

RIPENSARE LA SANITÀ TERRITORIALE OPPORTUNITÀ E RISCHI TRA COVID E PNRR

RACCOLTA DEI LAVORI

Roberto Speranza
Ministro della Salute

Gaetano Quagliariello
Presidente Fondazione Magna Carta

Annamaria Parente
Presidente Commissione Igiene e Sanità al Senato

Fabiola Bologna
Segretario della Commissione Affari Sociali alla Camera dei Deputati

Francesca Lecci
Associate Professor of Practice SDA Bocconi, Bocconi University

Ferdinando Romano
Professore ordinario di Igiene generale e applicata
presso l'Università "La Sapienza" di Roma - Direttore Generale
della ASL Avezzano-Sulmona-L'Aquila

Antonio Scalzo
Medico presso l'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro

Roberto Occhiuto
Presidente Regione Calabria



“Ripensare la sanità territoriale: opportunità e rischi tra covid e PNRR”

WEBINAR DEL 5 MAGGIO 2022

[CLICCA QUI PER RIVEDERE LA DIRETTA](#)

Il presente documento viene alla luce per raccogliere le riflessioni nate nel **Webinar “Ripensare la sanità territoriale: opportunità e rischi tra covid e PNRR”**, organizzato dalla Fondazione Magna Carta e con il contributo della componente “Italia al centro” del Gruppo Misto del Senato della Repubblica, all’interno della quale si sono riuniti, in un unico tavolo, rappresentanti delle istituzioni, personale sanitario e sociosanitario ed esperti del settore, al fine di avviare una riflessione sulle riforme connesse all’attuazione del PNRR concernenti il potenziamento della sanità territoriale, ponendo l’accento sulle opportunità e sui rischi connessi a tali interventi e cambiamenti.

Hanno preso parte ai lavori:

- **Roberto Speranza**, *Ministro della Salute*
- **Gaetano Quagliariello**, *Presidente Fondazione Magna Carta*
- **Annamaria Parente**, *Presidente Commissione Igiene e Sanità al Senato della Repubblica*
- **Fabiola Bologna**, *Segretario della Commissione Affari Sociali alla Camera dei Deputati*
- **Francesca Lecci**, *Associate Professor of Practice SDA Bocconi, Bocconi University*
- **Ferdinando Romano**, *Professore ordinario di Igiene generale e applicata presso l’Università “La Sapienza” di Roma - Direttore Generale della ASL Avezzano-Sulmona-L’Aquila*
- **Antonio Scalzo**, *Medico presso l’Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro*
- **Roberto Occhiuto**, *Presidente Regione Calabria*

Un'opportunità storica

LE RISORSE E LE RIFORME

Da un punto di vista di stanziamenti, la fotografia dello stato attuale mostra un quadro significativo e segna l'apertura di una fase nuova, contrassegnata da 10 miliardi in più sul fondo sanitario nazionale - con impegno a crescere -, 20 miliardi per il PNRR e, per la prima volta nella lunga stagione di programmazione europea del nostro Paese, 625 milioni per il Piano Organizzativo Nazionale (PON) salute. La premessa necessaria e indispensabile per un vero cambiamento, ossia **le risorse**, dunque, c'è: al fine di migliorare il nostro Servizio Sanitario Nazionale occorre però affiancare a questi finanziamenti adeguate **riforme**, in particolare per ciò che attiene all'implementazione dell'assistenza territoriale, che deve passare per due punti fondamentali:

1. In primo luogo, **l'implementazione della capacità di prossimità del SSN**, investendo fino in fondo sull'idea di prossimità, sull'idea di una sanità più vicina ai problemi dei cittadini, immaginando la casa come il primo luogo di cura e potenziando le strutture intermedie:

- ❖ le Case di Comunità come primo spazio di presa in carico;
- ❖ gli ospedali di comunità per le cure intermedie a prevalente gestione infermieristica;
- ❖ le Centrali operative territoriali, "il cervello" che organizza la risposta sul territorio;

2. in secondo luogo, l'utilizzo intelligente ed integrato delle nuove tecnologie, della nuova sanità digitale, declinando **il concetto di prossimità come innovazione**:

- ❖ investire nella telemedicina, sulla teleassistenza, sulla televisita, sul teleconsulto, costruendo un servizio sanitario nazionale capace di dialogare costantemente con i propri cittadini attraverso l'utilizzo delle nuove tecnologie.

L'obiettivo è quello di diventare - entro il 2026 - il primo paese d'Europa per assistenza domiciliare: con gli investimenti previsti nel PNRR si vuole arrivare entro il 2026 a portare l'Italia al 10% di assistenza domiciliare sopra i 65 anni raggiungendo tale obiettivo.

Le criticità

I GRANDI ASSENTI DEL PNRR

IL PRIMO GRANDE ASSENTE: IL PAZIENTE

- Affermare che in una casa di comunità devono essere presenti un certo numero di infermieri o di medici senza aver definito i percorsi, i processi ed aver stratificato i pazienti per la tipologia di bisogno prevalente è un approccio scarsamente funzionale.
- Occorre definire preventivamente quali siano gli *outcome* clinici e funzionali che si desidera che siano raggiunti e misurati per capire se la nostra organizzazione territoriale sta funzionando e se i percorsi sono efficaci.
- Prevedere in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale lo stesso modello di casa della comunità appare inappropriato e forse anche velleitario, visto che in alcune realtà regionali (Emilia-Romagna, Veneto, Toscana) sono già affermate da tempo, mentre in altre sono praticamente sconosciute

Prossimità vuol dire cose diverse. Implementare il modello delle Case di Comunità, già affermate in alcuni contesti (seppur nella forma delle Case della Salute) e quasi del tutto sconosciute in altri, partendo dal presupposto che sia un modello che può fornire adeguata risposta a bisogni largamente eterogenei, può rivelarsi un approccio riduttivo. A seconda dell'età del paziente, ad esempio, le esigenze di prossimità si declinano diversamente: i giovani preferiscono il modello *Walk-in* (un modello di erogazione di servizi improntato su un accesso alle cure più rapido e agevole) o sul modello *Babylon Health* (servizio anglosassone di Medicina Generale privato basato su applicazione), mentre adulti e anziani prediligono un modello di continuità e domiciliarità nel suo senso più classicamente inteso, come facile accesso agli screening e alla medicina di base.

IL SECONDO GRANDE ASSENTE: L'INTEGRAZIONE

- Rischio frammentazione: l'ospedale è e rimarrà il cuore delle conoscenze e competenze specialistiche e come tale continuerà a essere il punto di riferimento per diagnosi e terapie di pazienti con eventi acuti, ma anche con condizioni croniche.
- Pericolosa divisionalizzazione della sanità con due ambiti scoordinati tra di loro.
- Il tema della ricomposizione dei rapporti ospedale-territorio potrebbe essere il prossimo passaggio del percorso di programmazione.

Con il DM 71 il rischio che si corre è quello di **divisionalizzare** in maniera forse eccessiva l'ospedale e il territorio, senza tenere adeguatamente conto del fatto che l'ospedale sarà sempre portatore di competenze specialistiche imprescindibili alle quali dovranno avere accesso non solo i pazienti acuti ma anche i pazienti cronici nella fase acuta della loro patologia: questa de-integrazione istituzionale, proposta dal DM 71, non deve diventare disintegrazione.

IL TERZO GRANDE ASSENTE: L'EFFICIENZA/SOSTENIBILITÀ

- Moltissimi rischi decoupling.
- Per i consultori familiari è previsto uno standard di un consultorio ogni 20 mila abitanti, fino a uno ogni 10 mila abitanti nelle aree rurali e interne, tra l'altro quelle dove la fertilità è più ridotta. Si tratta di uno standard irrealistico e chiaramente inefficiente.
- Coprire il 10 % della popolazione over-65 con servizi di assistenza domiciliare. Anche solo ipotizzando un impegno settimanale di due ore per paziente richiederebbe di assumere circa 78 mila infermieri

In ultima analisi, abbiamo dunque bisogno di portare al centro del dibattito questi tre elementi, che al momento si intravedono ma non sono presenti in maniera sufficiente, e per farlo abbiamo bisogno di **sciogliere il nodo centralizzazione-decentramento** e avere un'idea chiara di che cosa genera valore all'interno del sistema.

Rischi e opportunità

LE CASE DI COMUNITÀ

Le Case di Comunità sono le nuove strutture socio-sanitarie che entreranno a fare parte del Servizio Sanitario Regionale e sono previste dalla legge di potenziamento per la presa in carico di pazienti affetti da patologie croniche.

Le Case di Comunità, distribuite in modo capillare sul territorio, costituiscono un punto di riferimento continuativo per i cittadini, che possono accedere gratuitamente alle prestazioni sanitarie erogate. Si tratta di strutture polivalenti che garantiscono:

- funzioni d'assistenza sanitaria primaria;
 - attività di prevenzione.
-

All'interno di queste strutture sono presenti equipe di medici di medicina generale, pediatri, medici specialisti, infermieri e altri professionisti della salute (tecnici di laboratorio, ostetriche, psicologi, ecc.) che operano in raccordo anche con la rete delle farmacie territoriali.

❖ *Le opportunità connesse a una nuova cultura organizzativa sono:*

- a) la gestione territoriale delle cronicità ambulatoriali e domiciliari;
- b) la riduzione degli accessi in proprio in pronto soccorso;
- c) *employee retention* e fidelizzazione del paziente;
- d) miglioramento della reputazione del sistema sanitario;
- e) la valorizzazione del terzo settore e delle associazioni.

❖ *Gli ostacoli di carattere antropologico e organizzativo sono:*

- a) la resistenza al cambiamento e all'innovazione tecnologica;
- b) possibile insoddisfazione del paziente;
- c) il sovraccarico di lavoro sul personale sanitario e socio-sanitario senza adeguati investimenti;
- c) la duplicazione delle funzioni.

Per una riforma efficace

LINEE GUIDA E RISULTATI ATTESI

- Predisposizione di adeguate **analisi di contesto** sulla struttura sulla popolazione a livello regionale e a livello locale;
- programmazione di un **percorso di comunicazione con il territorio** finalizzato a informare i cittadini di questo cambiamento culturale e fisico predisponendo appositi punti informativi;
- introdurre **indicatori di performance e di processo** per le fasi di monitoraggio;
- utilizzare **piattaforme informatiche per far partecipare cittadini e il terzo settore**;
- **favorire percorsi di cultura organizzativa e consolidare le aggregazioni di Medici di medicina Generale e la Rete operativa** e digitale per arrivare alla realizzazione delle Case della Comunità;
- **coinvolgimento di tutte le risorse del territorio**: sanitarie, sociali, comunali, terzo settore e associazioni;
- **armonizzazione degli indicatori** locali di bisogno e offerta e degli indicatori di esito con gli indirizzi regionali per definire utilmente la localizzazione, i servizi e l'utilizzo delle risorse previste nel PNRR;
- **definire chiaramente i processi intermedi** di cura tra ospedale e assistenza domiciliare al fine di garantire il continuum assistenziale;
- **favorire adeguata formazione e integrazione** tra gli ambiti sanitario e sociale che coesistono nella nuova organizzazione sanitario-territoriale;
- tenere conto dei **diversi modelli territoriali già esistenti** al fine di evitare l'acuirsi di gap e diseguaglianze territoriali e infrastrutturali a danno delle aree più fragili (aree interne, montane e Mezzogiorno);
- concepire le misure di attuazione del PNRR nella Sanità **come investimento e non come spesa**.

RISULTATI ATTESI

- programmi di prevenzione primaria e secondaria sui territori;
- orientamento al bisogno;
- presa in carico della cronicità e fragilità sanitaria e sociale;
- coordinamento con i servizi sanitari e sociali territoriali tramite le equipe multidisciplinari;
- riduzione liste d'attesa e gli accessi in pronto soccorso;
- efficace utilizzo dei servizi di telemedicina;
- condivisione piattaforme informatiche;
- partecipazione dei cittadini e del terzo settore;
- miglioramento degli indicatori di salute.

Le aree fragili

I MAGGIORI RISCHI

- **Case della Comunità:** il meccanismo di riparto a quota capitaria pesata, connesso alle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio, non consente di garantire lo stesso “grado” di prossimità nei diversi territori. Nelle zone a bassa densità abitativa, istituendo una Casa della Comunità *hub* ogni 40.000-50.000 abitanti non è di fatto possibile garantire una sanità di prossimità;
- **telemedicina:** allo stato attuale in molte zone d'Italia c'è un grande problema di connettività e di tecnologie, oltre che un problema di formazione del personale e anche dell'utente, tenendo anche conto che nel perimetro della telemedicina rientrano in particolare le persone più anziane;
- **attrattività:** potrebbe essere opportuno prevedere fondi perequativi che rendano più attrattive le zone fragili con riguardo ai giovani medici al fine di incentivarli a lavorare in tali aree, dove il problema della carenza del personale sanitario è molto sentito;
- **piano di riparto delle risorse:** ai fini di una corretta programmazione diffusa sul territorio occorrerebbe un piano di riparto nazionale fondato su criteri più solidaristici, funzionalmente connesso al fabbisogno epidemiologico e agli indici di deprivazione socio-economica e culturale caratterizzanti le Regioni beneficiarie.