

**IL PNRR COME STRUMENTO DI  
CAMBIAMENTO DEL SSN**

**MARTEDÌ 28 SETTEMBRE 2021**



**Claudio Zanon,**  
**Direttore Scientifico Motore Sanità**



## MEDICINA TERRITORIALE: A CHE PUNTO SIAMO?

- Il PNRR, grazie soprattutto ai fondi del Recovery Plan destinati dall'UE nel progetto **Next Generation UE**, stanZIA circa 10 miliardi per la ricostituzione ed implementazione della medicina territoriale nel nostro paese.
- **L'Home Care**, le **Case di Comunità**, gli **Ospedali di Comunità** e le **centrali di coordinamento** sono gli **assi su cui poggia la nuova medicina extraospedaliera** con gli **obiettivi** di una presa in carico completa e possibile ed una **trasversalità vera** (non solo dichiarata) **tra ospedale e territorio**.
- Parte degli obiettivi da raggiungere in tre anni e terminare entro la fine del 2026 sono frutto del lavoro già in essere in alcune regioni, come le case della salute o le strutture intermedie, altre quali l'assistenza domiciliare che vada oltre l'ADI sono da costruire così come l'uso progressivo della tecnologia come la telemedicina.



## ORGANIZZAZIONE DELLA MEDICINA TERRITORIALE

- La missione 6 – Salute del **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza** prevede il potenziamento e la creazione di **1.288** Case della Comunità che *“diventerà lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti, in particolare ai malati cronici. **Nella Casa della Comunità sarà presente il punto unico di accesso alle prestazioni sanitarie. La Casa della Comunità sarà una struttura fisica in cui opererà un team multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute e potrà ospitare anche assistenti sociali”***.
- Il Piano prevede una Casa della Comunità ogni 15.000 – 25.000 abitanti, rapporto che non copre l'intero territorio nazionale e la relativa popolazione. Anche assumendo il valore più alto si arriva ad una copertura di circa 32 milioni di cittadini.

# IL PNRR COME STRUMENTO DI CAMBIAMENTO DEL SSN | MARTEDÌ 28 SETTEMBRE 2021



Regione/PA	Popolazione (01/01/2020)	CdC da standard (1 ogni 20.000 ab.)	CdC attive in Regione*	CdC da realizzare con fondo recovery	CdC attive nel 2026
Piemonte	4.341.375	217	71	93	164
Valle d'Aosta	125.501	6	0	3	3
Lombardia	10.103.969	505	0	216	216
PA Bolzano	532.080	27	0	11	11
PA Trento	542.739	27	0	12	12
Veneto	4.907.704	245	77	105	182
Friuli Venezia Giulia	1.211.357	61	0	26	26
Liguria	1.543.127	77	4	33	37
Emilia Romagna	4.467.118	223	124	95	219
Toscana	3.722.729	186	76	80	156
Umbria	880.285	44	4	19	23
Marche	1.518.400	76	21	32	53
Lazio	5.865.544	293	22	125	147
Abruzzo	1.305.770	65	0	28	28
Molise	302.265	15	6	6	12
Campania	5.785.861	289	0	124	124
Puglia	4.008.296	200	0	86	86
Basilicata	556.934	28	1	12	13
Calabria	1.924.701	96	13	41	54
Sicilia	4.968.410	248	55	106	161
Sardegna	1.630.474	82	15	35	50
<b>ITALIA</b>	<b>60.244.639</b>	<b>3.010</b>	<b>489</b>	<b>1.288</b>	<b>1.777</b>

\*Fonte dati:

Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale.» Documentazione e Ricerche. N. 144. 1 marzo 2021. Dipartimento Affari Sociali del Servizio Studi della Camera dei deputati - XVIII legislatura.

**Claudio Zanon, Direttore Scientifico Motore Sanità**



## RISORSE E COSTI CASE DELLA COMUNITÀ

- Costo previsto dall'investimento: 4 miliardi di euro. È prevista una struttura centrale di supporto formata da un project manager e tre risorse per un totale di 261,504 euro;
- **Grande perplessità sul calcolo eseguito per stimare il fabbisogno:** In 87 giorni il project manager dovrebbe seguire 1.288 progetti, ossia potrebbe dedicare 32 minuti ad ognuno;
- Il costo per la realizzazione delle strutture è pari a 1,28 milioni di euro per Casa, mentre i costi tecnologici ammontano a 272.592 € per Casa;
- Per ogni struttura sono previsti 5 impiegati amministrativi, 10 MMG, 6 infermieri di comunità. Non sono menzionati né specialisti, né operatori socio-sanitari;
- La Casa della Comunità dovrebbe operare 24/7 e svolgere funzione di cure primarie e pronto soccorso per codici bianchi e verdi





## 3 PRINCIPALI CRITICITÀ

Tre sono le criticità che emergono:

1. I MMG e/o i pediatri di libera scelta, saranno d'accordo nel trasferirsi in queste strutture e operare 24/7? E se sì, dietro **quale compenso**, dal momento che non sono previsti costi addizionali?
2. **La pianta organica è sufficiente per assicurare le cure primarie e il pronto soccorso**, per non parlare poi di medicina di iniziativa? Se dividiamo il bacino di utenza previsto per i medici e gli infermieri la risposta è negativa
3. **Che fine hanno fatto gli specialisti? Perché non sono inclusi nella tabella?**



## PERCORSI E PROGETTI OLTRE ALLE RISORSE

- È sicuramente importante programmare gli investimenti secondo il progetto elaborato a livello nazionale in accordo con le regioni, ma è altrettanto importante stabilire i percorsi e le risorse umane da utilizzare all'interno delle Case di Comunità, gli Ospedali di Comunità, l'Assistenza Domiciliare ed il continuo contatto con gli ospedali nell'ottica di una presa in carico trasversale e non a siloS
  - **Ma per fare questo bisogna partire dalle necessità del cittadino/paziente e cioè:**
- *Quali sono le offerte assistenziali possibili nei vari luoghi di cura*
- *Il personale da dedicare programmandone progressivamente numero, tipo e competenze*
- *La presenza dei MMG e PLS nelle strutture territoriali (aggiuntive o sostitutive degli attuali studi associati e non associati)*
- *Quali specialisti presenti nelle Case di Comunità: per esempio Diabetologi, Cardiologi, Internisti e Pneumologie per curare le principali patologie croniche quali la BPCNO, lo scompenso cardiaco ed il diabete*
- *Quali dispositivi medici utili e come organizzare la formazione degli operatori e come renderli interoperabilità con l'uso della telemedicina e secondo la progettualità dell'Internet of The Things (IoT)*



## PERCORSI E PROGETTI OLTRE ALLE RISORSE

- *Come organizzare un collegamento proficuo con le Aziende Ospedaliere creando una filiera in/out tra le cure e la diagnostica di primo livello e quella a più alta complessità.*
- *Come e quali piattaforme fornire alle Centrali Organizzative Territoriali (COT) e chi vi opera: per esempio una organizzazione come gli internet hospital o altro*
- *Come integrare il 118/112 al fine di effettuare un maggior filtro anche nelle richieste d'urgenza e non intasare i PS e/o DEA*
- **Naturalmente non si parte da zero e molte realtà regionali da tempo hanno strutture territoriali valide ed efficienti ma per omogeneizzare le varie regioni per un'offerta simile in tutto il paese i percorsi, il ruolo del Distretto Socio Sanitario e le competenze vanno ulteriormente sviluppate guardando non solo al presente ma anche al futuro**





## GUARDANDO AL FUTURO

- Delineando le mansioni dell'infermiere di famiglia con la possibilità per i medesimi di effettuare semplici esami diagnostici e non solo procedure terapeutiche con la consulenza telematica degli specialisti
- Definire il ruolo delle Case di Comunità con le competenze e la tecnologia che deve essere presente per svolgere anche una diagnostica di 1° livello per le patologie croniche, prevedendo una organizzazione inizialmente h12 e poi h24 per 6/7 giorni/settimana
- Costruire con le università e le regioni la formazione della dirigenza del distretto socio sanitario progettando una organizzazione che ne delinei realmente il suo ruolo centrale organizzativo della medicina territoriale integrando nelle Case di Comunità anche la componente Socio Assistenziale (quale ruolo delle ATS?)



## GUARDANDO AL FUTURO

- Utilizzando al meglio la realtà delle farmacie dei servizi integrate nel sistema come primo accesso per i cittadini e come fonte reale di controllo dell'aderenza terapeutica insieme agli infermieri di famiglia (nel PNRR e nel documento AGENAS non se ne parla)
- Delineare le patologie gestibili per una assistenza domiciliare complessa ed il materiali, competenze e dispositivi necessari medici ed informatici compresa la formazione dei care Giver
- Delineare il ruolo degli Ospedali di Comunità, la differenza con le attuali strutture intermedie e la loro collocazione non dimenticando le RSA (il cui modello va rivisto)
- Infine costruire indicatori precisi, semplici e completi che valutino le performance dei servizi offerti e le prestazioni dei MMG e PLS la cui convenzione va chiaramente rivista (l'inquadramento dei MMG e PLS è unico in Europa)



## FOTOGRAFIA DELLA MEDICINA GENERALE IN EUROPA

- Il primo dato che accomuna i medici di famiglia riguarda lo status di libero professionista (Spagna esclusa). Ciò che più li unisce in Europa però è l'età sempre meno giovane di chi esercita l'attività professionale;
- In **Francia, Belgio e Germania**, si lavora di più che in Italia, con un **orario medio settimanale** che supera di poco le **45 ore**, mentre **in Italia e in Portogallo** le ore lavorative sono in media **38**.
- Il nostro è l'unico Paese europeo dove si accede alla professione per concorso, mentre i criteri di selezione dipendono ovunque, in tutto o in parte, dai meriti professionali.
- I **MMG europei sono liberi professionisti**, tranne in Spagna e Portogallo, dove sono dipendenti del servizio sanitario. In Francia i loro contratti dipendono da accordi con le assicurazioni;



## FOTOGRAFIA DELLA MEDICINA GENERALE IN EUROPA

- In **Germania** vige un **contratto collettivo** con le diverse **casce malattia**; **Solo in Grecia, Svizzera e Italia il contratto è quello dei pubblici dipendenti**, anche se riguarda liberi professionisti; Negli altri Paesi o è misto (pubblico/privato) o speciale come nel caso della Spagna. In Olanda e Svezia esiste solo il contratto privato.
- I sistemi retributivi utilizzati in Europa sono abbastanza variabili da Paese a Paese:
  - Pagamento a prestazione;
  - Pagamento misto;
  - Pagamento per stipendio o quota capitaria;
- A differenza del compenso a forfait italiano, **in Francia e Germania i camici bianchi sono pagati a prestazione**, mentre in quanto dipendenti, sono stipendiati in Spagna **e pagati con sistema *pay by result* in Portogallo**



## FOTOGRAFIA DELLA MEDICINA GENERALE IN EUROPA

- La figura del **medico europeo** si avvicina sempre più a quella del **gatekeeper**: lo è già in Spagna e in Italia, lo sta diventando in Francia. Il medico di famiglia è la principale porta d'ingresso al sistema sanitario nazionale in Italia e, da poco, anche in Francia.
- **In Germania e in Spagna, invece, si può accedere direttamente agli specialisti senza passare dal MMG e senza pagare la visita o l'esame.** Nella penisola iberica, infatti, gli specialisti, così come i generalisti e gli infermieri, lavorano fianco a fianco nelle **Case della Salute**.



## PNRR E RETE OSPEDALIERA

- **Dieci miliardi del PNRR sono previsti per gli ospedali. Per delineare anche qui una offerta omogenea va rivisitata:**
- L'organizzazione delle reti ospedaliere secondo hub e spoke verificando la possibilità di una revisione anche edilizia e logistica in seguito alla pandemia attuale e alle possibili pandemie future
- Sostituire la tecnologia obsoleta distribuendo gli investimenti secondo i livelli assistenziali
- Ricollocando se necessario la diagnostica preventiva nel territorio centralizzando le immagini come per esempio nello screening del tumore mammario
- Prendendo in carico o no, gli ospedali di Comunità con un collegamento specialistico giornaliero (proposta riforma lombarda legge 23)





## PNRR E RETE OSPEDALIERA

- Rivedendo i DEA e i PS con la logica dei percorsi separati, l'ampliamento delle strutture per evitare sovra affollamenti e mantenere la privacy
- Stabilire le suddivisioni delle competenze e dove collocarle tra le urgenze generalistiche e quelle specialistiche (pediatriche, oftalmologi che, ginecologiche etc.)
- Integrare i trasporti 118/112 e secondari assicurando una quota di presenza medica nelle ambulanze omogenea in tutto il territorio che integri il volontariato
- Implementare la diagnostica di primo intervento (ecografia) formando gli operatori
- Evitare un'ulteriore tagli di posti letto tra i più basi in Europa
- Dedicare maggiori posti letto per le malattie infettive ed una organizzazione separata per evitare di omettere la cura degli altri pazienti come avvenuto ultimamente



## Il ruolo di AVIS nella riforma della Medicina Territoriale

- Una parte dell'attività potrà essere dislocata nel territorio
- Penso al sostegno terapeutico per i pazienti oncologici, ematologici e con emorragie croniche misconosciute
- Necessario un accordo con le aziende ospedaliere , i MMG/PLS e i centri specialistici per l'autenticazione secondo legge
- Gli infermieri di famiglia, come anche Avis, potranno infondere sangue e derivati
- I controlli ematologici possono essere effettuati nelle strutture del territorio con point of care
- Specializzare il sistema trasfusionale ospedaliero verso la medicina trasfusionale e incentivare l'attività della raccolta verso il sistema associativo, che, peraltro, non ha obiettivi di lucro e legami con il mondo profit.