



TAVOLA ROTONDA

NUOVE FRONTIERE IN SANITÀ
FINITA LA PANDEMIA,
L'INIZIO DELLA GESTIONE DEL PNRR
ROMA, 6 MAGGIO 2022 - RESIDENZA D'EPOCA VILLA MIANI



Introduce

Dr. Mauro Casanatta	4
<i>Direttore Generale AIOP Lazio</i>	

Saluti

Mr. Harold (Hal) Wolf	9
<i>Presidente HIMSS e Advisor OMS sanità digitale</i>	

Interventi

Prof.ssa Fidelia Cascini	10
<i>Università Cattolica Sacro Cuore</i>	

Dr.ssa Jessica Veronica Faroni	15
<i>Presidente AIOP Lazio</i>	

On. Paolo Barelli	19
<i>Presidente Gruppo Forza Italia Camera Deputati</i>	

Dr. Raffaele Donini	21
<i>Assessore Politiche Salute Regione Emilia Romagna</i>	

Dr. Alessio D' Amato	23
<i>Assessore Sanità Regione Lazio</i>	

Dr.ssa Alice Borghini	27
<i>Direzione Generale AGE.NA.S.</i>	

Prof. Gianni Profita	37
<i>Rettore Università UniCamillus</i>	

On. Nicola Zingaretti	42
<i>Presidente Regione Lazio</i>	

Moderatrice

Dr.ssa Roberta Serdoz	
<i>Giornalista RAI</i>	

Finita la pandemia, l'inizio della gestione del PNRR	45
di Fidelia Cascini e Andrea Gentili	



NUOVE FRONTIERE IN SANITÀ

FINITA LA PANDEMIA, L'INIZIO DELLA GESTIONE DEL PNRR

Fidelia Cascini

Docente di Igiene e Sanità Pubblica, Dipartimento di Scienze della Vita e Sanità Pubblica, Università Cattolica del Sacro Cuore, 00168, Roma.

Esperta di Salute Digitale, Direzione Generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica, Ministero della salute.

Andrea Gentili

Dottorando di Ricerca, Dipartimento di Scienze della Vita e Sanità Pubblica, Università Cattolica del Sacro Cuore, 00168, Roma.



INDICE

1. Abstract	48
2. Introduzione	49
3. La Missione 6 "Salute"	51
4. Le Case della Comunità	57
5. Gli Ospedali di Comunità (OdC)	61
6. Gli altri servizi territoriali	64
6.1 L'Assistenza Domiciliare Integrata	
6.2 Le Centrali Operative Territoriali	
6.3 La Telemedicina	
7. La Regione Lazio: servizi territoriali PNRR e criticità	70
7.1 Case della Comunità	
7.2 Ospedali di Comunità	
7.3 Altri servizi territoriali	
8. Conclusioni	80



1. ABSTRACT

La pandemia Covid-19 ha dato evidenza di alcuni importanti limiti del nostro Servizio Sanitario Nazionale, tra cui la diffusa debolezza della sanità territoriale e della sua rete di servizi. L'accresciuta domanda di cure e assistenza correlata alla curva epidemiologica ha infatti causato un insostenibile sovraccarico di strutture sanitarie sia pubbliche che private, oltre che di personale medico e non-medico, con la conseguenza che anche una importante quota di pazienti non-Covid non ha potuto accedere e ricevere i trattamenti diagnostico-terapeutici e assistenziali di cui avrebbe avuto bisogno.

Così, il 13 luglio 2021, è stato definitivamente approvato con Decisione di esecuzione del Consiglio dell'Unione Europea¹, il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) dell'Italia. Con esso è stata recepita la proposta della Commissione Europea in cui vengono definiti, in relazione a ciascun investimento e riforma, precisi obiettivi e traguardi, cadenzati temporalmente, al cui conseguimento si lega l'assegnazione delle risorse su base semestrale.

La Missione 6 del PNRR è stata interamente dedicata alla Salute, ed è composta da 2 componenti, 8 aree di investimento e 2 riforme, per un investimento complessivo di 15,63 miliardi di euro, come illustrato nel primo capitolo di questo studio. Grande rilevanza è stata attribuita al potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale, su cui si incentra il secondo capitolo che descrive i principali investimenti della componente 1, ivi compresi:

- le Case della Comunità, identificate come luogo di cura primaria e spina dorsale di una rete di servizi che sarà presente in maniera capillare su tutto il territorio nazionale;
- i servizi territoriali ideati per sostenere un'adeguata assistenza domiciliare (come le Centrali Operative Territoriali e la Telemedicina);
- le strutture identificate quale luogo di dimissione protetta per i pazienti fragili, ossia gli Ospedali di Comunità, già previsti peraltro nel DM 70/2015² sugli standard ospedalieri.

Si tratta di un Piano Nazionale con ricadute regionali a diversa espressione, in merito alle quali, considerato l'interesse manifestato per questo studio dall'AIOP Lazio, si è proceduto con un approfondimento specifico

¹ <https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-10160-2021-INIT/it/pdf>

² <https://www.camera.it/temiap/2016/09/23/OCD177-2353.pdf>



su questa regione nel capitolo 7, dove sono passati in rassegna i vari Decreti della Giunta Regionale emanati per dar seguito ai finanziamenti del PNRR, nonché criticità esistenti e potenziali contromisure da adottare.

Nell'ultimo capitolo sono raccolte le evidenze dell'attuale letteratura scientifica, con spunti di riflessioni sui temi su cui è raccomandabile concentrarsi se davvero vi è la volontà di utilizzare l'opportunità-prestito del PNRR per dare risposte alla domanda di salute di un Paese cagionevole.

2. INTRODUZIONE

La pandemia di Covid-19 ha colpito duramente l'Italia determinando una riduzione del Prodotto Interno Lordo dell'8,9%, superiore al calo medio osservato nell'Unione Europea (6,2%). Oltre al danno economico, l'Italia è stata travolta da una crisi sanitaria caratterizzata anche da 160.000 decessi per Covid-19 superando anche in questo tragicamente la media dei Paesi dell'UE.³

La risposta dell'Unione alla crisi pandemica è rappresentata dal Next Generation EU (NGEU), un programma di investimenti e riforme che mira ad accelerare la transizione digitale ed ecologica, a raggiungere una maggiore equità di genere, territoriale e generazionale, e a migliorare la formazione dei lavoratori e delle lavoratrici.⁴ All'interno di questo programma, si inserisce il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), un pacchetto da 191,5 miliardi approvato nel 2021 dall'Italia per rilanciarne l'economia dopo la pandemia di Covid-19, al fine di permettere lo sviluppo verde e digitale del Paese.⁵

Il PNRR ha tre priorità trasversali condivise a livello europeo, digitalizza-

³ Governo: PNRR e Salute. <https://www.governo.it/it/approfondimento/pnrr-salute/16707>

⁴ The Recovery and Resilience Plan: Next Generation Italia29. <https://www.mef.gov.it/en/focus/The-Recovery-and-Resilience-Plan-Next-Generation-Italia/>

⁵ Next Generation Italia, approvato il piano del Governo, su Ministro per l'innovazione tecnologica e la transizione digitale. <https://innovazione.gov.it/notizie/articoli/next-generation-italia-approvato-il-piano-del-governo/>



zione e innovazione, transizione ecologica e inclusione sociale, e si compone di sei missioni: ⁶

1. Digitalizzazione, Innovazione, Competitività, Cultura
2. Rivoluzione Verde e Transizione Ecologica
3. Infrastrutture per una Mobilità Sostenibile
4. Istruzione e Ricerca
5. Inclusione e Coesione
6. Salute

È oggetto di questo studio il contenuto della Missione 6 Salute del PNRR con particolare riferimento agli interventi identificati come “Ospedali di Comunità” e “Case della Comunità”, allo scopo di inquadrare tempestivamente possibili effetti e ricadute della riforma soprattutto nel territorio della Regione Lazio.

⁶ Studi – Bilancio: L'Italia e l'Unione Europea Politica economica e finanza pubblica, il PNRR. <https://temi.camera.it/leg18/temi/piano-nazionale-di-ripresa-e-resilienza.html>



3. LA MISSIONE 6 "SALUTE"

Quello della *Salute* si è dimostrato un settore fortemente critico durante la pandemia. Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è risultato cruciale per garantire un pieno, equo e uniforme diritto alle cure sull'intero territorio nazionale.

Gli investimenti e le riforme contenute nel PNRR hanno sostanzialmente i seguenti obiettivi:⁷

1. potenziare la capacità di prevenzione e cura del SSN garantendone l'accesso a tutti i cittadini
2. promuovere l'utilizzo di tecnologie innovative in medicina.

Per fare ciò, alla Missione 6 Salute del PNRR sono stati destinati 15,63 miliardi di euro, divisi come segue tra le due componenti della Missione.

Component 1. Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale: 7 miliardi di stanziamenti.

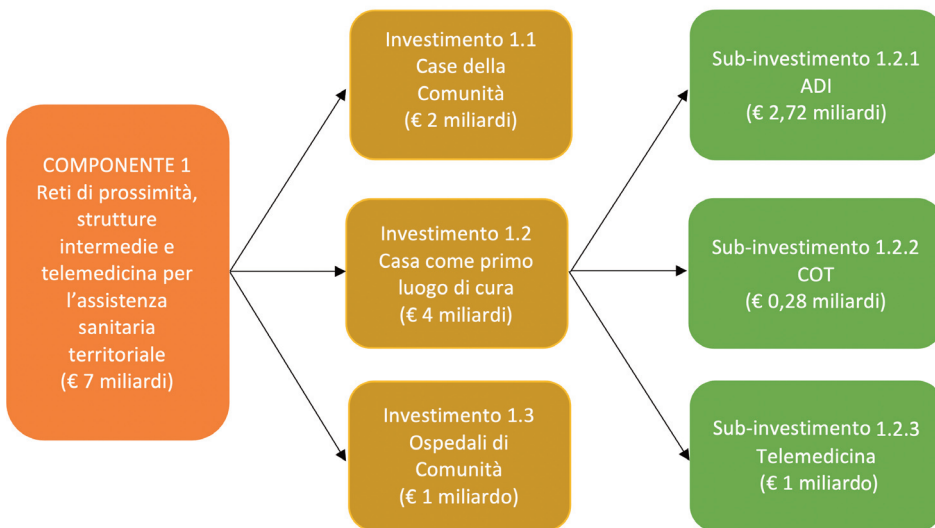
L'obiettivo di questa componente è quello di "rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari". La component 1 si divide a sua volta in 3 investimenti principali:

1. Case della Comunità e presa in carico della persona: il progetto prevede la creazione e l'attivazione di 1.350 Case della Comunità entro la metà del 2026. Queste rappresenteranno lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti, in particolare ai malati cronici. Il costo complessivo dell'investimento è stimato in 2 miliardi di euro.
2. Casa come primo luogo di cura e telemedicina: l'obiettivo è di aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10 per cento della popolazione di età superiore ai 65 anni. Questo ambizioso risultato sarà finanziato con 4 miliardi di euro, destinati a migliorare e incrementare i servizi ADI, ad attivare le COT, e a efficientare i servizi di telemedicina.

⁷ Governo: PNRR e Salute. <https://www.governo.it/it/approfondimento/pnrr-salute/16707>



3. Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità): l'investimento determinerà l'attivazione di 400 Ospedali di Comunità, destinati a essere una struttura intermedia della rete territoriale a ricovero breve e destinata a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata. L'investimento è di 1 miliardo di euro, con termine della realizzazione degli Ospedali di Comunità fissato per la fine del 2026.



Component 2. Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale: 8 miliardi e 63 milioni di euro.

Nella componente 2, possiamo trovare 2 investimenti principali (suddivisi poi in ulteriori sub-investimenti).

Investimento 1. Aggiornamento tecnologico e digitale.

L'investimento 1, destinato all'aggiornamento dei sistemi e servizi tecnologici e digitali, è composto da 3 rami principali.

Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero.



Un intervento da 4,05 miliardi di euro, e che comprende al suo interno i seguenti subinvestimenti.

Subinvestimento 1.1.1: Una spesa di 1,19 miliardi per la sostituzione di apparecchiature sanitarie. Nello specifico 0,6 miliardi sono destinati alla sostituzione di 1.568 apparecchiature da effettuarsi entro il terzo trimestre del 2023, mentre i rimanenti 0,59 miliardi servono alla sostituzione delle rimanenti 1.565 apparecchiature da effettuarsi entro la fine del 2024.

Subinvestimento 1.1.2: Una spesa pari a 1,45 miliardi di euro per la digitalizzazione dei Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (sia di I che II livello). Nello specifico 1,09 miliardi sono destinati alla digitalizzazione di 210 strutture da effettuarsi entro il primo trimestre del 2024, mentre i rimanenti 0,36 miliardi sono destinati alla digitalizzazione delle rimanenti 70 strutture entro la fine del 2025.

Subinvestimento 1.1.3: Una spesa complessiva pari a 1,41 miliardi di euro entro il secondo semestre del 2026 per il rinnovamento della dotazione esistente di posti letto di terapia intensiva e semi-intensiva, l'ammmodernamento dei Pronto Soccorso e l'incremento del numero dei mezzi per i trasporti sanitari secondari.

Investimento 1.2: verso un ospedale sicuro e sostenibile.

Con un volume di investimento pari a 1,64 miliardi (di cui 1 miliardo relativo a progetti già in essere), si prefigge l'obiettivo di instaurare nuovi percorsi di miglioramento strutturale nel campo della sicurezza degli edifici ospedalieri, adeguandoli alle vigenti norme in materia di costruzioni in area sismica.

Infatti, un'indagine effettuata dal Ministero della Salute nel 2020 ha evidenziato la necessità di ben 116 interventi mirati all'adeguamento delle normative antisismiche.

Investimento 1.3: rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione. Questo investimento consta di 2 sub-investimenti distinti che puntano all'ammmodernamento dell'infrastruttura tecnologica.

Subinvestimento 1.3.1: Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE).

L'obiettivo è quello di raggiungere la piena integrazione di tutti i documenti sanitari e tipologie di dati; di creare e implementare un archivio centrale; di ottenere la piena interoperabilità tra i diversi servizi



sanitari; di progettare un'interfaccia utente standardizzata e di definire i servizi che il FSE dovrà fornire. Inoltre, prevede 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.

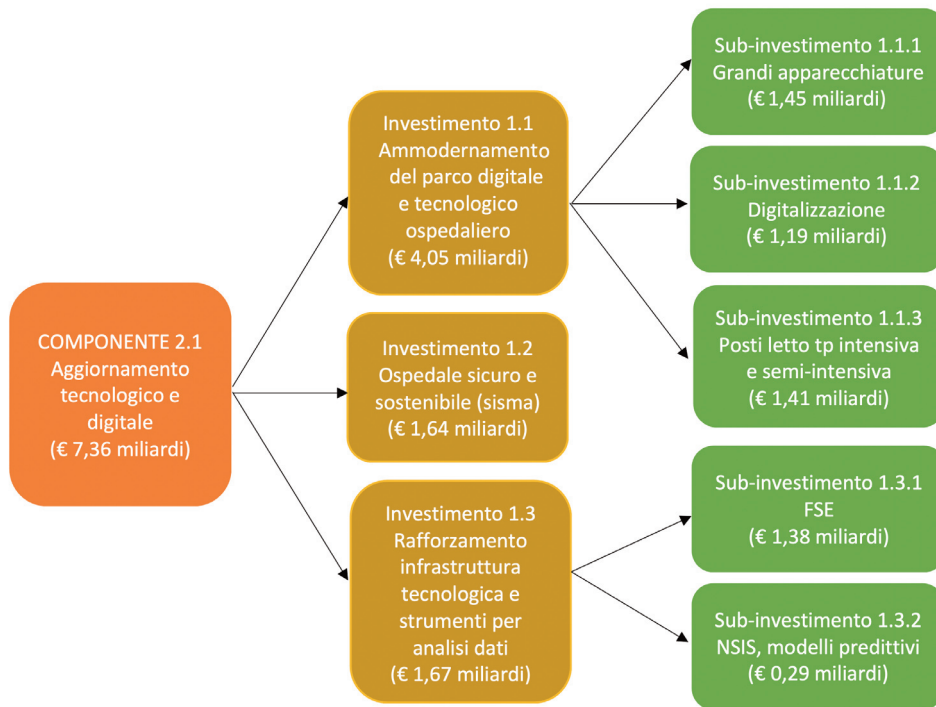
Tra gli esposti obiettivi, alcuni sono stati già avviati (tra cui la progettazione dell'infrastruttura per l'interoperabilità e la gestione del FSE come parte degli interventi per la digitalizzazione delle amministrazioni pubbliche).

Il progetto prevede un finanziamento pari a 1,38 miliardi di euro.

Subinvestimento 1.3.2: Infrastruttura tecnologica del Ministero della Salute e analisi dei dati e modello predittivo per garantire i LEA italiani e la sorveglianza e vigilanza sanitaria.

Il sub-investimento mira ai seguenti obiettivi: potenziamento dell'infrastruttura tecnologica e applicativa del Ministero della Salute; miglioramento della raccolta, del processo e della produzione di dati NSIS (Nuovo Sistema Informativo Sanitario) a livello locale; 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; creazione di una piattaforma nazionale dove domanda ed offerta di servizi di telemedicina forniti da soggetti accreditati possa incontrarsi.

Il progetto prevede un finanziamento pari a 290 milioni di euro.



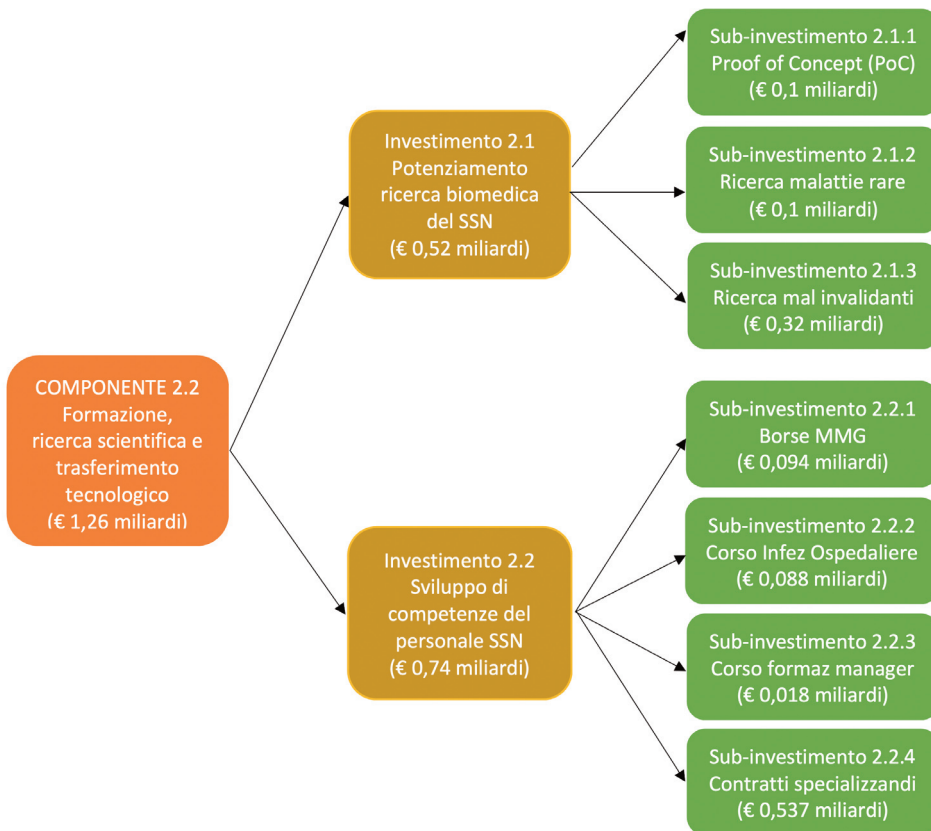
Investimento 2. Formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico.

Investimento 2.1: Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN.

Il suo scopo è di potenziare il sistema della ricerca biomedica in Italia, rafforzando la capacità di risposta dei centri di eccellenza presenti in Italia nel settore delle patologie rare e favorendo il trasferimento tecnologico tra ricerca e imprese (0,52 miliardi di euro).

Per raggiungere tali risultati sono stati predisposti i seguenti programmi: al fine di ridurre il divario esistente tra le scoperte provenienti dal mondo della ricerca scientifica e quello dell'applicazione pratica per scopi commerciali, si prevede il finanziamento di progetti Proof of Concept (PoC), mitigando così gli eventuali rischi (derivanti da brevetti, licenze o barriere all'entrata) che potrebbero scoraggiare eventuali investitori; il finanziamento di programmi di ricerca o progetti nel campo delle malattie rare e dei tumori rari; il finanziamento per programmi di ricerca su malattie altamente invalidanti.

Investimento 2.2: Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario.



Grazie a tale investimento (di 0,74 miliardi di euro), saranno finanziate: 900 borse di studio aggiuntive all'anno per corsi specifici di medicina generale di durata triennale (per un totale di 2.700 borse aggiuntive); un piano straordinario di formazione sulle infezioni ospedaliere; progetti formativi per lo sviluppo di percorsi di acquisizione di competenze di management per i professionisti del SSN; 4.200 contratti di formazione specialistica aggiuntivi.



4. LE CASE DELLA COMUNITÀ

Come preannunciato nel capitolo 3, tra i vari interventi previsti per il rafforzamento della sanità territoriale, vi è la creazione e attivazione entro il 2026 di 1.350 Case della Comunità (CdC). Si tratta di luoghi fisici concepiti per essere di facile individuazione e accesso da parte della popolazione, ove cittadini e pazienti possano trovare agevolmente le risposte alle proprie necessità assistenziali e sanitarie. L'obiettivo principale delle Case della Comunità è in particolare quello di fornire tutti i servizi sanitari di base alla comunità di riferimento mediante il coinvolgimento di figure professionali come il Medico di Medicina Generale (MMG), il Pediatra di Libera Scelta (PLS), gli infermieri di comunità, gli specialisti ambulatoriali, altre figure professionali (come logopedisti, tecnici della riabilitazione, psicologi, dietologi, fisioterapisti).

L'Infermiere di Famiglia o Comunità è la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità, realizzandola in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità per perseguire l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti, e ponendo al centro la persona. L'infermiere di comunità è una figura professionale già prevista nel Decreto-legge n° 34/2020.

In base a quanto descritto nel PNRR, la Casa della Comunità garantisce l'erogazione dei seguenti servizi:

- Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario e sociale
- Punto prelievi
- Servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicità (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, oct, spirometro, ecc.) anche attraverso strumenti di telemedicina (es. telerefertazione)
- Servizi ambulatoriali specialistici per le patologie ad elevata prevalenza (cardiologo, pneumologo, diabetologo, ecc.)
- Servizi di prevenzione collettiva e promozione della salute a livello di comunità, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC), ambulatori infermieristici per la gestione integrata della cronicità e per la risposta ai bisogni occasionali
- Interventi di prevenzione e promozione della salute a livello di comunità, anche attraverso i Consultori familiari e l'attività rivolta ai minori – ove esistenti – che si articolano con il mondo educativo e scolastico per gli specifici interventi sulla popolazione 0-18 anni (facoltativo)
- Attività di profilassi vaccinale in particolare per alcune fasce di età o



condizioni di rischio e di fragilità. Tutte le attività di profilassi vaccinale e di sorveglianza di malattie infettive sono in linea con le indicazioni del Dipartimento di Prevenzione

- Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale
- Servizio di assistenza domiciliare di base
- Integrazione con i servizi sociali

Quanto alla distribuzione sul territorio nazionale, il numero delle nuove Case della Comunità previste per Regione è variabile, come illustrato nella tabella seguente.

Regioni	Case della Comunità previste
Piemonte	82
Valle d'Aosta	2
Lombardia	187
PA Bolzano	10
PA Trento	10
Veneto	91
Friuli-Venezia Giulia	23
Liguria	30
Emilia-Romagna	84
Toscana	70
Umbria	17
Marche	29
Lazio	107
Abruzzo	40
Molise	9
Campania	169
Puglia	120
Basilicata	17
Calabria	57
Sicilia	146
Sardegna	50
Italia	1.350

Ogni Casa della Comunità prevede l'impiego di 5 unità di personale amministrativo, 10 MMG e 8 infermieri che, rapportati all'intero investimento, significa un totale di 6.750 amministrativi e 10.800 infermieri che dovranno essere assunti, a partire dal 2026, per poter rendere queste strutture realmente operative.

Il finanziamento per il personale è invece quantificato per soli 94,5 milioni di euro, che saranno sufficienti per 2.363 infermieri (D.L. 34/2020 art.1



c.5). Per la rimanente parte del personale sanitario (15.187 operatori sanitari), il PNRR sostiene di poter ricavare le risorse necessarie alla loro assunzione grazie alla riorganizzazione dell'assistenza sanitaria (e quindi alla riduzione dei ricoveri inappropriati, alla riduzione del consumo dei farmaci, alla riduzione degli accessi inappropriati al Pronto Soccorso, etc.).

Le Case della Comunità hanno dunque la potenzialità di avvicinare fortemente i servizi sanitari ai bisogni dei cittadini, ma nella pratica sono caratterizzate da alcune importanti criticità.

I Medici di Medicina Generale dovrebbero ad esempio svolgere un ruolo cruciale per l'effettivo funzionamento di queste strutture, e sarebbe richiesta l'adesione di almeno 13.500 MMG in Italia. Ciononostante, il coinvolgimento di queste figure professionali nella programmazione del servizio pare sia stato scarso e al di sotto delle aspettative, con la conseguenza che al momento la partecipazione al progetto di questi professionisti è condizionata da eventuali incentivi che saranno messi a disposizione.

Il personale da destinare a queste strutture rappresenta peraltro uno dei punti critici del Piano anche per altri versi: le assunzioni non sono previste nel budget del PNRR e peseranno sul bilancio pubblico a partire dal 2027.

Occorre inoltre considerare che il finanziamento pubblico previsto ammonta a 94,5 milioni, e sarà molto difficile riuscire a ricavare dalla riorganizzazione sanitaria i rimanenti 607,5 milioni previsti per l'assunzione di tutto il personale necessario all'attivazione delle Case della Comunità.

Il rischio di creare delle strutture che non potranno essere attive per mancanza di risorse sia umane che economiche è dunque molto alto.

Medicina territoriale di prossimità: l'esempio dell'Emilia-Romagna

La necessità di una riformulazione del modello di medicina territoriale attualmente utilizzato in Italia, cruciale per il rilancio della sanità del Paese, è stata sollevata dai decisori politici in diverse occasioni recenti e passate, e dal Presidente del Consiglio Mario Draghi durante i discorsi alle Camere per la fiducia del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

Il rafforzamento della sanità del territorio, come si evince dal Piano stesso, passerà attraverso la realizzazione di una capillare rete di servizi di base, tra cui: ospedali di comunità, case della comunità, centrali operative territoriali (COT), assistenza domiciliare integrata (ADI), telemedicina.

Una delle prime regioni ad aver intrapreso il proprio percorso verso questo modello di sanità territoriale è l'Emilia-Romagna, che può quindi fornirci attualmente evidenze e risultati derivanti dalla applicazione del modello stesso.



Basata sul principio Hub&Spoke, l'Emilia-Romagna ha realizzato una solida rete di servizi sanitari costituiti da strutture a media-alta complessità assistenziale (Hub) e strutture a bassa complessità assistenziale (Spoke).

Questo sistema garantisce al cittadino il principio di prossimità, necessario per una presa in carico a 360° per la cura: le case della salute - di cui ne esistono già attive 126 - rappresentano il luogo della presa in carico della cronicità, della medicina preventiva (screening, vaccinazioni), dei consultori, della salute mentale, dei servizi socioassistenziali.

Avviato con Decreto di Giunta Regionale⁸, il modello è stato studiato mediante analisi dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS)⁹, che ha valutato l'impatto delle Case della Salute e degli Ospedali di Comunità in base ad alcuni indicatori correlati allo stato di salute della popolazione assistita (e desumibili da flussi amministrativi regionali).

Ne è emerso che, nei territori in cui sono inserite le 88 strutture oggetto di indagine dal 2009-2019, gli accessi al Pronto Soccorso per cause che non richiedano un intervento urgente si sono ridotti del 16,1%, percentuale che raggiunge il 25,7% nel caso in cui il medico di medicina generale fornisce assistenza al suo interno.

Inoltre, i ricoveri ospedalieri per patologie gestibili a livello ambulatoriale (ad esempio, diabete mellito, polmonite batterica, scompenso cardiaco, BPCO) hanno mostrato una riduzione del 2,4%, valore che aumenta al 4,5% in caso di presenza in struttura del medico di medicina generale (MMG).

Quindi, nella regione Emilia-Romagna, la riduzione dei ricoveri ospedalieri non necessari (cioè considerati inappropriati) è stata nel periodo di osservazione di poco inferiore al 26%, ed è stata influenzata dalla presenza del MMG presso le strutture territoriali.

Il rafforzamento dei servizi territoriali ha avuto inoltre **un effetto di intensificazione dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) sia infermieristica che medica, con un 9,5% di prestazioni in più** rispetto al decennio precedente (circa 3.000 servizi di assistenza domiciliare in più).

⁸ Case della Salute: indicazioni regionali per il coordinamento e lo sviluppo delle comunità di professionisti e della medicina d'iniziativa. <https://bur.regione.emilia-romagna.it/bur/area-bollettini/bollettini-in-lavorazione/dicembre-periodico-parte-seconda-2a-quindecima.2016-12-27.1859352012/case-della-salute-indicazioni-regionali-per-il-coordinamento-e-lo-sviluppo-delle-comunita-di-professionisti-e-della-medicina-diniziativa/allegato-case-per-la-salute-in.2016-12-27.1482846403>

⁹ Dossier n. 269/2020 - Valutazione di impatto delle Case della Salute su indicatori di cura, 2009-2019. <https://assr.regione.emilia-romagna.it/pubblicazioni/dossier/doss269>



5. GLI OSPEDALI DI COMUNITÀ

Tra gli altri investimenti della Missione 6 del PNRR attirano particolare interesse gli Ospedali di Comunità (OdC): strutture residenziali sanitarie della rete territoriale a ricovero breve e destinate a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata.

Questi luoghi sono stati concepiti come strumento per consentire di dimettere in modo sicuro e appropriato pazienti da strutture ospedaliere per acuti verso strutture più idonee alle necessità socioassistenziali, alla stabilizzazione clinica, al recupero funzionale, permettendo inoltre a familiari e caregiver di avere il tempo necessario per adattare l'ambiente domestico alla presa in carico del paziente.¹⁰

Quali caratteristiche avranno gli OdC del PNRR?

Saranno previsti in ogni OdC la quota di almeno 20 posti letto (fino a un massimo di 40 posti letto) a gestione prevalentemente infermieristica e con un OdC ogni circa 100.000 abitanti. Il personale sanitario e i costi necessari per gli OdC a livello nazionale sono riportati nella tabella che segue.

Tipologia personale	Unità di personale per OdC	Costo per unità ¹¹	Tot unità personale nazionale	Costo totale
Medico	1 (4.5 h/ die x 6 gg/sett)	70.000 €	400 (561.600 h/anno)	28.000.000 €
Infermieri	9	50.000 €	3.600	180.000.000 €
OSS	6	40.000 €	2.400	96.000.000 €
Totale	16		6.400	304.000.000 €

Quali saranno i criteri di ammissione al ricovero in queste strutture?

Dal PNRR si evidenziano alcune caratteristiche necessarie per l'ammissione dei pazienti al ricovero negli Ospedali di Comunità:

- Pazienti con multimorbidità provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa;
- Pazienti fragili e/o cronici provenienti dal domicilio per la presenza di una riacutizzazione di condizione clinica preesistente, comunque non meritevole di ricovero presso ospedale per acuti;

¹⁰ Consiglio dei Ministri, Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), 2021. Consiglio dei ministri: documentazione del Governo inviata all'UE a corredo del PNRR.

¹¹ Individuati tramite i contratti collettivi nazionali di lavoro (CCNL) per comparto e dirigenza



- Pazienti che necessitano di assistenza infermieristica nelle ADL (Activity of Daily Living), nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi non erogabili a domicilio, monitoraggi;
- Necessità di formazione/educazione/addestramento del paziente e caregiver prima dell'accesso a domicilio.

Sono stati inoltre individuati gli Indicatori di Monitoraggio sul funzionamento degli OdC, che sono:

Tasso di ricovero della popolazione >75 anni
Tasso di ricovero della popolazione <14 anni
Tasso di ricovero in Ospedale per acuti durante la degenza in OdC
Tasso di riospedalizzazione a 90 giorni
Degenza media in Ospedali di Comunità
Degenza oltre le 6 settimane (o N° di outlier)
N. pazienti inviati da MMG/PLS
N. pazienti inviati da ospedali

Quali le tempistiche di realizzazione?

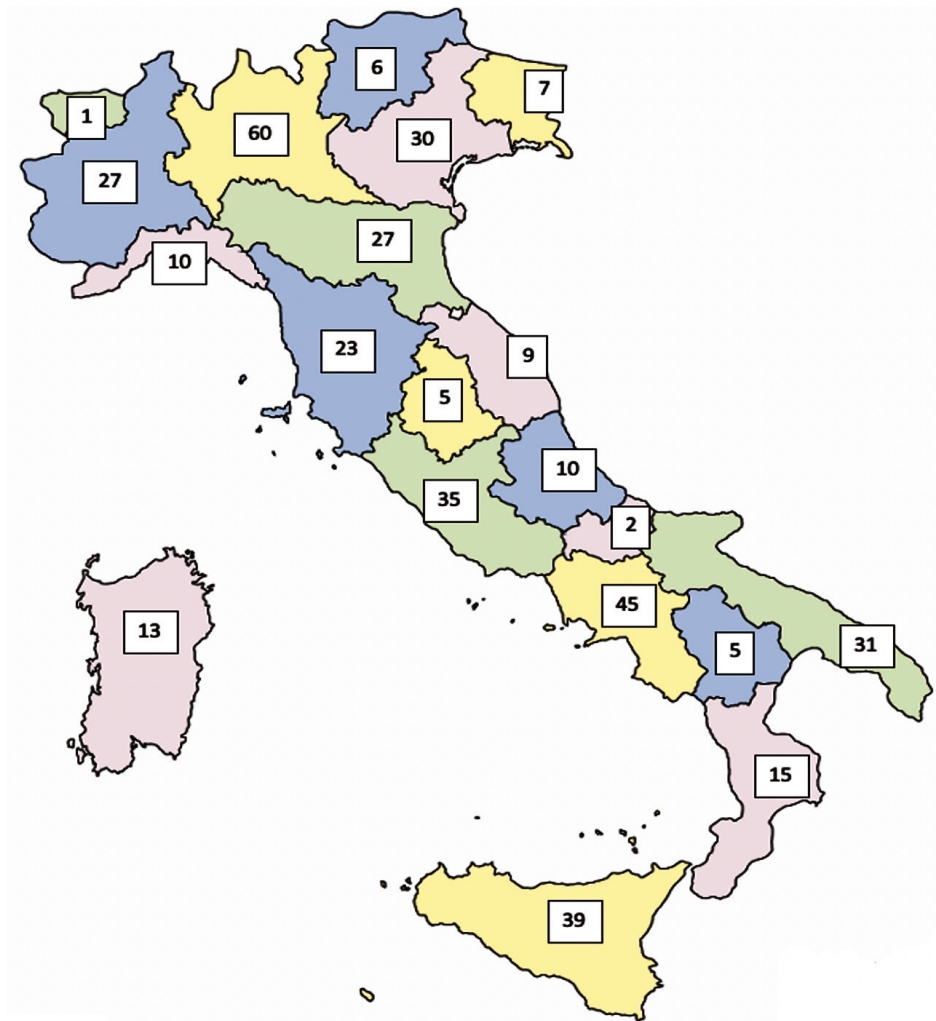
L'obiettivo del PNRR è di terminare entro la prima metà del 2026 la realizzazione dei 400 nuovi OdC previsti in tutte le regioni italiane, distribuiti come illustrato in figura a pag. 63. Il costo dell'intervento è di 1 miliardo di euro complessivi nazionali per un'aggiunta di 8.000 posti letto totali nazionali (che si sommeranno ai 3.163 posti letto degli Ospedali di Comunità già esistenti sul suolo italiano)¹².

Quali i costi complessivi dell'operazione di realizzazione?

Per ogni nuovo Ospedale di Comunità si è ipotizzato un costo di realizzazione di 2.174.000 euro a cui si è stimato di aggiungere un 15% di costi per le tecnologie (pari a 326.000 euro per struttura), per un costo complessivo per ogni ospedale di 2.500.000 euro.

Tipo di costo	Unità	Costo unitario	Costo totale
Costi costruttivi	400	2.174.000	869.600.000
Tecnologie	400	326.000	130.400.000
Totale			1.000.000.000

¹² "Case della Salute e Ospedali di Comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale" a cura del Servizio Studi Affari Sociali della Camera dei Deputati e allegato



Quali i costi per il mantenimento all'anno?

Il costo del personale per ciascuna struttura sarà pari a € 760.000, per cui il costo complessivo del personale dei 400 Ospedali di Comunità è quantificabile in € 304.000.000 che non fanno parte del PNRR e peseranno sul bilancio pubblico a partire dal 2027.¹³ A questi costi del personale andranno aggiunti i costi di manutenzione, degli ambienti fisici, delle tecnologie, etc.

¹³ Consiglio dei Ministri: documentazione del Governo inviata all'UE a corredo del PNRR. Camera Dei Deputati, Case della salute ed Ospedali di Comunità: Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale, 1/3/2021.



6. GLI ALTRI SERVIZI TERRITORIALI DEL PNRR

Al secondo punto della componente 1 della Missione 6, troviamo l'investimento riguardante la "Casa come primo luogo di cura, assistenza domiciliare e telemedicina". Con una somma prevista di 4 miliardi di euro, il progetto ha come fine ultimo quello di prendere in carico, entro la metà del 2026, almeno il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni, con particolare attenzione verso i portatori di una o più patologie croniche e/o non autosufficienti.

Nello specifico il Piano mira a:

- Identificare un modello condiviso per l'erogazione delle cure domiciliari che sfrutti al meglio le possibilità offerte dalle nuove tecnologie, come la telemedicina, la domotica, la digitalizzazione (2,72 miliardi di euro)
- Realizzare presso ogni Azienda Sanitaria Locale (ASL) un sistema informativo in grado di rilevare dati clinici in tempo reale
- Attivare 600 Centrali Operative Territoriali (COT), una in ogni distretto, con la funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialogo con la rete dell'emergenza-urgenza (280 milioni di euro)
- Utilizzare la telemedicina per supportare al meglio i pazienti con patologie croniche (1 miliardo di euro)

6.1 Rafforzamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

Al 1° gennaio 2019 gli over 65enni sono 13,8 milioni (rappresentano il 22,8% della popolazione totale) e per il 2026 ci sarà un incremento di 807.907 anziani, portando il numero di potenziali assistiti over 65 a 14,6 milioni di italiani.

Per ottenere una previsione del costo necessario a raggiungere un tal numero di assistiti tramite l'ADI, si è fatto riferimento alle casistiche provenienti dall'ADI delle regioni Toscana, Veneto ed Emilia-Romagna, dove si hanno 4 livelli di intensità assistenziale, ogni livello con un determinato numero di accessi mensili previsto e di relativi costi individuali:



ADI - livelli di assistenza per intensità	% di pazienti sul totale	Numero aggiuntivo di anziani assistiti	Costi per gli accessi addizionali (€)
Base	60%	483.782	104.712.925
Primo livello	20%	161.594	204.343.403
Secondo livello	10%	80.797	353.655.358
Terzo livello	4%	32.319	325.504.494
Cure palliative domiciliari	6%	48.478	611.763.186
Totale	100%	806.970	1.599.979.366

Il costo della presa in carico degli assistiti varierà sulla base del loro livello di intensità assistenziale (si va infatti da un minimo di una visita al mese fino a un massimo di 15 visite al mese per i pazienti in cura palliativa), ma mediamente la spesa media annua per ogni assistito trattato a domicilio sarà di 1.980 euro. Per riuscire a sostenere questa spesa, il governo ha previsto un incremento sequenziale del budget destinato all'ADI (pag. 66)

Secondo quanto riportato dalla documentazione del Governo italiano inviata alla Commissione Europea a corredo del PNRR, i fondi destinati al personale sanitario necessario all'espletazione dei servizi di assistenza domiciliare saranno coperti fino al 2027. In seguito, le risorse necessarie (1,1 miliardi di euro circa sul fronte dell'ADI) dovranno essere reperite tramite il risparmio derivante dalla riorganizzazione sanitaria, dalla riduzione della spesa farmaceutica e dalla riduzione degli accessi inappropriati in Pronto Soccorso.

Alle prevedibili criticità di carattere finanziario, si aggiungono ulteriori aspetti problematici come quelli riguardanti le prestazioni. Infatti, pur aumentando il numero dei pazienti assistiti a domicilio, non è chiaro in che modo saranno soddisfatte le prestazioni per singola persona: considerando cioè le 18 ore in media attualmente previste per ciascun assistito, le cure domiciliari potranno essere offerte solo per un breve periodo di tempo e attendibilmente a ridosso della dimissione ospedaliera.

L'analisi delle risorse e dei costi riguardanti l'ambito dell'assistenza domiciliare integrata mostra dunque che l'aumento del numero degli assistiti raggiunti dall'ADI, non è accompagnato da garanzia di qualità di assistenza mantenendo invariato il problema legato all'ambito socio-sanitario, sempre più caratterizzato da cittadini ultrasessantacinquenni non autosufficienti che necessitano di assistenza per lo svolgimento delle attività fondamentali di vita quotidiana (ADL) e che dovranno continuare a far affidamento su badanti e caregiver.


NUOVE FRONTIERE IN SANITÀ: FINITA LA PANDEMIA, L'INIZIO DELLA GESTIONE DEL PNRR

ROMA 6 MAGGIO 2022 - RESIDENZA D'EPOCA VILLA MIANI

	2022	2023	2024	2025	2026	2027
I COSTI						
Costi del personale dell'assistenza domiciliare	578.231.762	760.889.632	997.151.408	1.283.890.954	1.599.979.366	1.599.979.366
FINANZIAMENTI						
Fondo sanitario di cui al comma 4, art. 1 del D.L. 34/2020	265.028.624	265.028.624	265.028.624	265.028.624	265.028.624	265.028.624
Fondo sanitario di cui al comma 5, art. 1 del D.L. 34/2020	235.000.000	235.000.000	235.000.000	235.000.000	235.000.000	235.000.000
PNRR	78.203.138	260.861.007	497.122.784	783.862.329	1.099.950.742	-
Risorse da reperire						1.099.950.742
GLI ASSISTITI						
Numero addizionale di anziani assistiti a domicilio	292.000	384.240	503.549	648.349	807.970	807.970



6.2 Le Centrali Operative Territoriali (COT)

Si tratta di strutture che svolgono una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e di raccordo tra servizi e professionisti, al fine di assicurare 7 giorni su 7 continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria. L'obiettivo è la realizzazione di 600 COT, una in ogni distretto sanitario, da effettuarsi entro il primo trimestre del 2024.

Le risorse destinate a questo obiettivo ammontano a 280 milioni così ripartiti:

- Circa 90 milioni di euro destinati alla ristrutturazione degli edifici esistenti;
- Circa 58 milioni di euro destinati ai dispositivi di supporto dei pazienti e degli operatori sanitari, tra cui gli strumenti legati all'utilizzo della telemedicina;
- Circa 50 milioni di euro (10 milioni per ogni anno) destinati al completamento del progetto pilota riguardante l'intelligenza artificiale come strumento a supporto dell'assistenza primaria (col fine di verificare le opportunità e i rischi relativi all'implementazione di tali strumenti all'interno del SSN);
- Circa 42 milioni di euro destinati alla interconnessione aziendale (l'acquisto di software, hardware, migrazione e interconnessione dati, nonché per la formazione del personale);
- Circa 25 milioni di euro destinati al Potenziamento del Portale della Trasparenza, strumento in grado di garantire al cittadino informazioni chiare e affidabili, integrando diverse fonti informative provenienti da ambiti nazionali e internazionali;
- Circa 13 milioni di euro destinati all'acquisto delle tecnologie necessarie all'attivazione delle COT.

La suddivisione regionale delle COT è definita come segue a pag. 68



Regioni	n. COT previste
Piemonte	43
Valle d' Aosta	1
Lombardia	101
PA Bolzano	5
PA Trento	5
Veneto	49
Friuli Venezia Giulia	12
Liguria	15
Emilia Romagna	45
Toscana	37
Umbria	9
Marche	15
Lazio	59
Abruzzo	13
Molise	3
Campania	58
Puglia	40
Basilicata	6
Calabria	19
Sicilia	49
Sardegna	16
Italia	600

Lo scopo principale delle COT sarà quello di fornire mezzi tecnologici per garantire il controllo remoto dei dispositivi di telemedicina forniti ai pazienti, sostenere lo scambio di informazioni tra gli operatori sanitari coinvolti nella cura, costituire un punto di riferimento per i caregiver, sia per la formazione alla cura che per la sua attuazione, e fungere da punto di riferimento in caso di ulteriori necessità assistenziali del paziente.

Per ogni COT sono previsti un coordinatore e 5 infermieri di comunità. Come si sarà potuto notare, non sono previsti investimenti per i costi relativi al personale; il costo previsto per l'assunzione è stimato intorno ai 150 milioni di euro l'anno e saranno reperiti tramite le risorse previste dal D.L. 34/2020 art. 1 c.5 a partire dal secondo trimestre del 2024.

Descrizione personale	Unità di personale per COT	Incremento costi unitari	Totale unità di personale	Costi addizionali (€)	Fonte del finanziamento (€)
Infermieri di famiglia	5	40.000	3.010	120.400.000	D.L. 34/2020
Coordinatore	1	50.000	602	30.100.000	art. 1 c.5
Totale				150.500.000	



6.3 *Telemedicina*

La transizione digitale rappresenta uno dei tre assi strategici su cui si basa il PNRR e a cui viene destinato il 27% totale degli investimenti previsti. Tra le varie misure previste per l'avanzamento digitale del Paese vi è quello riguardante la Telemedicina.

Si tratta di un investimento di 1 miliardo di euro, inserito insieme all'investimento destinato all'ADI all'interno del capitolo "reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" (intervento M6C1). Questo perché la telemedicina, agendo sinergicamente con gli altri servizi presenti nel territorio, è identificata come strumento imprescindibile per rafforzare l'assistenza sul territorio e al domicilio.

L'obiettivo macro della presente misura è quello di incrementare il numero di pazienti presi in carico a domicilio, consentendo di raggiungere il valore soglia del 10% degli assistiti ultrasessantacinquenni. Oltre a ciò, gli obiettivi secondari sono:

- Garantire equità e qualità delle cure offerte a tutta la popolazione (anche in contesti geografici svantaggiati);
- Ridurre gli accessi al PS, al day hospital, l'ospedalizzazione e il ricorso all'istituzionalizzazione;
- Permettere una dimissione protetta a domicilio dalle strutture sanitarie garantendo una continuità di assistenza e cura;
- Migliorare le transizioni tra setting grazie all'informatizzazione e all'interoperabilità dei sistemi.

Con il Decreto del 29 aprile 2022 e successivamente pubblicate nella Gazzetta Ufficiale del 24 maggio 2022, sono state rese disponibili le linee guida organizzative contenenti il "Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare". Queste definiscono un modello di riferimento per l'attuazione dei diversi servizi di telemedicina nel setting domiciliare, attraverso l'individuazione di processi innovativi di presa in carico del paziente a domicilio e la valorizzazione della collaborazione multiprofessionale e multidisciplinare tra i diversi professionisti.

I rischi presenti in questo processo di transizione volto al digitale sono legati alla possibile mancata partecipazione attiva degli operatori sanitari coinvolti in questo progetto, e alla possibile mancanza di conoscenze, non solo tecniche, ma soprattutto manageriali necessarie alla gestione dei nuovi piani di lavoro concernenti le diverse prestazioni in telemedicina. La direzione è quella auspicata, la leadership del processo di evoluzione è ora affidata alle Regioni, responsabili della sua realizzazione.



7. LA REGIONE LAZIO

Servizi territoriali, PNRR e criticità.

7.1 Case della Comunità

Con una popolazione di 5.755.700 abitanti (ISTAT 01/01/2020), la Regione Lazio ha presentato tramite DGR 1005/2021 il Piano degli interventi PNRR relativo alle Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale.¹⁴ All'interno della Deliberazione, si può notare come vengano sostanzialmente rispettate le indicazioni date dal Ministero della Salute (MdS) riguardanti il numero di OdC e COT da implementare grazie ai fondi del PNRR, ad eccezione delle CdC con un +33,6% rispetto al valore di riferimento fornito dal MdS¹⁵ (cfr. tabella che segue)

	CdC	OdC	COT
Previsti da AGENAS	107	35	59
Previsti dalla DGR	143	36	59

Per quanto riguarda le 143 Case della Comunità che saranno finanziate col PNRR, si può dire che si tratta di 143 strutture di proprietà pubblica che necessitano di interventi su edifici già esistenti (tranne nel singolo caso della CdC di Castel di Tora che necessita di un intervento di ristrutturazione) e che verranno suddivise nei seguenti territori:

- 19 CdC nel territorio dell'ASL Roma 1
- 22 CdC nel territorio dell'ASL Roma 2
- 8 CdC nel territorio dell'ASL Roma 3
- 19 CdC nel territorio dell'ASL Roma 4
- 20 CdC nel territorio dell'ASL Roma 5
- 11 CdC nel territorio dell'ASL Roma 6
- 7 CdC nel territorio dell'ASL Viterbo
- 17 CdC nel territorio dell'ASL Frosinone
- 15 CdC nel territorio dell'ASL Latina
- 5 CdC nel territorio dell'ASL Rieti

¹⁴ Deliberazione 30 dicembre 2021, n. 1005 Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione 6-Salute componente M6C1 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale. Investimenti 1.1, 1.2 e 1.3 - Definizione del Piano - Identificazione delle Strutture del PNRR e del piano regionale integrato

¹⁵ Ripartizione programmatica delle risorse alle regioni e alle province autonome per i progetti del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e del Piano per gli investimenti complementari. (G.U. Serie Generale, n. 57 del 09 marzo 2022)



Il finanziamento stimato per la realizzazione delle 143 CdC ammonta a € 158.494.374 (calcolato sulla base delle 107 CdC quantificate da AGENAS). Questo significa che mediamente per ogni CdC sono destinati € 1.108.352 (invece dei € 1.600.000 previsti dal PNRR iniziale) e questa somma sarà necessaria alla dotazione, per ciascuna delle CdC, di 10-15 sale di consulenza ed esame, del punto prelievo, della strumentazione necessaria all'erogazione dei servizi diagnostici di base (per esempio, ecografia, elettrocardiografia, radiologia, spirometria, ecc.), nonché per la messa in regime dell'innovativo sistema di interconnessione dati.

La superficie complessiva delle CdC oggetto di intervento è estremamente variabile: si va dai 50 mq della CdC di Civitella San Paolo all'interno dell'ASL Roma 4, ai 1.200 mq della CdC di Marino dell'ASL Roma 6.

Quanto alle risorse umane, secondo il PNRR sono previste per ciascuna Casa della Comunità 5 unità di personale amministrativo, 10 medici di medicina generale e 8 infermieri. Complessivamente saranno necessari quindi per la sola Regione Lazio 715 amministrativi, 1.430 medici di medicina generale (che dovranno accettare di trasferirsi all'interno delle CdC) e 1.144 infermieri.

Questo personale dovrà essere assunto nel 2027, ovvero quando le Case della Comunità diverranno pienamente operative. Il PNRR non include risorse aggiuntive per l'assunzione del personale che andranno ricavate quindi al termine del programma del PNRR nel 2026. L'unico finanziamento pubblico previsto attualmente riguarda quello indicato nel D.L. 34/2020 art. 1 c.5 che prevede 94,5 milioni di euro da ripartire a livello regionale per il finanziamento di 2.363 infermieri (corrispondenti a circa 10,5 milioni per l'assunzione di 262 infermieri per la Regione Lazio). Per l'assunzione del resto del personale (715 amministrativi e 882 infermieri), il cui costo è stimato intorno ai € 56.730.000, non sono previsti finanziamenti, ma si calcola di stanziare le risorse necessarie tramite le riorganizzazioni sanitarie proposte (riduzione ricoveri inappropriati, riduzione del consumo dei farmaci, riduzione accessi inappropriati al Pronto Soccorso, ecc.).


NUOVE FRONTIERE IN SANITÀ: FINITA LA PANDEMIA, L'INIZIO DELLA GESTIONE DEL PNRR

ROMA 6 MAGGIO 2022 - RESIDENZA D'EPOCA VILLA MIANI

Personale nel Lazio	Unità (per ogni CdC)	Costo unitario (in euro)	Unità di personale totali in regione	Finanziamenti (euro)	Fonte finanziamento
Amministrativi	5	30.000	715	-	Nessun finanziamento previsto
Medici di medicina Generale (MMG)	10	-	1.430	-	
Infermieri di famiglia	6	40.000	882	-	
	2	40.000	262	10.500.000	D.L. 34/2020 art. 1 c.5
Totale	23	-	3.289	10.500.000	

Le Case della Comunità rappresentano dunque un lodevole tentativo di riformare le cure primarie, e come tale merita una particolare attenzione. Permangono però perplessità legate al ruolo e alla definizione delle competenze che queste strutture andranno ad avere.

Inoltre, le Case della Comunità sono state istituite sulla base del numero di abitanti, scelta che è a rischio di provocare, all'interno della stessa regione, grosse disparità in termini di equo accesso alle strutture poiché località con pochi abitanti o situate in zone rurali o montane, avranno prevedibilmente poche strutture (CdC, OdC, COT) a disposizione e anche distanti. Si pensi, ad esempio per la Regione Lazio, a zone disagiate come possono essere quelle di Amatrice o Accumoli in provincia di Rieti.

Il discorso relativo alla distanza dal proprio domicilio alla CdC non riguarda solo il cittadino/paziente che avrà difficoltà a raggiungere il luogo della propria presa in cura, ma riguarda anche, e soprattutto, i medici di medicina generale che dovranno essere coinvolti (e convinti) a lavorare in strutture distanti in alcuni casi anche 30 minuti di macchina dal proprio domicilio.



7.2 Ospedali di Comunità

Dagli ultimi dati presenti sul sito del Ministero della Salute, per la Regione Lazio sono conteggiati 21.148 posti letto per acuti (di cui 17.580 in strutture pubbliche e 3.568 in strutture accreditate) su un totale di 5,8 milioni di residenti laziali, portando a un tasso di 3,67 posti letto per acuti per 1.000 abitanti. Per quanto riguarda invece i posti letto per non acuti, notiamo che nella Regione Lazio sono presenti 1.169 posti letto in strutture pubbliche e 2.591 nelle strutture accreditate, portando a un totale di 3.760 posti letto per post acuti in regione e a un tasso di 0,65 posti letto per post acuti per 1.000 abitanti.

Tramite il PNRR questo tasso supererà la soglia fissata dal Decreto Ministeriale 70 del 2 aprile 2015, che indica come obiettivo una media complessiva pari o inferiore ai 3,7 posti letto per acuti ogni 1.000 abitanti e 0,7 posti letto per post acuti ogni 1.000 abitanti.¹⁶

Nello specifico, nella Regione Lazio ci sarà un'aggiunta di 775 posti letto per non acuti, comportando un aumento di 0,14 posti letto per 1.000 abitanti tramite l'attivazione degli OdC e portando quindi il tasso a 0,79 posti letto per 1.000 abitanti.

Visti i criteri di eleggibilità sopra riportati e riguardanti i potenziali pazienti delle suddette strutture, è presumibile che gli OdC andranno a intercettare quel bacino di utenti che, nonostante non abbiano le caratteristiche necessarie per continuare a rimanere ricoverati (per insussistenza di criteri clinici), non possiedono nemmeno i criteri per una corretta dimissione domiciliare (per necessità di monitoraggio infermieristico, per educazione e addestramento del caregiver e del paziente, per riattivazioni funzionali). Sono pazienti, pertanto, che attualmente continuano a occupare posti letto in strutture ospedaliere, rallentando la potenziale presa in carico di nuovi pazienti.

Si può supporre che gli OdC andranno quindi da una parte a ritardare la dimissione a domicilio di pazienti (che necessitano ancora di cure e assistenza), dall'altra parte a diminuire le giornate di degenza per le varie patologie trattate in ospedali per acuti.

Questa diminuzione delle giornate di degenza sarà spalmata sia sugli ospedali pubblici che su quelli privati accreditati? E in caso, saranno interessati in ugual misura? Al momento non è specificato. Esistono esperienze in altre regioni.

¹⁶ Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70. Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. (G.U. 4 giugno 2015, n. 127)



Provenienze e dimissioni dell'Ospedale di Comunità: l'esperienza dell'Ospedale di Tregnano.

Se prendessimo come riferimento i dati reali provenienti dall'OdC di Tregnano (VR), che ha pubblicato i dati relativi a provenienza e destinazione dei pazienti ammessi dal 2015 al 2020, potremmo dedurre alcune considerazioni.

Come si può notare nelle tabelle seguenti, le provenienze dei pazienti che afferiscono all'OdC sono unicamente 2:

- 1) dal domicilio per un 54.1% dei casi;
- 2) da ospedali (pubblici) per acuti nel rimanente 45.9% dei casi.

Non si sono verificati ricoveri in OdC di pazienti provenienti da Ospedali privati accreditati o da strutture residenziali (sia pubbliche che private).

Anno	Domicilio	Ospedale	Totale
2015	121 (58.5%)	86 (41.5%)	207
2016	107 (52.9%)	95 (47.1%)	202
2017	106 (53.8%)	91 (46.2%)	197
2018	108 (54.3%)	91 (45.7%)	199
2019	116 (57.7%)	85 (42.3%)	201
2020	50 (42.0%)	69 (58.0%)	119
Totale	608 (54.1%)	517 (45.9%)	1.125

Dalla tabella seguente si nota come, nonostante il domicilio rappresenti la destinazione principale dei dimessi dagli OdC, le dimissioni verso Ospedali (pubblici o privati) e strutture sociosanitarie consistano in una apprezzabile quota delle modalità di dimissione.

Questa esperienza ci permette di osservare che le provenienze dei pazienti dell'OdC sono state prevalentemente dagli ospedali pubblici per acuti (forse sono gli unici dell'esperienza locale veneta?), e che le dimissioni e con conseguente presa in carico hanno riguardato sia Hospice o case di Cure/ residenze per anziani (pubbliche o private accreditate).

Infine, da notare in questa esperienza veneta anche il ridotto numero dei decessi, che indica un'adeguata selezione dei pazienti da ricoverare (non si tratta infatti di un hospice ma di un ospedale per non acuti).

Anno	Domicilio	Ospedale	Altre strutture	Decessi
2015	170 (87.2%)	12 (6.2%)	12 (6.1%)	1 (0.5%)
2016	166 (81.8%)	15 (7.4%)	14 (6.8%)	8 (4.0%)
2017	163 (82.8%)	7 (3.6%)	21 (10.6%)	6 (3.0%)
2018	169 (84.5%)	10 (5.0%)	16 (8.0%)	5 (2.5%)
2019	156 (77.2%)	14 (7.0%)	24 (11.9%)	8 (3.9%)
2020	99 (81.8%)	13 (10.7%)	6 (5.0%)	3 (2.5%)
Totale	923 (82.5%)	71 (6.36%)	93 (8.32%)	31 (2.77%)

Fonte: Gli Ospedali di Comunità: Proposta di modello organizzativo. Psicogeriatrics.
<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato2968052.pdf>



In altre esperienze regionali, come ad esempio l'esperienza sopra menzionata dell'ospedale di Tregnano, gli OdC hanno alleggerito il carico di lavoro presente sugli ospedali (pubblici e accreditati), soprattutto per quanto riguarda le attività di degenza per non acuti.

Volendo impostare un ragionamento su come potrebbe essere la distribuzione delle giornate di degenza rispetto agli Ospedali di Comunità nel Lazio, sappiamo che nel 2019 le attività di degenza per non acuti delle strutture di ricovero pubbliche e private accreditate sono state le seguenti¹⁷:

Anno 2019 nel Lazio	Ospedali pubblici	Ospedali privati accreditati	Finanziati dal PNRR
PL utilizzati	1.128	2.475	775 (in 36 OdC)
Ricoveri	9.893	27.631	
Giorni di degenza effettuati	376.267	817.666	246.667 (potenziali)
Tasso di utilizzo dei PL	87,20%	90,50%	
Giornate di degenza media	38	29,6	

Il PNRR per la Regione Lazio prevede l'implementazione aggiuntiva di:

- 775 posti letto;
- 36 Ospedali di Comunità;

Utilizzando la stessa percentuale di tasso di utilizzo dei posti letto presente negli ospedali pubblici otteniamo un totale di 246.667 giornate di degenza potenzialmente utilizzate dai futuri Ospedali di Comunità. Possiamo ipotizzare che queste giornate di degenza vengano ripartite proporzionalmente (sulla base dei dati attuali) tra pubblico e privato accreditato.

In questo caso, avremmo teoricamente:

- 168.965 giornate di degenza effettuate in meno per il privato accreditato
- 77.702 giornate di degenza effettuate in meno per il pubblico

Come evidenziato, i criteri indispensabili di accoglibilità presso gli OdC sono: assenza di problematiche acute in atto; condizione clinica stabile; inquadramento diagnostico definito; e un programma terapeutico delineato.

¹⁷ Diciannovesimo rapporto annuale 2021 AIOP Ospedale & Salute. Franco Angeli s.r.l., Milano, Italy



Ma quali patologie saranno indirizzate verso gli Ospedali di Comunità?

Sulla base dei criteri di ammissibilità descritti dal PNRR per gli Ospedali di Comunità, si può ipotizzare che le malattie e le condizioni cliniche che saranno gestite all'interno di queste strutture saranno attendibilmente quelle a maggiore durata di degenza, rispondenti ai requisiti del PNRR.

Secondo uno studio della Università Bocconi¹⁸ (che prende in esame 8 Ospedali di Comunità presenti in Italia), si possono notare 4 tipologie principali di pazienti:

- a. Paziente che necessita di ricovero in struttura non ospedaliera, ma comunque in grado di fornire assistenza infermieristica: per es., un anziano affetto da polmonite che necessita di monitoraggio e ossigenoterapia;
- b. Pazienti che terminano il proprio percorso diagnostico terapeutico ma necessitano di protezione infermieristica: qui l'OdC interviene per ridurre la degenza ospedaliera e in sostituzione dell'ADI;
- c. Pazienti che necessitano di formazione e addestramento su terapia, medicinali, dispositivi medici da utilizzare;
- d. Pazienti che in seguito a interventi chirurgici, necessitano dell'aiuto di figure di riferimento (come fisioterapisti o logopedisti) per la riabilitazione muscolare e funzionale.

Purtroppo il PNRR non prevede all'interno degli OdC percorsi di riabilitazione. Anzi specifica trattarsi di strutture ad assistenza prevalentemente infermieristica. Quindi le evidenze dello studio della Università Bocconi non sono pienamente adattabili al caso degli OdC come da PNRR: ragionevolmente, tra tutti, il punto d) dello studio della Bocconi è quello che meno si adatta (i casi analizzati fanno riferimento a ospedali che trattano ricoveri di pazienti con necessità riabilitative le cui esigenze, costi e requisiti organizzativi sono diversi); ma forse neanche gli altri punti possono completamente essere usati come riferimento per gli OdC del PNRR e quindi anche in termini di analisi di impatto e costi sanitari, le conseguenze potranno essere diverse meritando una riflessione approfondita e tempestiva.

In ogni caso, nello studio della Bocconi, i criteri utilizzati per la selezione dei casi studio sono stati la rappresentatività geografica (rispetto alle ma-

¹⁸ Gli Ospedali di Comunità in Italia: passato, presente e futuro di G. Fattore, F. Meda e M. Meregaglia.

https://cergas.unibocconi.eu/sites/default/files/media/attach/Capitolo%2014%20Rapporto%20ASI%202021.pdf?zTxHL_csrKAKsXPQyrPiid9gLvC8W_Ck=



cro-aree nazionali: Nord-Ovest, Nord-Est, Centro, Sud e Isole), la tipologia di sede (sede propria/contigua a Casa della Salute, ex ospedale per acuti riconvertito, etc.), e la disponibilità a collaborare delle strutture contattate. Nello specifico, i casi studio sono stati i seguenti:

- OdC di Bobbio, Emilia-Romagna
- OdC di Auronzo, Veneto
- OdC di Cisternino, Puglia
- OdC della AUSL Toscana Sud-Est
- OdC di Modigliana, Emilia-Romagna
- OdC di Trecenta, Veneto
- OdC di Demonte, Piemonte
- OdC di Larino, Molise

Dal citato studio, i pazienti rientrano principalmente nelle seguenti condizioni patologiche:

- Pazienti post ricovero, che necessitano di assistenza riabilitativa e/o assistenza continuata in fase post-acuta
- Pazienti post ricovero per frattura del femore
- Pazienti post ricovero per ictus con emiparesi
- Pazienti con patologie croniche cardiocircolatorie
- Pazienti anziani che necessitano di cure farmacologiche complesse o di riabilitazione post ricovero e intervento

Per quanto riguarda invece il PNRR, con quale criterio guida si deciderà quali patologie potranno essere gestite negli OdC? Saranno altre rispetto a quelle finora evidenziate?

Riusciranno gli OdC ad aggiungere *value* al sistema sanitario e cioè a migliorare gli esiti di salute mantenendo invariati o addirittura diminuendo i costi sostenuti (e quindi consentendo l'auspicata sostenibilità del SS Regionale e Nazionale)?

7.3 Altri servizi territoriali

Dei 2,72 miliardi di euro destinati all'assistenza domiciliare per trattare il 10% degli anziani (over 65), circa 260 milioni saranno destinati alla Regione Lazio. Risulta utile ricordare che nel 2019 dei 1.276.876 cittadini over 65 residenti nella Regione Lazio (fonti Istat), solo il 2,49% è riuscito a essere preso in carico a domicilio (dati disponibili dal flusso SIAD per l'anno 2019), contro una media nazionale di 5,06%.

Prendendo in esame le previsioni Istat sul numero di anziani presenti nel



Lazio per l'anno 2026, anno in cui l'assistenza domiciliare dovrà raggiungere il suo obiettivo finale, si presume che ci saranno circa 1.418.769 anziani. Possiamo quindi notare che dagli attuali 31.794 over 65 ad oggi trattati a domicilio, si dovrà arrivare a 141.877 (oltre 110.000 persone in più).¹⁹

Per garantire la crescita dell'assistenza domiciliare, a livello nazionale i costi per il personale a partire dal 2022 cresceranno di anno in anno di 578 milioni, fino ad arrivare ad un incremento, nel 2026, di 1.599.979.366 euro in più rispetto al 2021. Bisognerà vedere se tale somma risulterà sufficiente a coprire un tale carico di lavoro da parte del personale sanitario dei vari Distretti coinvolti in questo compito.

Inoltre, le previsioni su quali saranno le percentuali di pazienti per ogni intensità di assistenza domiciliare sono state effettuate, come detto anticipatamente, prendendo in considerazione i numeri provenienti da 3 regioni prese a modello (Toscana, Emilia-Romagna e Veneto). Purtroppo, come si può leggere dai dati provenienti dai flussi SIAD 2019, esiste una forte disomogeneità nelle proporzioni tra le varie categorie di intensità di assistenza domiciliare.

	CIA base	CIA livello1	CIA livello 2	CIA livello 3	CIA livello 4
ITALIA	40%	23%	23%	3%	11%
Sicilia	9%	16%	47%	7%	20%
Calabria	42%	27%	24%	3%	5%
Basilicata	17%	20%	28%	7%	28%
Puglia	19%	28%	29%	5%	20%
Campania	8%	17%	46%	8%	22%
Molise	21%	23%	33%	4%	20%
Abruzzo	19%	19%	38%	7%	17%
Lazio	14%	31%	36%	5%	14%
Marche	14%	40%	30%	3%	12%
Umbria	28%	39%	19%	3%	11%
Toscana	61%	21%	10%	2%	7%
Emilia Romagna	60%	22%	9%	2%	8%
Liguria	10%	45%	33%	3%	9%
Friuli V.G.	41%	36%	15%	2%	6%
Veneto	53%	26%	12%	2%	7%
P.A. Trento	49%	30%	13%	2%	6%
P.A. Bolzano	48%	35%	10%	2%	6%
Lombardia	39%	16%	30%	4%	10%
Valle d'Aosta	19%	34%	22%	6%	19%
Piemonte	52%	25%	11%	2%	10%

¹⁹ <http://dati-anziani.istat.it/> (data di consultazione: 13/06/2022)



Questo comporta che, invece che una media di 60% di pazienti CIA (Coefficiente di Intensità Assistenziale) livello base, 20% di pazienti CIA livello 1, 10% di pazienti CIA livello 2, 4% di pazienti CIA livello 3 e 6% di pazienti CIA livello 4 (cure palliative), la Regione Lazio abbia, con solo il 14%, una sottostima dei pazienti assistiti in ADI con un CIA livello base, mentre tutte le altre categorie sono sovra rappresentate rispetto alla media derivante dalle 3 regioni prese in esame, ovvero con un 31% di pazienti con CIA livello 1, un 36% di pazienti con CIA livello 2, un 5% di pazienti con CIA livello 3, e un 14% di pazienti con CIA livello 4.²⁰

Tutto ciò si traduce non solo in un maggior numero di accessi su base mensile, ma anche in una maggiore richiesta di visite specialistiche e super specialistiche. Ne consegue un aumento importante dei costi medi per assistito di cui non si tiene conto all'interno del PNRR e che determina quindi una sottostima dei costi necessari al raggiungimento dell'assistenza domiciliare del 10% degli anziani del nostro Paese. Si tratta di una conseguenza dell'impostazione del PNRR su base demografica anziché sui reali bisogni di salute delle popolazioni presenti all'interno delle diverse regioni d'Italia.

Infine, nonostante siano un obiettivo espresso all'interno della Missione 5 "Inclusione e Coesione" del PNRR, i temi dell'inclusione sociale e dell'assistenza socio-sanitaria vengono affrontati in maniera assai più limitata e con finanziamenti sicuramente di gran lunga inferiori rispetto a quelli destinati alle cure domiciliari delle Asl.

Solo 66 milioni di euro, su base nazionale, sono destinati al rafforzamento servizi sociali a domicilio, indirizzati più che altro a garantire la dimissione ospedaliera anticipata e a prevenire i ricoveri in ospedale. Sembra mancare una visione d'insieme che preveda una maggiore interazione tra le cure domiciliari medico-infermieristiche e le attività di assistenza e socio-sanitarie erogate solitamente dai Comuni.

²⁰ www.pattononautosufficienza.it/wp-content/uploads/2021/09/Allegato-tecnico-2.pdf



8. CONCLUSIONI

L'Italia ha saputo raggiungere per il 2021 tutte le milestone e i target previsti dal crono-programma del PNRR (51/51) e questo è un segnale di come tutti i Ministeri coinvolti nell'attuazione del Piano stiano dando massima priorità alla sua attuazione, tra cui anche il Ministero della Salute.

Tuttavia, analizzando il Piano per quanto concerne la Missione 6, emergono non poche criticità, già evidenziate nei precedenti capitoli e che meritano particolare attenzione in ottica di sostenibilità.

Prendiamo, come unico esempio per tutti, quello degli Ospedali di Comunità e ci chiediamo: sono idonei gli indicatori di monitoraggio individuati per fornire una reale misura del funzionamento, dell'efficacia e della qualità di cura fornita da queste strutture?

Si aggiunga poi il tema dei costi generali e ci chiediamo: i fondi a disposizione del Servizio Sanitario nazionale e dei Servizi Sanitari regionali saranno sufficienti a coprire le spese di mantenimento di queste strutture, auspicabilmente generanti risparmi visto l'obiettivo di razionalizzazione dei ricoveri?

Secondo le stime riportate dal PNRR, per il nostro esempio dell'Ospedale di Comunità, la giornata di degenza media andrebbe a costare solo 106 euro al giorno (valore calcolato tenendo conto unicamente del costo del personale per l'attivazione della struttura e senza considerare i normali costi legati a strumentazione, materiale sanitario, di gestione e di mantenimento della struttura). E occorre ricordare che attualmente la tariffa media degli Ospedali di Comunità già operativi è di 132 euro al giorno.^{21, 22} Se non riusciremo, come attendibilmente saranno viste queste premesse, a garantire il costo di gestione degli Ospedali di Comunità previsto dal PNRR, bisognerà attingere a fondi aggiuntivi per la gestione di queste strutture (se il costo di gestione dei nuovi ospedali sarà in linea con quello delle strutture odierne, bisognerà prevedere un 25 % in più di quanto pattuito, cioè circa 76 milioni di euro in più all'anno).

Inoltre, gli 1,36 miliardi di euro previsti dal Piano di Sostenibilità e che saranno risparmiati tramite la riduzione delle ospedalizzazioni, degli accessi inappropriati nei Pronto Soccorso e della spesa farmaceutica, sembrano sproporzionati rispetto alle evidenze attuali.

Questa cifra deriva dalla somma di 4 elementi principali (come illustrato nella seguente tabella):

²¹ L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – 6° Rapporto 2017/2018 – Il tempo delle risposte, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna (RN), 2017

²² Pesaresi F., "Le tariffe delle Residenze sanitarie assistenziali", I Luoghi della Cura, 12/9/2019.



1	Aumento del finanziamento del SSN	180.000.000 €
2	Riduzione delle ospedalizzazioni ad alto rischio di inappropriatelyzza per patologie croniche	134.379.918 €
3	Riduzione degli accessi inappropriati in Pronto Soccorso per codici bianchi o verdi	719.294.197 €
4	Riduzione della spesa farmaceutica per le 3 categorie di farmaci ad alta assunzione e con elevato rischio di inappropriatelyzza (diabete, BPCO e ipertensione arteriosa)	329.000.000 €
	Totale	1.362.674.115 €

La stima sulla riduzione degli accessi al Pronto Soccorso è stata effettuata tramite i dati del flusso EMUR 2019: sono stati estrapolati i numeri relativi agli accessi con codice verde e bianco che non hanno determinato un ricovero, quindi 2.735.519 codici bianchi e 11.234.872 codici verdi (ovvero l'87,4% del totale degli accessi). Di questi, il 60% degli accessi con codice verde (6.740.923) e il 90% di quelli con codice bianco (2.461.967) sono stati considerati inappropriati e quindi evitabili.

Come abbiamo visto nel capitolo 4 per le Case e Ospedali di Comunità emiliani, realtà ben sedimentate nel territorio e da anni pienamente operative, sebbene marcati e incoraggianti, i dati relativi alla riduzione media degli accessi impropri in ospedali per acuti raggiunge il valore massimo del 26%, vale a dire un -34% di quanto previsto per i codici verdi e un -64% di quanto previsto per i codici bianchi.

A quanto sopra sui costi generali, si aggiunga poi il problema dei costi del personale. Qui non si tratta solo di un problema di reperimento o di carenza di personale sanitario.

Nel PNRR non sono previsti finanziamenti per il personale sanitario che dovrà lavorare in queste strutture, significando ulteriori pesi sul bilancio pubblico a partire dal 2027.

Come abbiamo visto, il Piano di Sostenibilità allegato al PNRR sostiene di poter risparmiare ben 1,36 miliardi dalla riorganizzazione delle strutture da destinare al finanziamento del personale sanitario. Il problema è che andando a sommare le necessità finanziarie per il personale di ADI (1.1 miliardo), Ospedali di Comunità (304 milioni) e Case di Comunità (567



milioni), si nota come si superi ampiamente il budget previsto (2 miliardi).²³

Nella sola Regione Lazio e limitatamente agli Ospedali di Comunità, sarà necessario reperire entro il 2027 almeno 576 unità di personale sanitario (tra cui 36 medici, 324 infermieri e 216 OSS).

Il costo annuale da sostenere per la Regione Lazio per i soli stipendi del personale dei futuri OdC sarà di circa 27 milioni di euro.

Tipologia personale	Unità di personale per OdC	Costo per unità ²⁴	Tot unità personale per i 36 OdC della Regione Lazio	Costo totale annuale nel Lazio
Medico	1 (4,5 h/die x 6 giorni/sett)	70.000 €	36 (50.544 h/anno)	2.520.000 €
Infermieri	9	50.000 €	324	16.200.000 €
OSS	6	40.000 €	216	8.640.000 €
Totale	16		576	27.360.000 €

Per quanto riguarda altri aspetti critici è poi ragionevole porsi altri interrogativi, è cioè:

1. Rispetto alla cooperazione per finalità sanitarie tra strutture sanitarie pubbliche e strutture private accreditate, come andranno a strutturarsi i rapporti tra le diverse amministrazioni? I nuovi servizi assistenziali e le nuove strutture si aggiungono infatti a una vasta rete di strutture già esistenti (lungodegenza post acuzie, riabilitazione ospedaliera, RSA, strutture residenziali riabilitative, ecc.) con le quali dovrebbe essere creata sinergia e integrazione anche a beneficio dell'ottimizzazione delle risorse.
2. In che modo/chi provvederà ai finanziamenti per i macchinari da utilizzare in questi nuovi Ospedali di Comunità? A quali risorse si attingerà per soddisfare il Piano? Sarà sufficiente il 15% del budget totale previsto per ogni singolo Ospedale (e quindi 326.000 euro) per l'ac-

²³ Gli ospedali di comunità nel PNRR: Grande sviluppo e qualche problema. Franco Pesaresi | 24 giugno 2021. <https://welforum.it/il-punto/verso-un-welfare-piu-forte-ma-davvero-coeso-e-comunitario/gli-ospedali-di-comunita-nel-pnrr/>

²⁴ Individuati tramite i contratti collettivi nazionali di lavoro (CCNL) per comparto e dirigenza



quisto di tutto il parco tecnologico e per la sua manutenzione, o dovrà essere messo a bilancio *ex-novo*? È prevedibile che l'implementazione di tutti i macchinari e delle tecnologie necessarie all'attivazione dei vari Ospedali di Comunità sparsi nel Paese, richiederà un consistente aumento della spesa corrente a partire dal 2027, termine dei finanziamenti del PNRR.

3. Per la componente relativa al personale, quale sarà il costo a carico della Regione Lazio (per prendere un esempio tra tante regioni nella stessa situazione)? Sappiamo che il Governo ha stimato necessari 239.268.000 €/anno a livello nazionale. Considerando il numero di Ospedali di Comunità che saranno presenti nel Lazio, possiamo ipotizzare che il Governo abbia previsto per la Regione Lazio una spesa annuale di 22.608.000 € ma, sulla base dell'esperienza emiliana e considerando i costi necessari per stipendiare medici, infermieri e OSS (ricavati dai CCNL), il costo da sostenere difficilmente sarà inferiore ai 27.360.000 € necessari per l'arruolamento del personale minimo necessario per i 36 Ospedali di Comunità da 20 posti letto previsti (si noti che, in realtà, il DGR del Lazio prevede anche 3 Ospedali di Comunità da 40 posti letto, comportando la necessità di maggiori unità di personale e, quindi, di maggiori spese).

Con questi interrogativi in mente, dovremmo allora cercare soluzioni concrete e efficaci per risolvere i problemi emersi. Sebbene infatti il principio alla base del PNRR è di notevole importanza poiché ambisce a migliorare la qualità e ad aumentare la quantità dei servizi sanitari territoriali, da sempre troppo poco calcolati e di conseguenza finanziati, d'altro canto niente affatto trascurabili sono le criticità legate alle previsioni di spesa e di mantenimento, sul medio e lungo termine, a livello nazionale e di singole regioni, tra cui il Lazio è solo un esempio.

L'esigenza di costruire il progetto PNRR rapidamente (o meglio, frettolosamente) ha forse impedito un pieno approfondimento e completo confronto sulle realtà regionali, derivandone un disegno impostato su base demografica, che non tiene conto dei reali bisogni e della domanda di salute dei cittadini nei diversi contesti territoriali su cui i futuri servizi sanitari andranno ad essere erogati, e né dell'impegno di risorse economiche e umane che la realizzazione richiederà.

Il successo della riforma della sanità del territorio appare ora sostanzialmente in mano del decisore politico e alla sua prospettiva di medio-lungo termine, orientata a vincere la resistenza al cambiamento e al saper coinvolgere attivamente in un confronto costruttivo e sinergico tutti gli attori del comparto sanitario erogatori di prestazioni.