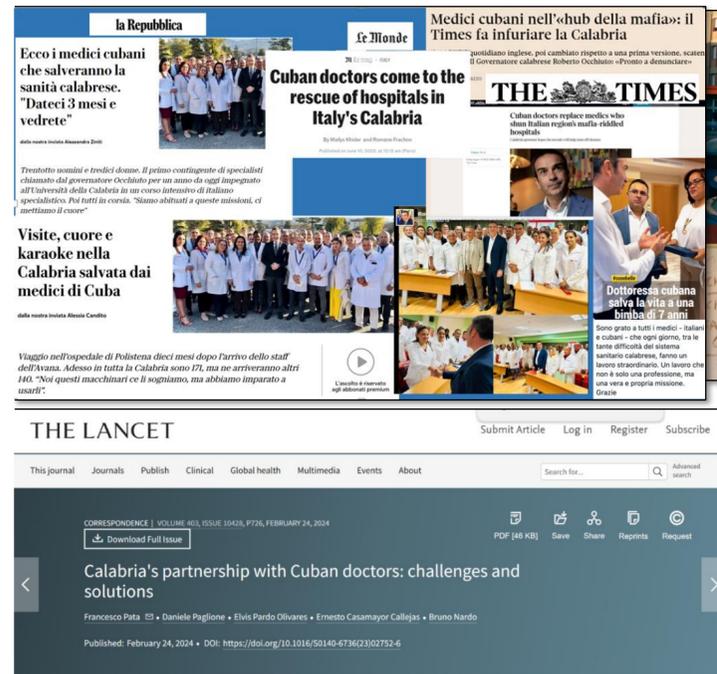
www.forumriskmanagement.it

Medicina e chirurgia d'accettazione d'urgenza	137
Pediatria	27
Terapia intensiva e rianimazione	84
Chirurgia generale	36
Malattie dell'apparato cardiovascolare	68
Ostetricia e ginecologia	50
Radiodiagnostica	31
Ortopedia e traumatologia	64
TOTALE	497

FABBISOGNO URGENTE ESPRESSO DALLE AZIENDE A GIUGNO 2022

PREVISIONI PENSIONAMENTI DIRIGENTI MEDICI					
TRIENNIO 2024-2026					
COD. DISC	DISCIPLINA	2024	2025	2026	TOTALE TRIENNIO
	TOTALI	168	161	171	500

ULTERIORI PREVISIONI PENSIONAMENTI DI DIRIGENTI MEDICI



la Repubblica
Ecco i medici cubani che salveranno la sanità calabrese. "Dateci 3 mesi e vedrete"

Le Monde
Cuban doctors come to the rescue of hospitals in Italy's Calabria

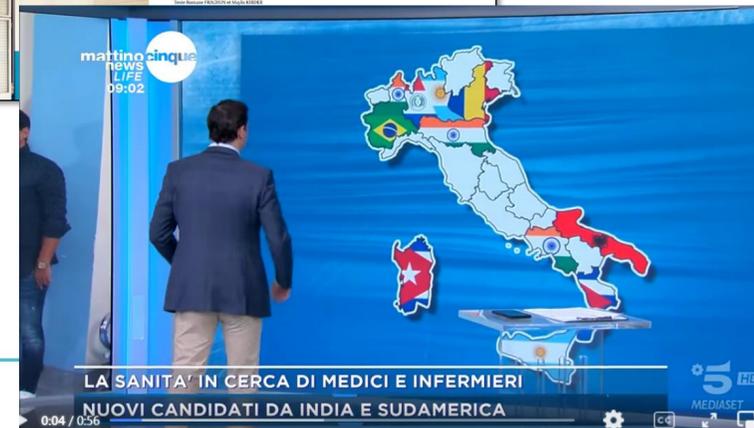
THE TIMES
Cuban doctors replace medics who shut Italian region's mafia-riddled hospitals

THE LANCET
Calabria's partnership with Cuban doctors: challenges and solutions

Le Monde

ALCUNI ARTICOLI E TRASMISSIONI SUI RECLUTAMENTI IN URGENZA DI MEDICI CUBANI NECESSARI PER NON CHIUDERE I SERVIZI SANITARI A CAUSA DELLA "GOBBA PENSIONISTICA" IN ATTO IN ITALIA

Les blouses blanches cubaines au chevet des hôpitaux italiens.



LA SANITA' IN CERCA DI MEDICI E INFERMIERI
NUOVI CANDIDATI DA INDIA E SUDAMERICA

DA DOVE «RIPARTIRE»?da una accurata rivalutazione dei fabbisogni, dei LEA e della prevenzione



26-29 NOVEMBRE 2024
AREZZO FIERE E CONGRESSI



European Review for Medical and Pharmacological Sciences | 2020; 24: 4616-4622

Editorial – Epidemiological transition, crisis of the Italian health system: ethical and logical economic choices

A. DE LORENZO¹, E. ESPOSITO²

¹Section of Clinical Nutrition and Nutrigenomics, Department of Biomedicine and Prevention, University of Rome Tor Vergata, Rome, Italy
²Direzione Generale Dipartimento Politiche della Persona, Regione Basilicata, Potenza, Italy

Nel 2025 il FSN è di € 136,5 miliardi pari al **6,05% del PIL**.

La crescita del FSN è nettamente insufficiente rispetto alle difficoltà della sanità pubblica di garantire in maniera equa il diritto alla tutela della salute. Perché....

L'universalismo del nostro SSN sarebbe garantito con un FSN di circa 210 miliardi.

Di questi 210 miliardi, circa 40 miliardi sono spesi dai cittadini facendo ricorso a risorse proprie, la differenza pari a 170 miliardi eccede dall'attuale fondo (136,5) di **33,5 miliardi**.

In un sistema sanitario che funziona come ad esempio quello tedesco, lo Stato destina alla sanità il 9,6% del PIL.

Destinando anche in Italia la stessa percentuale avremmo un FSN pari a circa 217 miliardi di euro che sarebbe sufficiente per garantire tutto il fabbisogno sanitario.

Entro il 2025 si stima che il **fabbisogno di spesa sanitaria sarà compreso tra 210 e 220 miliardi**, sulla base di questi fattori: **entità del sottofinanziamento del sistema sanitario; evidenza di violazione dei livelli minimi di welfare; screening oncologici; hospice e lunga degenza; stabilizzazione; nuove assunzioni; adeguamenti salariali agli standard europei; ma, soprattutto, invecchiamento della popolazione.**

DA DOVE «RIPARTIRE»?DAL SUPERAMENTO DEL PIL

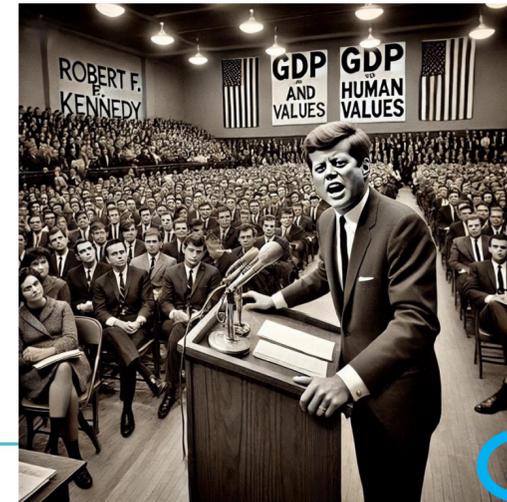
Lo diceva già Robert Kennedy nel 1968, affermando che **“misura tutto tranne ciò che rende la vita degna di essere vissuta”**. A distanza di più di quarant’anni, nel mondo sono state proposte tante soluzioni diverse per trovare un indicatore di sviluppo economico alternativo al prodotto interno lordo

The Main Determinants of Health



#Foru

Source: Dahlgren and Whitehead, 1993



Nel suo discorso del 1968 all'Università del Kansas, Robert F. Kennedy criticò profondamente il PIL come misura inadeguata del benessere e della prosperità di una nazione. Egli sosteneva che il PIL include molte attività economiche che non migliorano la qualità della vita e omette altri aspetti fondamentali per il benessere umano. Le principali critiche di Kennedy al PIL possono essere riassunte come segue:

1. Inclusione di attività dannose: Kennedy osservava che il PIL include attività economiche che non solo non contribuiscono al benessere, ma addirittura possono danneggiarlo. Esempi citati includevano la produzione di armi, la pubblicità del tabacco e l'inquinamento, tutti elementi che aumentano il PIL ma non riflettono il reale miglioramento della qualità della vita [YouTube](#)

2. Esclusione di aspetti importanti del benessere: Il PIL non tiene conto di elementi essenziali come la salute, l'educazione, la felicità delle persone, la bellezza dei paesaggi, e le relazioni umane. Per Kennedy, questi aspetti rappresentano il vero benessere e la ricchezza di una società, ma non vengono rilevati dal PIL [YouTube](#)

3. Mancanza di valori umani: Kennedy enfatizzava che il PIL non misura "né il nostro spirito né la nostra cultura" e non considera qualità immateriali come la giustizia, la saggezza, la compassione e la dedizione alla patria. Secondo lui, il PIL è solo un numero che ignora i valori umani che danno significato alla vita [CONVERSABLE ECONOMIST](#)
Con questo discorso, Kennedy lanciò una riflessione profonda sulla **necessità di indicatori alternativi al PIL per guidare le decisioni politiche e definire il progresso umano.**

Il Bes, un nuovo indice tutto italiano

Il **Benessere equo e sostenibile** è il risultato del percorso per superare il PIL portato avanti **dall'Istat e dal Cnel**. Il primo rapporto annuale è stato pubblicato a marzo 2013. Il Bes viene determinato a partire da dodici dimensioni:

1. Salute
2. Istruzione e formazione
3. Lavoro e conciliazione tempi di vita
4. Benessere economico
5. Relazioni sociali
6. Politica e istituzioni
7. Sicurezza
8. Benessere soggettivo
9. Paesaggio e patrimonio culturale
10. Ambiente
11. Ricerca e innovazione
12. Qualità dei servizi

Ciascuna di esse contiene una serie di indicatori (in tutto sono 134). **Per la salute ad esempio si valutano – tra gli altri – il fumo, la sedentarietà e l'eccesso di peso**; per l'istruzione e l'educazione le percentuali di Neet (giovani che non studiano né lavorano) e abbandono scolastico; per l'area dell'ambiente invece la disponibilità di verde urbano, la presenza di aree contaminate e così via.