

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE POLITICHE, GIURIDICHE E
STUDI INTERNAZIONALI

Corso di laurea *Triennale* in
Scienze Politiche



**TERRITORIO E INNOVAZIONE NEL SERVIZIO SANITARIO
NAZIONALE:
I PILASTRI DELLA SANITÀ PUBBLICA NEL PNRR**

Relatore: Prof. Vincenzo Rebba

Laureando: Francesco Vanin
matricola N.1228893

A.A. 2022/2023

INDICE

Introduzione.....	3
CAPITOLO 1: La Missione 6 “Salute” del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.....	5
CAPITOLO 2: Reti di prossimità, strutture e Telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale.....	13
2.1. Le Case di Comunità.....	14
2.2. Casa come primo luogo di cura e telemedicina.....	22
2.3. Gli Ospedali di Comunità.....	27
CAPITOLO 3: “Innovazione, digitalizzazione, ricerca e formazione”.....	31
3.1. Aggiornamento tecnologico e digitale.....	31
3.2. Formazione del personale.....	41
3.3. Le competenze manageriali del personale del SSN.....	46
3.4. Il Panflu 2021-2023.....	47
3.5. Sistema Nazionale Prevenzione Salute dai rischi ambientali e climatici.....	49
CAPITOLO 4: Conclusioni: problemi strutturali e finanziari nella fase successiva al PNRR.....	51
4.1. La gestione del personale sanitario: tra formazione e nuove assunzioni.....	51
4.2. Aggiornamento del DM 70.....	55
4.3. I finanziamenti dal 2027.....	57
4.4. Le condizioni di lavoro.....	60
Considerazioni conclusive.....	63
Bibliografia.....	65

Introduzione

La pandemia da Covid-19 ha colpito duramente l'economia mondiale e italiana, su tutti ne ha fatto le spese la sanità pubblica, travolta da un evento inaspettato e di dimensioni globali, il quale ha messo in luce tutte le carenze del sistema e ha posto al centro del dibattito la necessità di una generale riorganizzazione dell'assetto sanitario. La seguente trattazione intende analizzare questo riassetto alla luce degli investimenti che verranno operati tramite i 15,63 miliardi messi a disposizione dalla Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza tra il 2022 e il 2026, il quale finanzierà riforme in aree di innovazione tecnologica e digitale e di potenziamento e implementazione di nuove strutture per la sanità territoriale. L'obiettivo principale dell'elaborato consisterà nell'analizzare i processi di riforma, evidenziando le motivazioni che hanno reso necessari gli investimenti e ipotizzandone il possibile impatto sull'organizzazione e sulla spesa sanitaria, sollevando infine questioni relative a problematiche strutturali di sistema, come la carenza del personale sanitario e il reperimento dei fondi di gestione nella fase post PNRR. La tesi, dunque, si articolerà in quattro capitoli: il primo fornirà una panoramica generale sul contesto all'interno del quale si inseriranno le riforme, il secondo analizzerà gli investimenti previsti per l'istituzione delle nuove strutture che opereranno all'interno della sanità territoriale e dei sistemi di telemedicina, il terzo invece si occuperà dell'aggiornamento tecnologico e digitale, approfondendo anche il tema della formazione del personale sanitario, il quarto capitolo infine porrà diverse questioni legate alle problematiche strutturali relative al nostro Sistema Sanitario Nazionale, le quali potrebbero rendere complicata un'efficace attuazione del Piano, sollevando inoltre alcuni dubbi riguardo la gestione economica dell'assetto istituzionale e del personale nella fase successiva al termine degli investimenti. La raccolta dati è stata effettuata principalmente attraverso la ricerca operata su fonti documentali e normative, nonché dalla lettura di numerosi articoli giornalistici e riviste, completata dalla

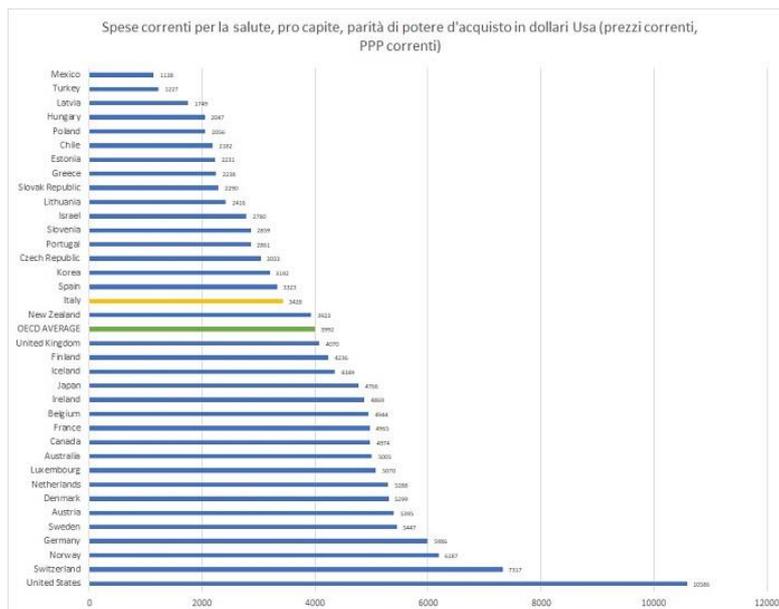
partecipazione ad incontri istituzionali e seminari inseriti all'interno di corsi di formazione organizzati dalla Fondazione Scuola di Sanità Pubblica.

CAPITOLO 1

La Missione 6 “Salute” del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

Era il 9 marzo 2020 quando con un decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, l'allora primo ministro Giuseppe Conte, estendeva le misure urgenti di contenimento del contagio da COVID-19 fino a quel momento circoscritte alla sola Lombardia e ad alcune province, tra cui Padova, Treviso e Venezia, a tutto il territorio nazionale. Aveva così inizio il primo lockdown, in risposta ad una pandemia che avrebbe avuto implicazioni gravissime in termini umani, economici e politici, mettendo in luce la fragilità del nostro sistema sanitario nazionale, già indebolito da dieci anni di misure di contenimento della spesa sanitaria. Dal 2010 al 2019 infatti, secondo il report dell'osservatorio GIMBE «il finanziamento pubblico è stato decurtato di oltre 37 miliardi» (GIMBE, 2019). Inoltre, secondo i dati OCSE del 2019 (Figura 1.1) l'Italia si attestava sotto la media europea in quanto a spesa sanitaria totale e pubblica, davanti solo a paesi dell'Europa dell'est e a Spagna, Portogallo e Grecia.

Figura 1.1 Spesa corrente pro capite per la salute in parità di potere d'acquisto (US\$) Anno 2019



Fonte: (Quotidiano Sanità, 2019, Dati OCSE 2019)

Secondo un rapporto Censis, inoltre, il personale ospedaliero del settore pubblico dal 2007 al 2019 è diminuito del 7%, i medici del 6% e gli infermieri del 5% a seguito dei tagli previsti dalla l. 191/2009 in materia di contenimento della spesa, in aggiunta poi, come riporta la Fondazione The Bridge, dal 2010 al 2019 è stato registrato un calo della % di spesa sanitaria sul PIL, nonostante un generale aumento degli investimenti statali a favore del Sistema Sanitario Nazionale. Queste dinamiche, accompagnate dal taglio dei posti letto che ha visto una loro diminuzione per il 22% nelle strutture pubbliche e per l'11% in quelle private, hanno reso estremamente vulnerabile la nostra sanità, trovatasi di fronte ad un'emergenza pandemica senza precedenti. Il 18 Dicembre 2020 è una data cruciale, viene infatti raggiunta un'intesa tra Parlamento e Consiglio europeo sul programma "Next Generation EU", un piano di rilancio post-pandemico dell'economia da 750 miliardi, di cui 209 andranno all'Italia; il piano stesso è incorporato nel bilancio settennale 2021-2027 con budget complessivo di 1800 miliardi, l'erogazione dei fondi agli Stati membri è inoltre subordinata alla presentazione entro il 30 Aprile 2021 di un "*Recovery and resiliency plan*", all'interno del quale ciascun Paese dovrà dare conto all'Unione Europea di come e dove verranno spesi i fondi, rispettando i vincoli europei su diverse aree di investimento come le energie rinnovabili, la digitalizzazione della pubblica amministrazione e la sanità. È in questo contesto che si inserisce il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, presentato alle camere il 26 e 27 aprile 2021 dal governo Draghi, il quale si articola in 16 componenti, a loro volta raggruppate in 6 differenti missioni:

1. Digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo
2. Rivoluzione verde e transizione ecologica
3. Infrastrutture per una mobilità sostenibile
4. Istruzione e ricerca
5. Coesione e inclusione
6. Salute

È proprio quest'ultimo punto che verrà preso in esame in questa trattazione considerando i due pilastri (le due componenti) su cui si fonda:

1. Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza territoriale
2. Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale

Prima però di passare alla disamina della missione 6 si rende necessario discutere riguardo un altro progetto europeo, sempre inserito all'interno del bilancio settennale 2021-2027, ovvero il programma EU4Health, istituito dal regolamento 522/2021 e che si pone come obiettivo, attraverso l'investimento di 5,3 miliardi di euro, di integrare le politiche sanitarie messe in atto dagli stati membri aumentando la resilienza dei rispettivi sistemi sanitari. Proprio su questo aspetto si dovranno concentrare le riforme nei sistemi sanitari nei prossimi anni, la resilienza è infatti quella caratteristica che permette, come afferma l'OMS, di «prepararsi, gestire (assorbire, adattarsi e trasformare) e imparare da shock/eventi estremi» (Thomas et al., 2020). La resilienza inoltre era ritenuta già una componente fondamentale all'interno del sistema sanitario tedesco, uno dei tre pilastri insieme a sostenibilità e responsabilità come afferma Sabine Kleinert (Kleinert, 2017), citando inoltre la riunione dei ministri della sanità del G20 a Berlino, durante la quale, a proposito di resilienza, si è sottolineata l'importanza del potenziamento della copertura sanitaria e della costruzione di un sistema di dati in grado di supportare efficacemente le politiche sanitarie, nonché di sviluppare e mantenere una formazione continua e puntuale nei confronti di tutto il personale medico, tutti temi che si ritrovano costantemente all'interno sia del Next Generation EU sia del PNRR. Una volta osservate nel loro complesso, le sei missioni che compongono il PNRR risultano fortemente interdipendenti fra di loro e soprattutto risulta evidente come la missione 6 sia strettamente connessa con la 1 riguardante digitalizzazione e innovazione, proponendosi come tema trasversale che riguarda da vicino il sistema delle infrastrutture ospedaliere, i dispositivi medici, la formazione e l'aggiornamento del personale sanitario. Anche la missione 2 riguardante la rivoluzione verde e la transizione ecologica influenza la sanità, infatti, secondo gli esiti del progetto VIIAS (Valutazione integrata dell'impatto ambientale e sanitario dell'inquinamento atmosferico), nel 2005, anno di riferimento, l'inquinamento da PM2.5 ha causato 34.552 decessi, di cui il 65% solo nel Nord Italia, facendo insorgere patologie cardiovascolari, respiratorie e tumori, in particolare ai polmoni e causando in media la perdita di 9,7 mesi di vita per abitante, colpendo

maggiormente i residenti nelle aree urbane. Concentrandosi però sul reale oggetto di trattazione, ovvero la missione 6: Salute, risulta evidente che, come viene sottolineato nel testo del Piano, nonostante la spesa sanitaria sul PIL in Italia si attesti sotto la media rispetto agli altri paesi UE, l'efficacia del sistema sembra essere complessivamente buona considerando come indicatore l'aspettativa di vita alla nascita, che nel 2018, prima della pandemia, si attestava rispettivamente a 80,8 anni per gli uomini e 85,2 per le donne, ben al di sopra della media europea. La pandemia, d'altronde, come si evince dal piano ha esacerbato ed evidenziato diversi aspetti critici «aggravati dall'accresciuta domanda di cure derivate dalle tendenze demografiche, epidemiologiche e sociali in atto» (PNRR, pag.222), sono divenute centrali problematiche come le disparità territoriali nell'erogazione dei servizi, la scarsa integrazione tra servizi ospedalieri, territoriali e sociali e l'elevata durata dei tempi d'attesa per l'erogazione dei servizi. Dunque, partendo da questi presupposti, il Piano si propone di affrontare questi punti critici attraverso il potenziamento e lo sviluppo di due pilastri, che da un lato vedono la componente delle «reti di prossimità, delle strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale» (PNRR, pag.223), la quale prevede un rafforzamento dell'assistenza domiciliare e la creazione di strutture e presidi territoriali, nonché dello sviluppo della telemedicina, dall'altro lato la componente “Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale” che prevede misure atte a consentire «il rinnovamento e l'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso più efficaci sistemi informativi» (PNRR, pag.223). Inoltre, saranno stanziati risorse al fine di favorire la ricerca scientifica e il trasferimento tecnologico nonché il potenziamento della formazione del personale sanitario. Tutte queste misure e riforme si trovano in linea con «un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico, in linea con l'approccio One Health» (PNRR, pag. 224), ovvero un paradigma che ha come cardine l'integrazione di diverse discipline professionali per «affrontare in modo sistemico i bisogni delle persone sulla base della relazione tra la loro salute e l'ambiente in cui vivono, per riconoscere che gli investimenti in salute sono le principali opzioni

da seguire per i policy maker se vogliono garantire al nostro mondo prospettive di benessere, occupazione, equità e coesione sociale» (Veraldi, Solvi, 2021). Definizione senz'altro calzante, dato che nei prossimi anni sarà sempre più importante investire nella sanità attraverso riforme organiche come quelle che verranno attuate con i fondi del Next Generation EU, in un'ottica sempre più interdipendente tra le realtà disciplinari, soprattutto per cogliere il duro insegnamento che ci ha lasciato la pandemia da COVID-19 al fine costruire un sistema sanitario sul territorio, digitale, innovativo e resiliente. In effetti, l'emergenza pandemica ha fatto emergere l'esigenza di rafforzare la capacità del sistema sanitario di erogare servizi sul territorio e inoltre di potenziare la gamma di prestazioni rese in assistenza domiciliare anche per rispondere all'esigenza causata dal progressivo invecchiamento della popolazione, considerando inoltre che circa il 40% delle persone over 65 è affetto da malattie croniche. Per quanto riguarda la componente 1 del Piano, in ordine a questa problematica, viene predisposta l'attivazione entro la metà del 2026 di 1288 Case della Comunità, ovvero delle strutture attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti e all'interno delle quali predisporre l'operatività di diversi professionisti del personale sanitario e assistenti sociali. Un altro investimento previsto, inoltre, riguarda l'istituzione degli Ospedali di Comunità, ovvero «una struttura sanitaria della rete territoriale a ricovero breve e destinata a pazienti che necessitano di interventi di media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata» (PNRR, pag.226), tutto ciò mira a potenziare l'assistenza sanitaria intermedia, riducendo l'accesso improprio a servizi sanitari come il pronto soccorso o a cure specialistiche. Il piano di investimenti, dunque, prevede la costruzione di 381 Ospedali di Comunità sempre entro la metà del 2026 con costo complessivo di 1 miliardo di euro. La pandemia da COVID-19 ha poi messo in evidenza lo stato di obsolescenza in cui versano le infrastrutture digitali e tecnologiche della sanità italiana e a questo proposito, la componente 2 del Piano prevede: «l'ammodernamento digitale del parco tecnologico ospedaliero, tramite l'acquisto di 3133 nuove grandi apparecchiature ad alto contenuto tecnologico» (PNRR, pag. 229). Inoltre, sono previsti investimenti anche al fine di potenziare il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e creare il “Sistema di Tessera sanitaria elettronica” per facilitare le ASL nell'utilizzazione delle informazioni cliniche ed

effettuare analisi sui dati stessi, per garantire una maggiore accessibilità alle cure per i pazienti. Da citare poi sono sicuramente il rafforzamento del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), il quale mira a rafforzare il monitoraggio dei bisogni sanitari condizionati dalla struttura demografica e tenendo conto della situazione epidemiologica, anche quantificando ed esaminando la qualità dell'offerta sanitaria. Non è possibile poi evitare di prendere in considerazione l'investimento atto a potenziare il sistema di ricerca biomedica favorendo anche la cooperazione tra enti di ricerca ed imprese attraverso trasferimenti tecnologici. In ultima istanza, a chiusura della componente 2 si colloca il piano di investimenti riguardante la formazione del personale del sistema sanitario e su cui ci si soffermerà particolarmente conducendone un'analisi sfruttando la raccolta dati e l'esperienza maturata durante il tirocinio condotto presso la Fondazione Scuola di Sanità Pubblica. Gli obiettivi di questa voce del Piano, dunque, sono quelli di «rafforzare la formazione in medicina di base, introdurre un piano straordinario di formazione sulle infezioni ospedaliere e garantire un rafforzamento delle competenze manageriali e digitali del personale sanitario», infatti, tutte le innovazioni portate dagli investimenti previsti passano necessariamente attraverso l'aggiornamento continuo e la formazione del personale sanitario, al fine di garantire l'efficienza e l'efficacia delle prestazioni erogate ai pazienti. Nel complesso, attraverso il piano vengono stanziati un totale di 15,63 miliardi di euro (7,00 miliardi per la Componente 1 e 8,63 miliardi per la Componente 2) ai quali si aggiungono 1,71 miliardi del programma React EU e 2,89 miliardi del fondo complementare voluto dal governo italiano, raggiungendo quindi 20,23 miliardi di euro. Quando si parla di React EU si intendono le «risorse supplementari del bilancio UE 2021-2027 alla politica di coesione 2014-2020 per gli anni 2021 e 2022, allo scopo di promuovere il superamento degli effetti negativi della crisi sanitaria sull'economia.» (opencoesione.gov.it). Per ciò che riguarda invece il fondo complementare esso è stato costituito dal Governo con il decreto-legge 6 maggio 2021 n.59 ed è pensato dallo stesso come integrazione e supporto all'efficace applicazione delle politiche del Piano, attraverso la dotazione complessiva di 30,6 miliardi ripartiti tra i Ministeri competenti, prevedendo tra gli obiettivi anche un programma di formazione continua in salute-ambiente-clima che sarà oggetto di approfondimento

in questa trattazione. Come previsto anche nelle altre missioni del PNRR gli obiettivi presenti all'interno delle componenti sono suddivisi in Milestone (obiettivi) e Target (traguardi), le prime con accezione più qualitativa, i secondi invece con caratteristiche quantitative. Generalmente all'interno del Piano sono le Milestone a precedere in ordine temporale i Target, rispondendo ad una logica di cornice normativa entro cui poi procedere con il raggiungimento dei secondi, inoltre, la maggior parte degli obiettivi si concentra sino al terzo trimestre del 2023, il quale rappresenta un momento chiave ai fini dell'attuazione delle componenti e del raggiungimento dei Target prefissati. Osservando inoltre la missione 6 si può notare come essa presenti il minor numero di scadenze quanto obiettivi e traguardi da raggiungere rispetto alle altre missioni del Piano, complici anche la minore quantità di fondi di investimento dedicati relativi al progetto NextGenerationEU.

CAPITOLO 2

Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale

Premessa

In linea con l'approccio One Health la componente 1 del PNRR si propone di «perseguire una nuova strategia sanitaria, sostenuta dalla definizione di un adeguato assetto istituzionale e organizzativo» (PNRR, pag.224) e individua tre principali aree di investimento:

1. Case della Comunità e presa in carico della persona
2. Casa come primo luogo di cura e telemedicina
3. Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)

L'obiettivo principale, dunque, è quello di potenziare l'erogazione delle prestazioni sul territorio e lo sviluppo della telemedicina, ponendo come cardine la creazione di due strutture in particolare: le Case di Comunità e gli Ospedali di Comunità, di cui ora saranno illustrate le caratteristiche principali e le fasi previste al fine della loro istituzione, considerando anche la suddivisione dei fondi durante tutta la durata del Piano (2021-2026). Prima di procedere però con la disamina del contenuto degli investimenti di questa componente, risulta necessario analizzare il Distretto in quanto articolazione organizzativo-funzionale dell'Azienda sanitaria locale (Asl). Esso viene disciplinato dalla legge regionale, il quale gli affida la funzione di garantire un bacino di popolazione di almeno 60mila abitanti, fungendo come punto di riferimento per l'accesso ai servizi delle Asl. Nell'ambito del PNRR i nuovi standard prospettati dal DM-71 prevedono che il Distretto possieda al suo interno almeno:

- Una Casa della Comunità
- Un infermiere di famiglia o comunità ogni 2000-3000 abitanti

- Un Unità di continuità assistenziale (Uca)
- Un Ospedale di Comunità
- Una Centrale operativa Territoriale (COT) ogni 100mila abitanti

Si deduce quindi che i suoi compiti e la struttura mirino: «al perseguimento dell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, l'uniformità dei livelli di assistenza e la pluralità dell'offerta.» (DM-71, 2021), riportando inoltre la sua funzione di snodo fondamentale delle attività di programmazione sanitaria, valutando i reali bisogni dell'utenza e le effettive risorse disponibili. In questo sistema, dunque, procederà lo sviluppo delle reti di prossimità e il potenziamento dell'assistenza territoriale, oggetto principale di finanziamento della Componente 1 della missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

2.1: Le Case di Comunità

È ritenuto un tema sempre più centrale quello dell'invecchiamento della popolazione in Italia, secondo i dati Eurostat pubblicati nel 2020 infatti, nel nostro paese la quota di over 65 rispetto al totale è del 23,2%, il dato più alto se messo in paragone con il resto del continente europeo. Inoltre, a questa tematica si affianca la problematica relativa all'insorgere di malattie croniche nei pazienti più anziani, secondo i dati Istat del 2019 infatti, in fase pre-pandemica ammontava al 32,3% la quota di popolazione over 65 con gravi patologie croniche e multi-morbilità, sono invece 3,8 milioni gli anziani con grave riduzione dell'autonomia nelle attività quotidiane e di cura della persona. Bisogna considerare inoltre che il 75% delle risorse SSN vengono utilizzate per la cura dei malati cronici, i quali continuano ad aumentare procedendo con il progressivo invecchiamento della popolazione, se si osserva poi che, secondo i dati Istat 2019, il 31,1% delle famiglie è composta da una sola persona e l'11% sono monogenitoriali, è facile constatare il progressivo collasso del welfare familiare tipico dei paesi mediterranei. Se a ciò si aggiunge la carenza di Rsa, soprattutto al Sud, la quale genera numerosi problemi nella gestione dei pazienti anziani e cronici, i quali, in assenza di strutture specifiche si recano

negli ospedali, riducendo drasticamente la disponibilità di posti letto, si genera un quadro complessivo tragico, all'interno del quale le poche Rsa presenti ricevono quasi esclusivamente pazienti anziani gravissimi, relegando queste strutture ad una funzione di "hospice geriatrici" o, come sono state definite da molti esperti tra cui Francesco Longo, professore in Bocconi e membro del Consiglio Superiore di Sanità: "luoghi di morte". Dunque, cronicità delle malattie e ridotta autonomia da parte della popolazione anziana, accompagnata spesso anche da una disomogeneità nonché da numerose difficoltà nell'accesso alle cure primarie e ospedaliere soprattutto nel Sud del Paese, sono risultate problematiche senz'altro in risalto durante le fasi acute della pandemia, verso le quali si è reso necessario investire al fine di potenziare l'assistenza territoriale in tutto il territorio italiano. Il progetto Case di Comunità si propone quindi come possibile soluzione a questa problematica attraverso il riassetto e la riorganizzazione dei servizi offerti sul territorio, ponendo come target principale delle strutture la popolazione anziana e quella affetta da malattie croniche. Per quanto concerne l'aspetto strutturale delle Case esse si presentano come strutture pensate come punto unico di accesso alle prestazioni sanitarie, all'interno delle quali operano diversi professionisti in campo sanitario e non, titolari di professionalità differenti, nel Piano vengono citati: «Medici di medicina generale (MMG), pediatri di libera scelta (PLS) , medici specialistici, infermieri di comunità, assistenti sociali» (PNRR, pag.225), ma potranno essere presenti anche psicologi, ostetriche, tecnici di laboratorio, specialisti ambulatoriali interni (SAI) e le unità di Continuità Assistenziale (UCA). Il servizio offerto all'interno delle Case di Comunità è pensato inoltre per essere attivo 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 per ciò che riguarda la presenza medico-infermieristica e al suo interno sarà possibile sostenere oltre alle visite mediche anche visite diagnostiche primarie finalizzate al monitoraggio delle condizioni di salute dei pazienti, specialmente coloro che sono anziani o affetti da malattie croniche; tutto ciò verrà permesso anche dall'acquisto di apparecchiature di screening come ecografi, elettrocardiografi e spirometri sempre attraverso l'utilizzo del fondo di investimento nelle dotazioni tecnologiche previsto all'interno del PNRR. Sono inoltre previsti all'interno delle strutture un punto prelievi oltre che di vaccinazioni e un Centro Unico di Prenotazione (Cup) per visite e ricoveri, potendone usufruire

direttamente da casa attraverso i servizi di telemedicina; il progetto delle Case di Comunità, infatti, verrà accompagnato dalla costruzione di un'infrastruttura informatica a supporto in linea con il processo di digitalizzazione della sanità. Non bisogna però dimenticare la componente più importante del progetto, ovvero la territorialità della struttura, distribuita in modo capillare in tutto il territorio nazionale, si stima che verranno istituite entro il 2026 1350 Case, di cui 91 in Veneto, circa una ogni 40mila-50mila abitanti, la struttura infatti viene concepita come uno spazio fisico posto in prossimità del cittadino, di facile individuazione ed accesso da parte dei pazienti, fungendo anche come una sorta di “prima difesa” lungo i vari territori, considerando le numerose difficoltà che sono state incontrate durante la pandemia se viene presa in considerazione l'assistenza al di fuori degli ospedali. A questo proposito, dunque, è deducibile un'altra funzione delle Case di Comunità, ovvero quella di filtro nei confronti delle aziende ospedaliere, operando in prossimità del cittadino attraverso medici di base e pediatri, riducendo quindi gli accessi impropri presso gli ospedali e gestendo in modo particolare i pazienti anziani e con malattie croniche. Le Case di Comunità, inoltre, si troveranno a dover agire in sinergia e collaborando con numerosi altri attori del territorio, come i nuovi Ospedali di Comunità, i quali saranno oggetto di analisi in questa trattazione, le reti delle cure palliative e soprattutto le Residenze sanitarie per gli anziani (Rsa), le quali hanno incontrato particolare difficoltà durante la pandemia, sia a livello economico che di gestione del personale e dei pazienti anziani. Il progetto mira inoltre a risolvere la problematica inerente al reclutamento tardivo dei malati cronici all'interno della sfera delle cure intermedie, causato spesso anche dal protrarsi delle liste d'attesa, riducendo così il tasso di ospedalizzazione di questi ultimi. Inoltre, la possibile rinnovata centralità del medico di medicina generale rimette al centro la questione concernente il processo di prescrizione di farmaci esclusivamente da parte di medici specialisti, previa compilazione di un Piano Terapeutico (PT), come nel caso di patologie quali il diabete mellito e la BPCO, attualmente infatti molti pazienti cronici in condizione di multi-morbilità ricorrono primariamente alle visite mediche specialistiche presso diversi professionisti, consumando una quantità di farmaci generalmente superiore a quella necessaria, che spesso, per inciso, non vengono assunti nei tempi e nelle quantità corrette; dunque, si rende necessario

innovare la figura del medico di medicina generale quale “sintetizzatore clinico” all’interno del processo, recuperando un ruolo prescrittivo “diretto“ e prospettando una stretta collaborazione tra questi e i medici specialisti, al fine di una migliore gestione della salute del paziente cronico. Per quanto concerne l’aspetto economico dei finanziamenti stanziati per il progetto Case di Comunità, dal DM del 20 gennaio 2022 con oggetto: ”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”, si evince che verranno messi a disposizione 2 miliardi di euro, di cui poco più di 135 milioni andranno alla Regione Veneto, al fine di raggiungere il target obiettivo di 91 strutture, la quale, con il DGR n°368 dell’8 Aprile 2022 ha operato la ripartizione dei fondi tra le strutture, stabilendo anche la loro collocazione . Per una singola Casa di Comunità poi, dotata di circa 10 sale adibite a: punto prelievi, vaccinazioni e diagnostica di base, si rende necessario stanziare almeno 1,6 milioni di euro, considerando inoltre il problema del sottodimensionamento, del costo del personale, il quale, per ogni CdC verrà a costare mediamente 94.500,00 euro (Pesaresi, 2021) (Tabella 2.1) e della necessità di assumere nuovi infermieri di famiglia e di comunità, disponendo di fondi non sufficienti stanziati dalla legge di Bilancio.

Tab. 2.1: Costi del personale delle Case di Comunità secondo il PNRR

Descrizione del personale	Unità di personale per struttura	Incremento di costo unitario (€)	Unità di personale totali	Costi addizionali (€)	Fonte di finanziamento
Amministrativi	5	-	6.440	-	Nessun onere aggiuntivo per il SSN a causa del risultato della riorganizzazione del personale delle cure primarie
Medici di medicina generale MMG	10	-	12.880	-	
Infermieri di famiglia	6	-	7.728	-	
	2	40.000	2.363	94.500.000	D.L. 34/2020 art.1 c.5
TOTALE				94.500.000	

Fonte: Pesaresi, 2021

La Regione, infine, che dispone di maggiori fondi è la Lombardia con 277 milioni, a fronte di un target obiettivo di 187 case. Nell’ambito di trattazione riguardo le Case di Comunità, risulta utile riportare la precedente esperienza delle Case della salute, delle quali le CdC rappresentano una naturale evoluzione; le Case della

salute, inizialmente previste e finanziate attraverso lo stanziamento di 10 milioni di euro dalla legge Finanziaria 2007, erano state concepite come parte integrante del progetto di riordino delle cure primarie e intermedie prospettato dal Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, il quale prevedeva anche la creazione degli Ospedali di Comunità e lo sviluppo della telemedicina. A livello strutturale la Casa della salute vede la presenza al suo interno di diverse figure professionali come gli MMG, i PLS, gli infermieri e gli OSS, venendo concepita come punto di riferimento per la rete di prossimità territoriale, vicina e facilmente riconoscibile per il cittadino, per ciò che concerne gli obiettivi del progetto invece, si registra la volontà di ridurre il tasso di ospedalizzazioni improprie, facendo registrare, secondo i dati della Regione Emilia-Romagna del decennio 2009-2019 un calo: «del 16,1% gli accessi al Pronto soccorso per cause che non richiedono un intervento urgente, percentuale che sfiora il 25,7% quando il medico di medicina generale opera al loro interno. Inoltre, «calano (-2,4%) i ricoveri ospedalieri per le patologie che possono essere curate a livello ambulatoriale, come diabete, scompenso cardiaco, broncopneumopatia cronica ostruttiva, polmonite batterica» (salute.regione.emilia-romagna.it, 2018). Ciò che è mancato però all'interno del progetto è stata senz'altro una visione comune nazionale, lo evidenzia la presenza disomogenea di tali strutture all'interno delle diverse aree regionali, i dati 2020 relativi alla mappatura territoriale delle Case della Salute infatti vedono l'Emilia Romagna leader nell'ambito con 124 strutture dichiarate attive, seguono poi in ordine il Veneto con 77, la Toscana con 76 e il Piemonte con 71, altre regioni invece, come Puglia, Campania e Lombardia registrano una totale assenza. Interessante poi il progetto promosso dalla Regione Toscana "Da Casa della Salute a Casa della Comunità", utile soprattutto per operare un distinguo tra le due strutture e prospettare le caratteristiche della riforma finanziata con il fondi del PNRR; la sperimentazione, dunque, prevede la presenza di tre progetti pilota, uno per ogni Ausl regionale: Centro, Nord Ovest e Sud Est, avendo individuato rispettivamente le Case della Salute de: Le Piagge (FI), Querceta (LU) e Abbadia di San Salvatore (SI), al fine di generare un modello di Casa della Comunità da estendere in seguito a tutto il territorio regionale. Il documento programmatico della Regione Toscana si propone, entro il termine previsto del 31 Dicembre 2022, di integrare il modello Casa della salute con le

caratteristiche e le reti previste dal PNRR per il progetto Case della Comunità, dunque, oltre che allo sviluppo di una più stretta collaborazione tra professionisti sanitari, viene programmata anche la creazione delle Centrali Operative Territoriali, al fine di sostenere la richiesta di assistenza sanitaria e facilitare il monitoraggio e lo scambio di informazioni. Come viene poi riportato nella scheda del progetto: «Il cambio di paradigma si concretizza se si comincia a pensare ad un sistema di welfare nuovo che parta dalla comunità e non dalle istituzioni erogatrici, sviluppando un approccio di comunità basato sulla consapevolezza di salute come bene comune» (Allegato A, Da Casa della Salute a Casa della Comunità, Regione Toscana), come punto di partenza per la riforma vi è infatti la centralità della comunità e del territorio all'interno dei quali essa si inserisce, in una prospettiva che individua nella Zona Distretto il luogo ideale per il processo di integrazione delle risorse sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali, gestendo la nuova rete di assistenza territoriale attraverso il potenziamento dei servizi erogati a domicilio e lo sviluppo dei sistemi di telemedicina, teleconsulto e televisita. Viene dunque meno l'organizzazione settoriale e mono-disciplinare delle risorse pubbliche, le quali: «vengono aggregate e ricomposte in funzione dei bisogni della comunità, superando segmentazioni e vincoli contabili, attraverso lo strumento del budget di comunità» (Allegato A, Da Casa della Salute a Casa della Comunità, Regione Toscana), la Casa della Comunità, inoltre, viene pensata come parte integrante del network sanitario regionale, interconnessa alle altre strutture socio-sanitarie attraverso il sistema informativo AsTer (Assistenza Territoriale Integrata), è infatti fondamentale che l'istituzione abbia sempre a disposizione e sotto controllo i dati sanitari della popolazioni di riferimento, al fine di comprendere al meglio i bisogni della comunità e provvedere all'implementazione di programmi di prevenzione e presa in carico proattiva del paziente. Per concludere la trattazione riguardo le Case della Comunità, è necessario infine analizzare ciò che viene riportato nel DM-71, ovvero l'applicazione al progetto del modello *Hub&Spoke*, modello organizzativo preso dal sistema di aviazione americana e applicato ai sistemi sanitari; esso prevede il dualismo di uno o più centri, ovvero l'*Hub* (perno), i quali si occupano dei pazienti con quadri clinici più complessi e una moltitudine di *Spoke* (raggi), ai quali viene affidata principalmente l'attività di presa in carico proattiva, screening

e diagnostica di primo grado. Nell’ambito delle Case di Comunità, il progetto prevede che esse siano distinte in componente Hub e Spoke, la prima erogherà servizi quali il Punto di accesso unico (PUA), punto prelievi, servizi diagnostici per il monitoraggio delle patologie croniche, servizi ambulatoriali specialistici e servizi infermieristici, è inoltre prevista una presenza medica h24 7 su 7 e infermieristica h12 7 su 7 (Tabella 2.2). La seconda invece si occuperà di alcuni servizi ambulatoriali per patologie croniche ad alta prevalenza (malattie cardiache, polmonari, diabete), dei programmi di screening e dei collegamenti con la Casa hub di riferimento, la presenza medica e infermieristica prevista in questo caso è h12 dal lunedì al sabato. Entrambe le Case di Comunità prevedono la presenza di un team multiprofessionale in presenza delle figure già elencate in precedenza, ovvero MMG, PLS, UCA, SAI, infermieri e assistenti sociali, fungendo sempre come da definizione da punto di accesso territoriale per i pazienti per l’erogazione delle prestazioni sociosanitarie e di assistenza primaria. Questo modello manageriale ha il pregio di razionalizzare il sistema organizzativo di assistenza territoriale concentrando la domanda di assistenza specialistica presso degli *hub* di riferimento ed affidando agli *spoke* “periferici” la diagnostica di base e la casistica meno complessa, è necessario altresì evitare che si verifichi una iper-proliferazione dei due modelli di Casa di Comunità, monitorando inoltre che non si produca «un effetto a “collo di bottiglia” nel caso di criticità in un punto» (Fioretto L.,2019).

Tab. 2.2: Dotazione personale e servizi Case della Comunità

Servizi	Modello Organizzativo	
	CdC <i>hub</i>	CdC <i>spoke</i>
Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multidisciplinari (MMG, PLS, SAI, IFeC, ecc.)	OBBLIGATORIO	
Punto Unico di Accesso	OBBLIGATORIO	
Servizio di assistenza domiciliare di livello base	OBBLIGATORIO	
Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza	OBBLIGATORIO	
Servizi infermieristici	OBBLIGATORIO	
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	OBBLIGATORIO	
Programmi di screening	OBBLIGATORIO	
Partecipazione della Comunità e valorizzazione co-produzione	OBBLIGATORIO	
Collegamento con la Casa della Comunità <i>hub</i> di riferimento	-	OBBLIGATORIO
Presenza medica	OBBLIGATORIO H24, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
Presenza infermieristica	OBBLIGATORIO H12, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
Servizi diagnostici (finalizzati al monitoraggio della cronicità)	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Continuità Assistenziale	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Punto prelievi	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Servizi Sociali	RACCOMANDATO	
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	RACCOMANDATO	
Attività Consultoriali	FACOLTATIVO	
Vaccinazioni	FACOLTATIVO	

Fonte: Nursetimes.it (Red. Nursetimes, 9 settembre 2021)

Il modello *Hub&Spoke*, come si evince dal “Piano socio sanitario regionale 2019-2023” è già piuttosto radicato all’interno dell’organizzazione sanitaria della regione Veneto, la quale già eccelle dal punto di vista del tasso di ospedalizzazione, uno dei più bassi in Italia; i 3,5 posti letto previsti per mille abitanti, come previsto dalla L.R. 23/2012, hanno infatti garantito un’efficace risposta alla richiesta assistenziale. La rete ospedaliera veneta dunque, in coerenza con quanto prospettato nel DM 70/2015, viene organizzata secondo tale modello, prevedendo come standard «5 ospedali hub con bacino di 1 milione di persone, 2 ospedali hub di rilievo provinciale, ospedali presidi di rete (*spoke*) con bacino di utenza di 200.000 persone, ospedali nodi di rete e strutture integrative di rete» (Pssr Regione del Veneto 2019-2023), dei cinque hub, due sono previsti come “hub di eccellenza al fine di gestire la casistica più complessa” e vengono individuati nell’Azienda Ospedale-Università di Padova e nell’Azienda Ospedaliera-Universitaria integrata di Verona. Come già osservato in precedenza gli hub operano un’attività di centralizzazione dell’assistenza ospedaliera in fase acuta, operando attraverso l’utilizzo di strumenti tecnologici avanzati e lavorando a stretto contatto con le università e gli enti di ricerca, provvedendo anche sviluppare modelli di consulenza per le istituzioni della rete, gli Ospedali *Spoke*, d’altra parte, sono incaricati della gestione della fase post-acuta dell’assistenza e della casistica di bassa o media complessità, fungendo come punto di riferimento per l’erogazione delle cure di prossimità, nell’ottica di una riduzione della disparità di accesso ad esse. Dunque, per concludere, è possibile riscontare come in Veneto nell’ultimo decennio la gestione dell’organizzazione della sanità, soprattutto la componente ospedaliera, abbia preparato attraverso l’utilizzo del modello *Hub&Spoke* un terreno fertile per l’istituzione delle Case delle Comunità e degli Ospedali di Comunità, con la possibilità di introdurre i progetti in un contesto già avviato verso una dimensione di rete.

2.2 Casa come primo luogo di cura e telemedicina

Sul sentiero delle raccomandazioni emanate dalla Commissione europea nel 2019, con questo fondo di investimento, il Piano si propone 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» (PNRR, pag. 225), «si tratta nel complesso di assistere con l'Adi, secondo il PNRR, un numero aggiuntivo di anziani pari a 806.970,..., l'obiettivo è di arrivare al 2026 con l'assistenza sanitaria a domicilio di 1.665.692 anziani» (Pesaresi, 2021). Per questo primo punto il PNRR prevede lo stanziamento di 2,72 miliardi di euro, nonché la copertura del 52% delle spese previste per l'incremento dei costi del personale 2021-2026, previsto per l'anno 2022 pari a 578 milioni, sino a giungere ad un totale di 1.599.979.366 nel 2026. La prospettiva di aumento del volume di cure erogate a livello domiciliare inoltre, oltre che contribuire ad una generale deospedalizzazione, risulta anche vantaggiosa economicamente, contribuendo ad aumentare il risparmio delle risorse del SSN, infatti la spesa varia: «come evidenzia il deputato del Gruppo Misto, Giorgio Trizzino, da 600 euro al giorno di degenza media in medicina interna a 60 euro di costo se le cure, ove possibile, vengono effettuate a casa» (Repubblica, 16 agosto 2021). Si rinnova poi la collaborazione tra il personale sanitario e sociale, come si era potuto notare nel caso delle Case di Comunità, conservando ugualmente l'obiettivo di presa in carico dei pazienti anziani e con malattie croniche, oltre che evitando ricoveri inappropriati. Osservando meglio quanto prospettato dal Piano, però, è possibile riscontrare che il modello di assistenza domiciliare integrata rimane invariato rispetto alla situazione pre-pandemica, ovvero basato generalmente su un'assistenza continua pari a 18 ore annue, erogata molto spesso a seguito di una dimissione ospedaliera, dunque, si rischia che: «l'intensità dell'assistenza rimarrà la stessa di adesso, senza la garanzia della continuità dell'assistenza. Stanziando nuove risorse ma mantenendo invariato il modello, non si farà altro che di riprodurre i problemi attuali su scala maggiore.» (Pesaresi, 2021). Oltre all'ADI poi esiste il modello del servizio di assistenza domiciliare (SAD), il quale a differenza della prima viene gestita dai comuni e mira a sostenere e aiutare i pazienti, soprattutto anziani in stato di assente o ridotta autosufficienza, nelle attività di vita quotidiana e cura della persona e potrebbe

integrare le cure domiciliari all'interno dei nuovi LEA previsti dal PNRR. La situazione complessiva relativa all'erogazione di tale servizio all'interno del territorio nazionale è piuttosto complessa e disomogenea, da quanto si evince dallo studio operato da Pesaresi e Gori: "SAD anziani: diventi livello essenziale" infatti, gli anziani assistiti tramite SAD integrata con i servizi socio-sanitari sono 185.970, pari all'1,3% della categoria, osservando forti disparità territoriali, dal momento che da un lato la PA di Bolzano registra 4,5%, la Valle d'Aosta 3,7% e il Veneto 3,6%, mentre dall'altro molte regioni del centro-sud non raggiungono nemmeno l'1%. La SAD può risultare uno strumento estremamente importante, ma bisogna ottimizzarlo, favorendo la sua erogazione integrata con i servizi sanitari, interfacciandosi anche con i caregiver e le assistenti familiari, meglio conosciute come badanti, sempre più diffuse e spesso preferite ai servizi comunali. Sempre dall'analisi di Pesaresi e Gori infatti emerge che: «si registrano significative differenze fra il costo medio per utente dell'assistenza domiciliare socio-assistenziale ordinaria (costo medio 2.144 euro) e il costo medio annuo dell'assistenza domiciliare integrata con i servizi sanitari (costo medio 1.253 euro)» (Pesaresi, Gori, 2022), dimostrando la concreta possibilità di risparmio attraverso l'integrazione dell'assistenza, la quale però attualmente viene realizzata solo nello 0,4% dei casi, registrando solo tre regioni (Veneto, Toscana e Umbria) all'interno delle quali l'assistenza integrata supera quella ordinaria. Un'altra possibilità di ottimizzazione dei servizi deriva dalla maggiore concentrazione nella cura della persona piuttosto che nella cura dell'ambiente domiciliare, azione che può essere compiuta con l'ausilio delle assistenti familiari, figure con le quali gli operatori dovranno instaurare un rapporto di collaborazione e non di concorrenza, operando uno scambio di informazioni che possono rendere più efficace la cura del paziente anziano. Infine è necessario anche porre dei livelli essenziali di prestazione (LEP), ponendo come standard per l'anno corrente l'assistenza minima regionale dell'1,3% degli anziani, aumentandone poi gradualmente la soglia, tenendo conto anche dei fondi stanziati dal PNRR per l'ADI, aumentandone fortemente il volume di erogazione sino al 10% della popolazione anziana o non autosufficiente, rendendo così necessario un contestuale adeguamento della SAD, la quale dovrebbe raggiungere un target minimo di assistenza del 2,0% nel 2024 attraverso lo

stanziamento di 1,143 miliardi di euro nel triennio a partire dal 2022 (Pesaresi-Gori, 2022).

In secondo luogo, viene prospettata l'attivazione di 602 (49 in Veneto) Centrali operative territoriali (COT), una per ogni distretto presente, le quali avranno come compiti principali, seguendo le indicazioni del DM-71:

- coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali.
- coordinamento/ottimizzazione degli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale.
- tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro.
- supporto informativo e logistico, ai professionisti della rete assistenziale
- monitoraggio, anche attraverso strumenti di telemedicina, dei pazienti in assistenza domiciliare e gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona, (telemedicina, teleassistenza, strumenti di e-health, ecc.), utilizzata operativamente dalle CdC e dagli altri servizi afferenti al Distretto, al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno.

fonte: DM 71: “Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza nel territorio”

Per un funzionamento efficace delle COT, inoltre, come prospettato dal decreto sopra citato, diviene necessario il supporto della piattaforma elettronica informativa “Portale della trasparenza”, sviluppata da Agenas, la quale ha come obiettivo: «consentire ai cittadini un facile accesso ai servizi sociali e sanitari, fornendo informazioni aggiornate su cure e strutture sanitarie, e di conseguenza guidarle ad una consapevole scelta sui trattamenti sanitari e sui servizi» (Pesaresi, 2021), in questo modo le COT contribuiscono oltre che al coordinamento tra strutture ospedaliere e intermedie, anche alla riduzione di asimmetrie informative tra i pazienti e il personale medico. Il target riguardante questo specifico investimento mira a rendere completamente operative le COT entro il secondo trimestre del 2024

a fronte di una spesa complessiva prevista di 280 milioni di euro, dei quali 103 milioni serviranno per l'effettiva realizzazione delle strutture, 42 milioni per l'interconnessione aziendale, 58 milioni per l'acquisto dei device, 50 milioni per l'implementazione di un progetto pilota relativo all'intelligenza artificiale e 25 milioni infine per il potenziamento del sopra citato "Portale della trasparenza".

Il terzo progetto previsto dal PNRR all'interno della suddetta voce della Componente 1 della missione 6 riguarda la telemedicina, per la quale verrà erogato un investimento pari a 1 miliardo di euro, la pandemia da Covid 19 ha infatti evidenziato la problematica relativa all'accesso inappropriato alle cure ospedaliere da parte dei pazienti anziani e cronici, categorie particolarmente a rischio nel caso in cui dovessero contrarre il virus, a questo proposito si è reso necessario potenziare gli strumenti di teleassistenza e teleconsulto, al fine di alleggerire il carico delle strutture sanitarie di emergenza e inoltre proteggere gli individui più fragili dall'infezione. Secondo quanto riportato da *IlSole24Ore*: «la modalità per monitorare a distanza lo stato di salute è una semplice chiamata o una videochiamata di controllo» e inoltre «i medici specialisti ritengono che, una volta finita la pandemia, sarà possibile organizzare da remoto circa il 20% delle visite con pazienti cronici» (Testuzza, 2021). Gli MMG, tra l'altro, ritengono di poter erogare il 50% delle visite a pazienti cronici da remoto a seconda della patologia, utilizzando strumenti come e-mail, telefonate e tele-visite, un vantaggio tra le altre cose anche per i pazienti, i quali potrebbero così ridurre numerosi costi e risparmiare tempo. La telemedicina in effetti è uno strumento che senza dubbio si rivelerà estremamente importante nei prossimi anni, non solo nella fase di interazione tra medico e paziente, ma anche in quella tra professionisti, facilitando lo scambio di informazioni e le operazioni di monitoraggio tramite il trasferimento di dati e informazioni relative alle condizioni di salute e alle eventuali patologie dei pazienti. Diviene ancora più chiaro quanto essa possa rivelarsi utile se si considerano altri benefici come la maggiore capacità da parte dei medici di operare diagnosi precoci nel caso di casi acuti, favorendo così il tempestivo intervento degli operatori sanitari, oppure riducendo le disparità di accesso alle prestazioni assistenziali nel caso di pazienti situati in aree disagiate lontane dai centri abitati e ancora come già accennato in precedenza la possibilità di favorire una cooperazione multi-

professionale e disciplinare tra diversi professionisti, nonché migliorare la gestione degli accessi alle cure tra ospedale e territorio, soprattutto in considerazione dei pazienti affetti da cronicità. Un esempio di quanto la telemedicina possa risultare importante nel caso di un malato cronico lo rappresenta in modo esemplare l'esperienza ParkinsonCare, sperimentata nel 2020, la quale prende il nome dalla piattaforma di teleassistenza infermieristica sviluppata da Careapt, sfruttando per l'iniziativa la collaborazione con Confederazione Parkinson Italia Onlus. Inoltre, la realizzazione del progetto è stata possibile anche «grazie all'appoggio di importanti partner come Fondazione IRCCS, Istituto neurologico 'Carlo Besta' e Villa Margherita - S. Stefano Riabilitazione che, grazie a dei video-consulti, hanno messo a disposizione dei pazienti un team multidisciplinare composto da fisioterapisti, logopedisti, terapisti occupazionali, neuropsicologi e neurologi.» (Mancini, 2020). I pazienti, dunque, hanno avuto la possibilità, in piena pandemia e lockdown, di accedere alle cure e consultare direttamente da casa gli specialisti, in modo più frequente rispetto alla modalità in presenza, intrattenendo inoltre con il proprio medico un rapporto più stretto grazie all'efficacia dei sistemi informativi e di monitoraggio. Dai dati riportati dall'articolo su "IlSole24Ore" poi, si osserva che sono stati effettuati tra marzo 2020 e luglio dello stesso anno «5112 interventi di supporto, di cui 4000 in tele-assistenza infermieristica e 235 video-consulti con neurologi e altri professionisti». Il PNRR, dunque, opera anche all'interno del complicato panorama dell'assistenza territoriale, di cui la telemedicina rappresenta senza dubbio una grande risorsa su cui investire, sfruttando i numerosi progetti riguardanti le infrastrutture informatiche che permettono erogare le prestazioni in modo più sicuro e programmato. All'interno del contesto delle cure domiciliari e telemedicina, inoltre, risulta necessario discutere riguardo le unità speciali di continuità assistenziale (Usca), istituite con il decreto-legge 14/2020. Esse sono dei micro-team formati da un medico e un infermiere e sono state concepite come ausilio al medico di medicina generale al fine di gestire al meglio la territorializzazione delle cure, erogate dalle Usca a livello domiciliare ai pazienti affetti da Covid-19, queste unità sono definite dal DM 71: "Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza nel territorio" come: «un'équipe mobile distrettuale per la gestione e il supporto della presa in carico di individui, o di comunità, che versano

in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e che comportano una comprovata difficoltà operativa». Lo standard prefissato di presenza per le Usca è di una ogni 100mila abitanti, le quali opereranno in stretto contatto con gli organi di assistenza territoriale, specialmente le COT, gli Ospedali e le Case di Comunità, utilizzando ove necessario anche strumenti di telemedicina collegate all'infrastruttura informatica gestita dalle prime. Quanto alle funzioni espletate, il DM-71 ne riporta alcune, quali il Supporto all'Assistenza domiciliare, la presa in carico e follow-up dei pazienti domiciliari durante i focolai epidemici e la gestione dei programmi di prevenzione territoriali, le Usca avranno la loro sede operativa all'interno delle Case di Comunità, operando dunque a stretto contatto con gli MMG, a questo proposito poi, è fatta possibilità ai partecipanti ai corsi di formazione in medicina generale, finanziati in parte anche dal PNRR, di assumere incarichi Usca e vedersi riconosciute le ore di servizio quali parte dell'attività pratica di laboratorio prevista. Queste unità, inoltre, verranno presto stabilizzate ed entreranno effettivamente a far parte dell'organico del sistema sanitario, perdendo anche la "s" di speciali e diventando "Uca", tutto ciò viene permesso dai fondi stanziati dalla legge di bilancio, 67 milioni nel 2022 e 101 fino al 2026, i quali permetteranno di finanziare l'assunzione delle 600 unità necessarie a livello nazionale per permettere una corretta risposta nella gestione dell'assistenza domiciliare, accompagnando il potenziamento della componente territoriale finanziata con i fondi del PNRR all'assunzione di nuovo personale sanitario operativo.

2.3 Gli Ospedali di Comunità

Il PNRR propone, oltre che un potenziamento delle reti di prossimità e della telemedicina, un rafforzamento delle strutture inerenti le cure intermedie, le quali: «si caratterizzano per avere come obiettivo sia quello di evitare i ricoveri inappropriati in ospedale, sia la finalità di supportare al meglio il processo di dimissione dalle strutture di ricovero, garantendo assistenza a pazienti con condizioni complesse, superando la specificità per singola patologia/condizione» (Banchieri, Dal Maso, De Luca, Ronchetti, 2022). Il Piano, dunque, attraverso un

fondo di investimento specifico intende procedere all'istituzione degli Ospedali di Comunità, già prospettati come istituzioni in passato dal Piano Sanitario Nazionale (2006-2008) e dal Patto per la Salute (2014-2016), all'interno dei quali venivano considerati nell'ottica di tramite tra le cure primarie e l'assistenza ospedaliera, al fine di gestire le ospedalizzazioni improprie e il processo di recupero in un ambiente non ospedaliero. Dunque, in coerenza con questi prospetti, l'OdC: «svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri e di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni assistenziali, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia più prossimi al domicilio» (DM-71: “Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza nel territorio”). Il target principale degli OdC infatti sono i pazienti, spesso affetti da patologie croniche, che necessitano di assistenza infermieristica continuativa anche notturna non erogabile presso il domicilio e di interventi a bassa intensità clinica; nel complesso, dunque, i principali profili di pazienti che hanno accesso alle strutture sono i pazienti fragili o cronici, i pazienti affetti da multimorbilità, pazienti che necessitano di assistenza per la somministrazione dei farmaci e infine pazienti che necessitano di un supporto nella fase di riabilitazione o rieducazione. L'accesso presso gli Ospedali di Comunità potrà comunque avvenire solo a seguito di una proposta da parte di un medico di medicina generale, un pediatra di libera scelta oppure un medico di continuità assistenziale o di pronto soccorso, e sempre da ciò che si evince dal DM-71, il ricovero, salvo in casi eccezionali, non potrà protrarsi oltre i 30 giorni. Per quanto riguarda gli standard strutturali è prevista l'istituzione di un Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 50mila-100mila abitanti, prevedendo come personale necessario: «9 Infermieri, 6 Operatori Sociosanitari, almeno 1-2 unità di Altro personale sanitario e un Medico per almeno 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7» (DM-71). Come per le Case di Comunità, dunque, sarà presente un'equipe multidisciplinare e professionale comprendente MMG, PLS, SAI e infermieri, i quali si dovranno interfacciare con le Centrali Operative Territoriali al fine di una completa gestione del paziente dal domicilio all'ospedale, l'assistenza infermieristica inoltre dovrà essere garantita con l'ausilio degli OSS h24 7 su 7. Bisogna inoltre specificare che gli OdC possono anche non possedere una sede

propria, ma è possibile un loro collocamento all'interno di una Cdc oppure di una struttura ospedaliera, essi dovranno però garantire attività di monitoraggio nei confronti dei pazienti attraverso l'ausilio di strumenti sempre presenti quali: defibrillatore, spirometro, elettrocardiografo, apparecchiatura per esami POC ed ecografo. In quanto all'aspetto economico dell'investimento, per il progetto Ospedali della Comunità sono stati stanziati complessivamente 1 miliardo di euro, di cui 73.855.554,38 vengono assegnati al Veneto, con un target obiettivo di 30 OdC da istituire su un totale nazionale di 381 (DM 70/2022) entro la metà del 2026, inoltre, per quanto riguarda il costo unitario a struttura: «Per ogni nuovo ospedale di comunità si è ipotizzato un costo di realizzazione di 2.280.000 euro a cui si è stimato di aggiungere un 15% di costi per le tecnologie (pari a 342.000 euro per struttura), per un costo complessivo di 2.622.000 euro» (Pesaresi, 2021). Nel complesso gli Ospedali di Comunità sono certamente delle istituzioni che si riveleranno estremamente utili nel loro ruolo di supporto nella fase di dimissione del paziente dall'ospedale in seguito alla fase acuta, provvedendo alla sua gestione, assistenza e riabilitazione in vista di un rientro presso il domicilio, inoltre, gli Ospedali di Comunità sono parte di un sistema che mira ad una generale riorganizzazione sanitaria, contribuendo a ridurre i costi derivati dalla riduzione del tasso di ospedalizzazioni inappropriate e dalla «diminuzione della spesa farmaceutica relativa a tre classi di alto consumo di farmaci» (Pesaresi, 2019), ovvero per il sistema cardiovascolare, per l'apparato gastrointestinale e metabolismo e per sangue e organi emopoietici. Si rende necessario però che gli OdC operino in sinergia con la rete delle cure intermedie ed ospedaliere e che sviluppino innanzitutto «procedure di “presa in carico” e di “condivisione informativa” con sistemi di monitoraggio ed “alert” in grado di seguire e monitorare il decorso del paziente» (Banchieri, Dal Maso, De Luca, Ronchetti, 2022). Proseguendo con la trattazione, è importante evidenziare che in Emilia-Romagna è già da qualche anno che viene sperimentato il modello dell'Ospedale di Comunità, in seguito alla DGR 241/2015 e 2040/2015 infatti è iniziato il processo di realizzazione delle strutture, le quali presentano tutte le caratteristiche previste anche nei recenti finanziamenti del PNRR, ovvero la funzione di “ponte” tra servizi territoriali ed ospedalieri e la presa in carico di pazienti affetti da multimorbilità,

cronicità o che necessitano di assistenza infermieristica continuativa non erogabile presso il domicilio. Anche il Veneto rappresenta un modello nel settore, come d'altronde si era già osservato durante la trattazione del sistema *Hub & Spoke*, ai sensi della DGR n.2718 del 24 Dicembre 2012 infatti, veniva sancita la «Definizione delle tipologie delle strutture di ricovero intermedie e approvazione dei requisiti di autorizzazione all'esercizio dell'Ospedale di Comunità e de ll'Unità Riabilitativa Territoriale», mentre con la DGR n.2683 del 29 Dicembre 2014 si giungeva all'approvazione «dei requisiti generali e specifici per l'accreditamento istituzionale, del contenuto assistenziale delle prestazioni mediche, del tracciato del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata e degli indicatori di attività e risultato per Ospedali di Comunità e Unità Riabilitative Territoriali». Secondo i dati della Commissione Salute – Area assistenza territoriale della Regione Emilia-Romagna, nel 2020 il Veneto dichiarava attivi 69 Ospedali della Comunità, il numero più alto in tutto il territorio nazionale, considerando che l'ER, seconda in questa classifica ne dichiarava attivi 26. La Regione Veneto, inoltre, a seguito dell'utilizzo dei fondi del PNRR, attraverso il quale otterrà circa 74 milioni di euro in finanziamenti, continuerà a mantenere il ruolo di leader in Italia anche in merito al numero di posti letto presenti negli Ospedali di Comunità, che nel 2026 ammonteranno a 2047, contribuendo a mantenere sotto controllo la dinamica delle ospedalizzazioni improprie, alleggerendo quindi significativamente la pressione delle richieste di assistenza sanitaria nei confronti delle strutture ospedaliere, fungendo come tramite tra esse e la dimensione territoriale.

CAPITOLO 3

Innovazione, digitalizzazione, ricerca e formazione

Si procede dunque ora alla disamina della Componente 2 della missione 6 del PNNR, la quale si articola in due differenti rami di investimenti:

1. Aggiornamento tecnologico e digitale
2. Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario

Durante la trattazione ci si soffermerà principalmente sull'analisi degli investimenti in formazione del personale del SSN, utilizzando anche i dati ottenuti grazie all'attività di tirocinio svolta presso la Fondazione Scuola di sanità pubblica. L'obiettivo principale di questa Componente è quella di favorire l'aggiornamento tecnologico e la transizione digitale dei dati clinici, nonché formare ed aggiornare conseguentemente il personale sanitario per affrontare in modo adeguato i cambiamenti apportati tramite le riforme prospettate dal PNRR.

3.1: Aggiornamento tecnologico e digitale

La grande sfida della sanità nei prossimi anni, oltre che la gestione della componente territoriale, sarà il progressivo ammodernamento e processo di digitalizzazione, a partire dai Dipartimenti di Emergenza Urgenza e Accettazione (DEA) di I e II livello (Tabella 3.1) proseguendo poi con il rafforzamento del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) e il potenziamento del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE). Per ciò che riguarda il processo i DEA, si rende nuovamente necessario riportare il modello Toscana e la sua collaborazione con l'Ente di supporto tecnico amministrativo regionale (ESTAR), i quali contribuiscono a tracciare il sentiero da percorrere nell'ambito della digitalizzazione, attraverso lo sviluppo dell'App unica Emergenza e Urgenza, la quale: «permette l'interazione, in tempo reale, fra gli operatori a bordo dei mezzi di soccorso e gli operatori e il

medico di Centrale Operativa e lo specialista DEA» (Redazione, 2021). App Unica Emergenza e Urgenza è poi parte di un sistema, a sua volta diviso in due componenti principali, la prima che riguarda come già anticipato: «la compilazione degli stati operativi dei mezzi, nonché la redazione della scheda sanitaria del paziente firmata digitalmente dall'operatore», la seconda invece comprende «una piattaforma web per la trasmissione dei parametri vitali al medico di Centrale operativa, comprese le immagini da parte di strumenti elettromedicali (es: ecografi, videolaringscopi, ECG...), nonché la comunicazione diretta tramite strumenti di messaggistica istantanea, videoconferenza e altri elementi utili per la refertazione» (ESTAR: Regione Toscana, 2021). L'applicazione è senza dubbio un'innovazione importante anche nel ruolo di collegamento che svolge tra strutture e operatori sanitari, mettendo al centro del progetto anche la Centrale Operativa Territoriale quale luogo di coordinamento del sistema di emergenza e raccolta dei dati trasmessi attraverso i dispositivi. Proseguendo poi invece a livello nazionale, dal Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS), l'obiettivo in questo particolare ambito è migliorare la digitalizzazione di 280 DEA, più precisamente, dalla scheda del Piano Operativo Regionale, si evince che ogni struttura ospedaliera informatizzata debba possedere un centro di elaborazione dati (CED), il quale: «è l'insieme di risorse umane, fisiche, architetture, elettroniche e tecnologiche che permette ai sistemi informativi di essere pienamente funzionali e rispondenti alle esigenze per le quali sono stati creati» (Arcidiacono, 2019), questi centri svolgono un ruolo molto delicato, dal momento che sono i custodi degli archivi informatici sanitari, comprendenti i dati clinici dei pazienti e dunque anche il sistema del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), nonché addetti al monitoraggio e alla manutenzione dell'intera architettura informatica della struttura ospedaliera, compito estremamente importante, ma allo stesso tempo richiedente molta responsabilità, data la peculiarità del settore in cui i CED operano in questo caso, ovvero la sanità. All'interno dei requisiti target viene poi citato l'investimento riguardante il potenziamento delle tecnologie informatiche hardware e software sia a supporto del CED, sia in ottica di Machine Learning ovvero: «un ramo dell'AI nel quale si realizzano sistemi hardware/software in grado non solo di prendere delle decisioni, ma anche di imparare automaticamente e progressivamente, consentendo alla

macchina di migliorare nel tempo i suoi processi decisionali» (Redazione bihealth.it, 2022). Le tecnologie informatiche, dunque, dovranno essere in grado di operare attraverso sistemi informativi, supportando, come prospettato dal PNRR, le attività di stratificazione della popolazione, di monitoraggio e di gestione multidisciplinare delle malattie croniche o situazioni complesse, nonché contribuire all’analisi dei dati e delle tendenze provvedendo a dare forma a strategie operative a supporto della programmazione sociosanitaria. Procedendo poi con le modalità di attuazione del Piano, dopo che le Regioni avranno individuato il numero di interventi da effettuare per digitalizzare le sedi di DEA, fase conclusa a Dicembre 2021, dovranno provvedere entro il quarto trimestre del 2022 alla: «pubblicazione delle procedure di gara nell’ambito degli accordi quadro Consip e conclusione di contratti per la fornitura di servizi per la digitalizzazione degli ospedali» (POR, pagina 33), durante l’implementazione poi fungeranno da riferimento le schede di intervento redatte dalle Regioni, le quali dovranno riportare le informazioni necessarie all’attuazione. Il progetto poi viene diviso in quattro fasi principali, la prima, come già accennato in precedenza, consiste entro il T4 2022 nella pubblicazione delle procedure di gara e nella successiva conclusione dei contratti di fornitura dei servizi di digitalizzazione dei DEA, entro il 2025 poi seguono due fasi durante le quali verranno utilizzati prima il 75% dei fondi, e in seguito il restante 25%, sino a giungere entro il T3 2025 alla completa digitalizzazione delle strutture ospedaliere. Per ciò che concerne l’aspetto economico dell’investimento riguardante l’ammodernamento del parco tecnologico e digitale, da quanto riportato dal DM 20 gennaio 2022, consiste in un totale di 2.639.265.000 euro, di cui 1.450.110.000 per la digitalizzazione DEA, con la Regione Veneto che ne riceverà 107.098.677,96.

T

Classificazione del bisogno di salute	Condizione clinica/sociale	Bisogno/intensità assistenziale	Azioni (presa in carico derivante)
I Livello Persona in salute	Assenza di condizioni patologiche	Assenza di necessità assistenziali	Azioni di promozione della salute
II livello Persona con complessità clinico assistenziale minima o limitata nel tempo	Assenza di cronicità/fragilità	Utilizzo sporadico servizi (ambulatoriali, ospedalieri limitati ad un singolo episodio clinico reversibile)	Azioni proattive di stratificazione del rischio basate su familiarità e stili di vita

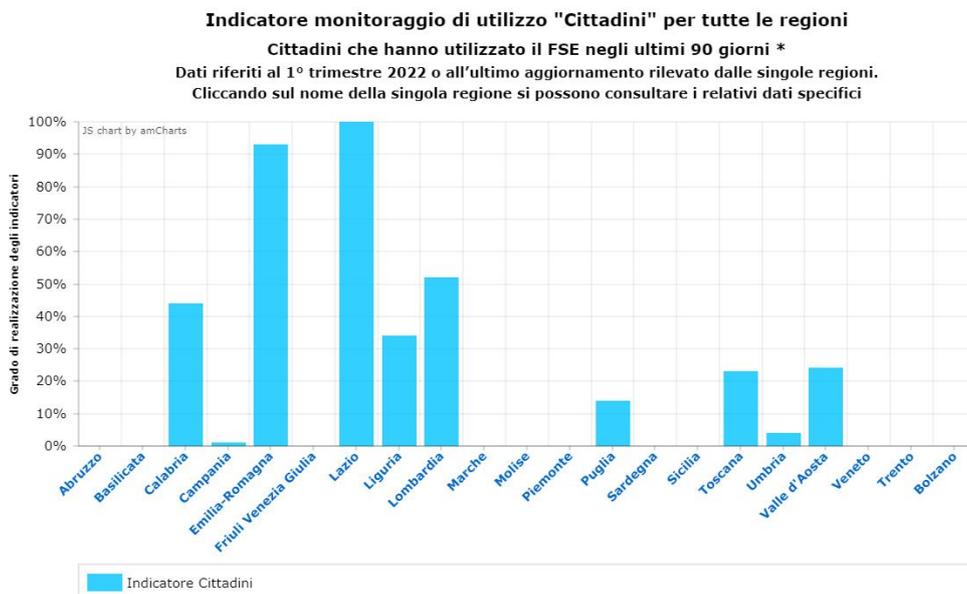
Tab 3.1: Livelli di stratificazione del rischio sulla base dei bisogni socioassistenziali, DM-71, 2022

All'interno della Componente 2 è presente, inoltre, un investimento che ha come obiettivo la reingegnerizzazione del NSIS attraverso l'adozione da parte delle Regioni di quattro nuovi flussi informativi, i quali riguardano i Consultori di Famiglia, gli Ospedali di Comunità, i Servizi di Riabilitazione Territoriale e i Servizi di Cure Primarie. I Sistemi Informativi Sanitari (SIS) essenzialmente comprendono un insieme di dati e indicatori sulle prestazioni e i servizi erogati dalla sanità che permettono di comprenderne le funzioni ed operare un processo di valutazione ex post, sono dunque utili a fini didattici e di ricerca scientifica, ma sono altresì utili agli operatori sanitari, dal momento che i SIS conservano anche la documentazione relativa al ricovero ospedaliero dei pazienti e al loro decorso. Attualmente esiste una moltitudine di sistemi informativi in Italia, i principali però sono il Diagnosis related group (DRG), il sistema informativo di emergenza sanitaria (EMUR) e le Schede di dimissione ospedaliera (SDO), di cui ora si andranno a riportare le funzioni principali. Il DRG innanzitutto classifica i dati relativi alle dimissioni ospedaliere, raggruppando i pazienti in gruppi sulla base delle risorse utilizzate per ciascuno di essi, l'EMUR invece intende rilevare i flussi informativi relativi alle prestazioni erogate nell'ambito dell'emergenza urgenza, prendendo in esame in particolare: «l'identificazione della Centrale Operativa del 118, i dati relativi alla chiamata telefonica al numero 118, i dati relativi alla missione di soccorso attivata dalla Centrale Operativa del 118, l'identificazione dell'assistito, i dati relativi alle prestazioni erogate nell'ambito della missione di soccorso, i dati relativi all'esito dell'intervento» (Vannini, 2020). L'EMUR si occupa poi anche della fase relativa al Pronto Soccorso, analizzando i dati relativi all'anagrafica del paziente, all'accesso e dimissione, alla diagnosi e alle prestazioni erogate. Per quanto riguarda la SDO, infine, essa prende in esame le informazioni anagrafiche dei pazienti, nonché quelle relative al ricovero sia al momento dell'accesso sia della dimissione, registrando inoltre eventuali trasferimenti intra-ospedalieri. Proseguendo poi con la trattazione riguardo l'investimento, analizzando le linee operative presenti nel POR, si evince che la reingegnerizzazione dei Sistemi Informativi si svolgerà tra il primo trimestre del 2022 e il primo del 2023 per quanto riguarda l'assistenza riabilitativa e i consultori, mentre per gli Ospedali di Comunità e i servizi di assistenza primaria il periodo è

compreso tra il secondo trimestre del 2023 e il primo trimestre del 2025, conclusione delle operazioni di attuazione delle indicazioni. In entrambi i progetti l'iter riportato all'interno del cronoprogramma è identico, inizialmente le Regioni provvederanno ad individuare eventuali gap informativi presenti all'interno dei singoli flussi, trasmettendo poi i contributi ai Gruppi di lavoro a livello nazionale, i quali utilizzeranno i dati per definire i nuovi flussi, il Ministero della salute poi predisporrà un DM contenente le informazioni relative ai flussi e il relativo iter di approvazione, da adottare attraverso atto regionale. Il PNRR infine prevede per il suddetto investimento 30.300.000 di euro, di cui 2.237.823,30 andranno alla Regione Veneto. In ultima istanza il Piano ha come obiettivo rendere i dati relativi al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) nativi digitali, in modo da generare un'infrastruttura "omogenea, coerente e portabile in tutto il territorio nazionale" (POR, pag. 57), esso è stato istituito in base all'articolo 12 del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, avendo come finalità principali la prevenzione e la diagnosi, il sostegno alla ricerca, alla programmazione sanitaria e alla valutazione dell'assistenza, servendosi dei dati clinici e anagrafici del paziente, come il medico di medicina generale scelto, i referti medici e il profilo sanitario completo. Quanto ai dati relativi al monitoraggio, è necessario operare un distinguo tra dati di attuazione e di utilizzo, per quanto riguarda i primi, infatti, considerando come indicatori lo stato di attivazione dei servizi riguardanti il FSE, come l'accesso per i cittadini e gli operatori sanitari e la gestione dei referti, la situazione generale presenta buoni risultati dal momento che tutte le Regioni dichiarano uno stato di attuazione del FSE superiore al 90%, il quadro cambia però una volta presi in esame i dati relativi all'utilizzo, i quali presentano un alto tasso di disomogeneità e criticità tra Regioni. Gli indicatori utilizzati per monitorare questo particolare aspetto sono i cittadini, i medici e le aziende sanitarie locali (ASL), considerando il periodo relativo al primo trimestre del 2022; osservando i dati riportati nella tabella 1 poi si riscontra immediatamente la forte disomogeneità presente tra Regioni, con Lazio ed Emilia-Romagna a rappresentare casi di eccellenza, mentre in altri il tasso di utilizzo è pari a zero. Proseguendo poi con l'indicatore medici si osservano due differenti variabili dell'indicatore di monitoraggio, ovvero "Medici abilitati che hanno utilizzato il FSE" e "Medici che alimentano il FSE con il Profilo Sanitario

Sintetico del paziente”, nel primo caso la situazione risulta ottima in molte Regioni come ER, Lombardia, Sardegna e Valle d’Aosta, mentre si presentano dati pessimi in Calabria, Campania e Basilicata (figura 3.1), nel secondo caso invece, considerando l’effettiva alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico, solo la Valle d’Aosta supera il 50%, generando un una forte discrepanza tra effettivo utilizzo ed alimentazione. Prendendo in esame infine l’indicatore utilizzo relativo alle ASL, organizzato in due variabili, ovvero “Operatori Sanitari abilitati al FSE” e “Aziende Sanitarie che alimentano il FSE”, si nota per la prima voce una distribuzione a “macchia di leopardo”, alternando Regioni come Lombardia e Toscana e la Provincia autonoma di Trento che presentano tassi di abilitazione degli operatori sanitari pari al 100% e altre casistiche come Liguria, Umbria e Lazio che invece registrano lo 0%, dal lato dell’alimentazione del FSE invece la situazione è meno critica rispetto all’indicatore “medici”, ma rimane comunque paradossale in alcune regioni come il Veneto, le quali presentano alti tassi di utilizzo del FSE ma non registrano attività di alimentazione della banca dati né da parte dei medici né da quella delle ASL. Il quadro generale che viene presentato da questi dati, dunque, mette in risalto tutte le difficoltà e i divari gestionali che un sistema di governance sanitaria regionale può presentare, senza una riforma organica, infatti, la disomogeneità sarà destinata ad ampliarsi progressivamente, generando un sistema fortemente diseguale e sbilanciato, data anche la forte difficoltà e resistenza che il sistema presenta verso i processi di innovazione. Il PNRR, attraverso questo investimento specifico avrà come compito arduo quello di guidare i sistemi sanitari regionali verso la conduzione di una politica di infrastrutturazione tecnologica e digitale omogenea, con l’obiettivo di ridurre al minimo la frammentazione che caratterizza l’attuale panorama dei Sistemi Sanitari Regionali, uniformando il processo di implementazione del FSE agli standard nazionali.

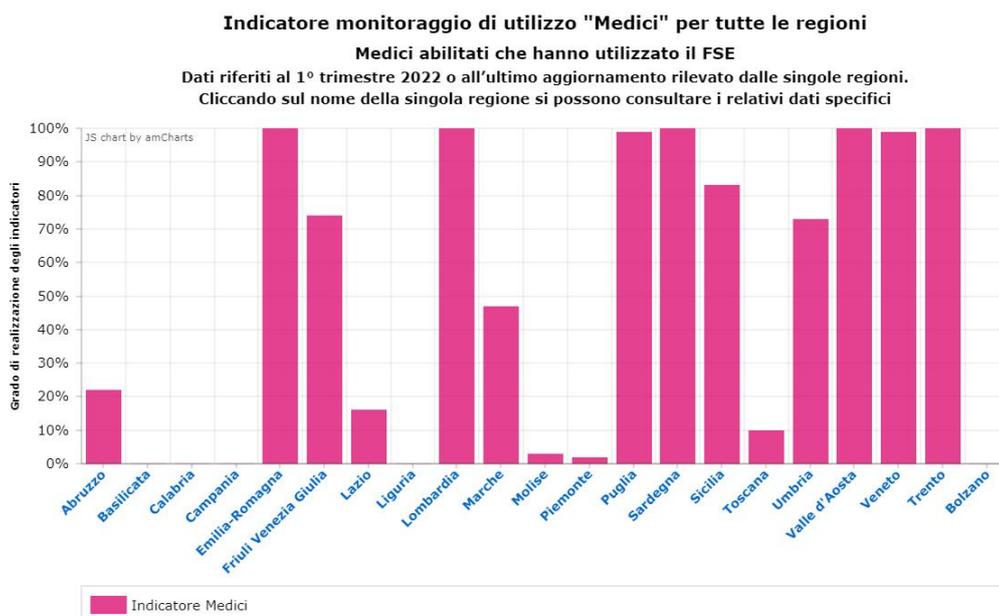
Fig. 3.1



* Il dato si riferisce alla % di accesso da parte dei cittadini ai propri FSE nei quali è stato reso disponibile almeno un nuovo documento negli ultimi 90 giorni.

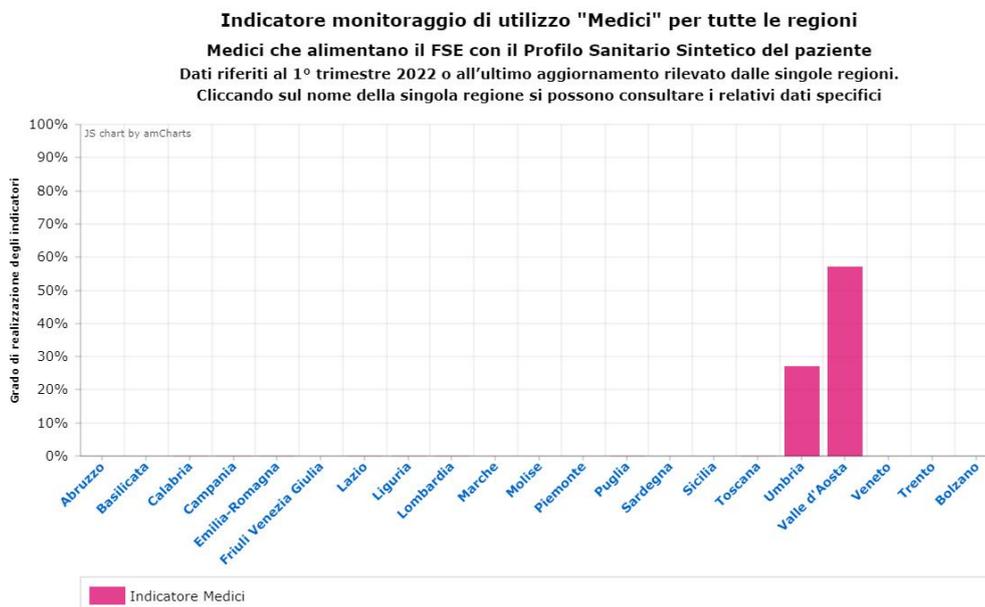
Fonte: www.fascicolosanitario.gov.it (2022)

Fig. 3.2



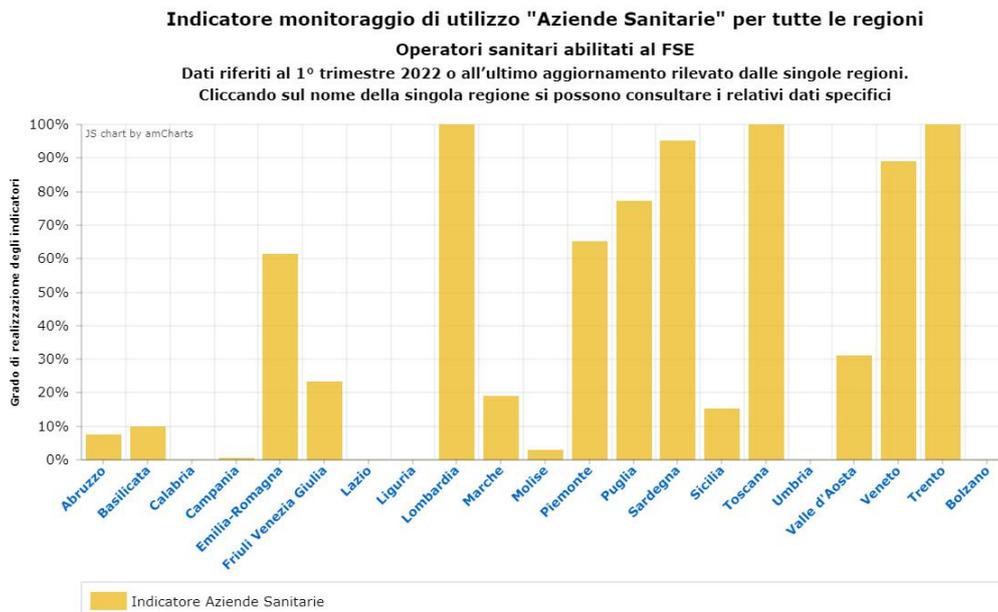
Fonte: www.fascicolosanitario.gov.it (2022)

Fig. 3.3



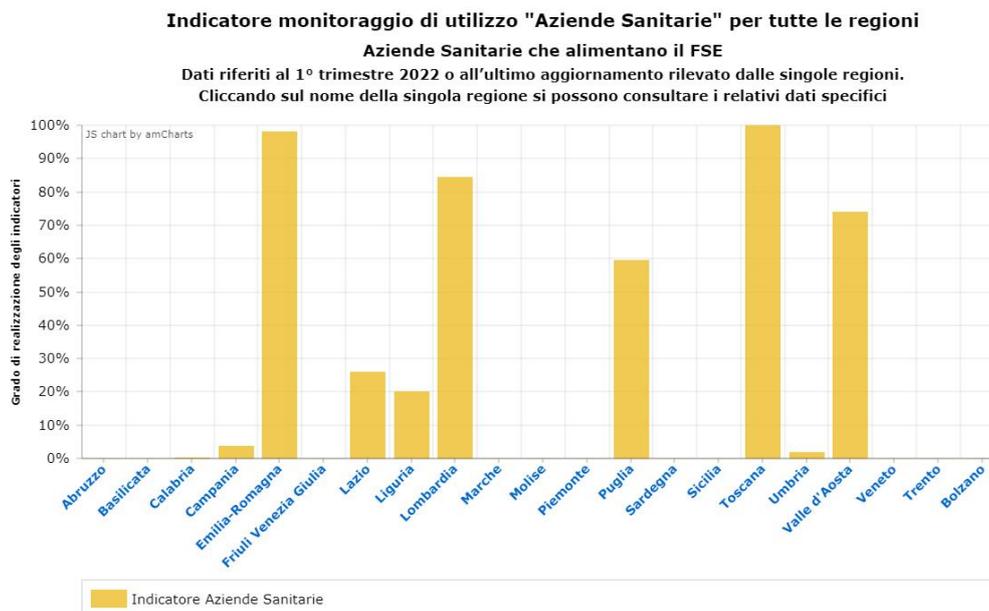
Fonte: www.fascicolosanitario.gov.it (2022)

Fig. 3.4



Fonte: www.fascicolosanitario.gov.it (2022)

Fig.3.5



Fonte: www.fascicolosanitario.gov.it (2022)

Procedendo con la disamina dell'investimento riguardante il FSE (Tabella 3.2) divengono presto palesi i due target europei che lo caratterizzano, prevedendo che entro il quarto trimestre del 2025 l'85% dei MMG alimenti il Fascicolo Sanitario Elettronico e che entro la metà del 2026 lo abbiano adottato e lo utilizzino le 19 Regioni e le due Province Autonome, prima di raggiungere questi target però, entro la fine 2024 tutti i documenti e le cartelle cliniche del FSE dovranno divenire nativi digitali, con l'implementazione della firma elettronica avanzata PaDES e l'indicizzazione con lo standard CDA2. Il progetto prevede un radicale cambio di architettura del sistema verso una struttura più accentrata, prevedendo: «un gateway che controlla e armonizza, secondo standard internazionali, tutti i documenti che escono da ogni azienda sanitaria e transitano verso un repository clinico centrale» (Moruzzi, 2022), questi dati potranno poi essere utilizzati a fini di ricerca, governance e programmazione. Verrà poi predisposta una piattaforma di interoperabilità, sviluppata dall'Agenzia per l'Italia Digitale (AgID), denominata Infrastruttura Nazionale per l'Interoperabilità dei FSE (INI), la quale permetterà la: «consultazione dei documenti del FSE relativi a eventi clinici che hanno avuto

luogo in regioni o province autonome diverse da quella di residenza dell’assistito» e «il trasferimento dei FSE in capo a regioni o province autonome diverse in caso di cambio di residenza dell’assistito» (www.salute.gov.it, 2021). In totale, il PNRR prevede lo stanziamento di 610.389.999,93 euro, 299.600.000 per il potenziamento dell’infrastruttura digitale dei sistemi sanitari e 311.389.999,93 per l’incremento delle competenze digitali dei professionisti del sistema sanitario.

CRONOPROGRAMMA			
MILESTONE & TARGET			
Milestone/Target	Descrizione	Termine di esecuzione Regionale	Rilevanza ITA/UE
Milestone	Cutoff per digitalizzazione nativa di tutti i documenti dei FSE. I documenti devono essere nativi digitali fin dall'inizio e coerenti con i recenti standard FHIR.	T4 2024	
Target	I medici di base alimentano il Fascicolo sanitario elettronico (85%)	T4 2025	
Target	Tutte le Regioni/Province autonome hanno adottato e utilizzano il Fascicolo sanitario elettronico	T2 2026	

Tab. 3.2: Cronoprogramma investimento: “Adozione e utilizzo FSE da parte delle Regioni/Province autonome” (POR, 2022)

Una prospettiva di utilizzo efficace della struttura digitale sanitaria lo presenta la Regione Veneto, la quale, grazie al lavoro svolto dal consorzio Arsenà.IT, responsabile dell’*e-Health* veneta, ha sviluppato l’applicazione Sanità km zero, accessibile tramite credenziali SPID o CIE, la quale sfruttando l’architettura del FSE regionale permette di dematerializzare le ricette mediche, in modo tale da permettere al paziente di ricevere le prescrizioni farmaceutiche in formato digitale sul proprio dispositivo evitando contatti e spostamenti superflui; inoltre, «i farmaci che vengono acquistati popolano un archivio personale disponibile nell’applicazione. Proprio da questo archivio è possibile, previo accordo con il medico, chiedere il rinnovo di una prescrizione anche, ad esempio, attraverso un semplice sms o una e-mail» (Presentazione “App sanità km zero” Premio Innova Salute 2017). L’applicazione, dunque, può essere suddivisa in due principali funzioni: Sanità km zero fascicolo (un vero e proprio FSE), la quale conserva tutti i documenti prodotti da ASL e aziende ospedaliere, permette di prenotare visite specialistiche in un CUP e scaricare i referti senza scadenze e Sanità km zero ricette,

la quale permette di ricevere le ricette sullo smartphone, ritirare i farmaci direttamente in farmacia e come già accennato chiederne il rinnovo al medico di medicina generale attraverso l'app. L'applicazione inoltre permette di creare un archivio dei farmaci già acquistati e di gestire i consensi relativi al trattamento dei dati contenuti nel certificato elettronico, nonché i profili collegati come quelli dei figli minori delle persone sotto la propria rappresentanza legale.

3.2: Formazione del personale sanitario

Al termine degli investimenti riguardanti la componente 2 della missione 6 del Piano si trovano i fondi destinati alla formazione del personale del sistema sanitario nazionale, i quali prevedono misure quali l'incremento delle borse di studio in medicina generale, un piano di formazione sulle infezioni ospedaliere e la creazione di corsi che mirano a sviluppare competenze digitali e manageriali in capo al personale medico e amministrativo del SSN. Il meccanismo di riforme apportate dal Piano infatti necessita di essere accompagnato da un processo di formazione per far fronte ai mutamenti di assetto della sanità e della PA in generale, segnata dalla pandemia e dalla conseguente digitalizzazione nonché da una prospettiva sempre più: «integrata, sostenibile, innovativa, flessibile e sempre più orientata al risultato» (PNRR, pag.232). È senza ombra di dubbio una problematica rilevante quella che concerne la difficoltà a sopperire al turn-over tra medici specialisti del SSN, soprattutto negli ultimi anni, complice anche il numero chiuso alla facoltà di medicina e al processo di spending review che ha caratterizzato il sistema sanitario pre-pandemia. Il PNRR da questo punto di vista dedica parte del fondo di investimento relativo alla Componente 2 alla previsione di 4200 borse di specializzazione aggiuntive per l'anno accademico 2020-2021, le quali vanno ad aggiungersi alle 13.200 già previste per quel periodo.

A livello regionale il tema viene affrontato nel Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) approvato a seguito dell'intesa all'interno della Conferenza Stato-Regioni il 30 Marzo 2022; nel documento viene ribadito il carattere “*performance-based*” del Piano, sottolineando il ruolo di Soggetti Attuatori delle Regioni e Province Autonome «a condizione che l'attuazione avvenga entro i termini, modalità e

condizioni coerenti con il Piano presentato dalla CE e per il quale il Ministero della Salute, quale responsabile, deve esercitare azione di coordinamento, monitoraggio, vigilanza e controllo ed intervento sostitutivo in caso di inadempienza». Viene qui dunque ribadito il ruolo di “direttore d’orchestra” del Ministero, il quale può anche provvedere a commissariare la Regione colpevole di non adempiere in modo corretto all’utilizzo dei fondi ripartiti secondo il DM 20 gennaio 2022 o non rispettando le scadenze temporali indicate nell’allegato al CIS. Nel Piano Operativo Regionale (POR), la regione trova il documento attuativo dei programmi di investimento presenti nel PNRR, identificando in quanto alla voce relativa alla formazione del personale sanitario le seguenti aree di spesa:

- Sviluppo delle competenze tecniche professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario
 - a) Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario – borse aggiuntive in formazione di medicina generale.
 - b) Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario: Sub-misura: corso di formazione in infezioni ospedaliere.

Per quanto riguarda il primo punto, da ciò che è stato stabilito nel Piano Operativo Regionale (POR), esso presenta come requisito necessario «l’incremento del numero di borse di studio in medicina generale, garantendo il completamento di tre cicli di medicina generale», il target da raggiungere, in questo caso europeo, è l’assegnazione di 2700 borse di studio per la formazione specifica in MG (Tab. 3.3). I medici di medicina generale infatti stanno diventando sempre più una professione sanitaria cardine della componente territoriale, la quale come evidenziato in precedenza è oggetto di numerosi investimenti grazie PNRR, allo stesso modo attraverso l’assegnazione delle borse di studio si intende oltre che risolvere il problema dell’imbuto formativo, anche procedere a formare dei professionisti che opereranno all’interno nuove infrastrutture create attraverso gli investimenti del Next Generation EU, come le Case di Comunità. Attraverso indicazioni operative

è la Commissione Salute all'interno della Conferenza Stato-Regioni che definisce il fabbisogno formativo regionale dei medici di medicina generale (MMG) per il triennio, provvedendo poi a decidere la data del concorso nazionale, a pubblicare i relativi bandi e successivamente le graduatorie, il Ministero poi con decreto provvede alla ripartizione delle borse di studio aggiuntive a quelle ordinarie finanziate con il riparto del FSN, il tutto poi è accompagnato da un costante processo di aggiornamento e invio dei dati attraverso i sistemi informatici all'organo ministeriale entro il 1 Giugno di ogni anno, al fine di supportare le attività di rendicontazione e monitoraggio. Il progetto, iniziato nell'ultimo trimestre del 2021 con DM 2 Novembre 2021 del Ministero della Salute che prevede il riparto dei fondi tra le Regioni pari a 33.991.002 milioni di euro, terminerà nel secondo trimestre nel 2024, esso si articola principalmente in sei fasi differenti che prevedono la pubblicazione di un decreto annuale di assegnazione delle risorse economiche per il finanziamento di 900 borse di studio erogate in tre trimestri differenti (T2 2022, T2 2023, T2 2024) per un totale di 2700 a livello nazionale. Da ciò che si evince inoltre dalla deliberazione regionale n. 1604 del 19 novembre 2021, per lo stesso anno sono stati assegnati alla Regione Veneto 66 posti attraverso l'investimento che vanno ad aggiungersi ai 240 del corso ordinario, mentre, il DM 2 novembre 2021 assegna per il triennio 2021-2023 un importo complessivo di 2.492.673,48 euro all'ente regionale, di cui 830.891,16 per l'anno 2021.

CRONOPROGRAMMA			
MILESTONE & TARGET			
Milestone/Target	Descrizione	Termine di esecuzione Regionale	Rilevanza ITA/UE
Target	Assegnazione di 900 borse aggiuntive per il Corso di formazione specifica in Medicina Generale per il triennio formativo 2021-2024	T2 2022	
Milestone	Pubblicazione del decreto annuale di assegnazione risorse economiche per finanziare 900 borse di studio per i Medici di Medicina Generale	T4 2022	
Target	Assegnazione di 1800 borse aggiuntive per il Corso di formazione specifica in Medicina Generale per i trienni formativi 2021-2024 e 2022-2025.	T2 2023	
Milestone	Pubblicazione del decreto annuale di assegnazione risorse economiche per finanziare 900 borse di studio per i Medici di Medicina Generale	T4 2023	
Target	Assegnazione di 2700 borse aggiuntive per il Corso di formazione specifica in Medicina Generale per i trienni formativi 2021-2024, 2022-2025 e 2023-2026.	T2 2024	

Tabella 3.3: Cronoprogramma investimento in borse aggiuntive in formazione di medicina generale, POR, 2022

Per ciò che riguarda il secondo punto invece, esso consiste nell'avvio di un piano di formazione sulle infezioni ospedaliere per il personale del SSN, a differenza del piano per l'erogazione delle borse di studio però il target diventa nazionale anziché europeo e prevede la frequenza ai corsi per un totale di 293.386 partecipanti. Secondo le indicazioni operative del POR (Tabella 3.4) le regioni dovranno selezionare i provider dei corsi di formazione entro marzo 2023 al fine di raggiungere il target di partecipanti prefissato, è inoltre previsto l'accREDITAMENTO ECM per il personale del SSN che parteciperà ai corsi. Il corso dovrà tenere conto anche della varietà di profili professionali e di aree di intervento differenti, provvedendo dunque in fase di erogazione all'utilizzo di un approccio il più trasversale possibile, prevedendo materie di approfondimento specifiche per le differenti aree di attività. Il programma degli stessi poi viene sviluppato secondo le indicazioni nazionali e dovrà essere articolato in quattro moduli:

- A. Modulo di base teorico propedeutico ai corsi B e C (fornisce gli elementi di base per l'inquadramento del problema e le diverse misure di prevenzione e controllo delle infezioni ospedaliere)
- B. Modulo pratico (fase svolta in presenza con approfondimenti pratici e sessioni interattive, simulazioni e formazione sul campo, con l'obiettivo specifico di acquisire abilità pratiche rispetto alle conoscenze apprese del corso teorico)
- C. Modulo sul programma locale di contrasto delle infezioni ospedaliere
- D. Modulo specialistico riservato agli operatori del CC-ICA

da: Allegato 5 POR

Il programma inoltre dovrà essere erogato in modalità duale (in presenza e online), prevedendo una formazione sia teorica che pratica, anche presso le strutture di afferenza dei partecipanti. Per ciò che concerne invece l'aspetto economico dell'investimento, è onere delle Regioni indicare nel dettaglio l'allocazione delle risorse assegnate all'interno delle voci di costo coerentemente con la realizzazione del Piano e definire eventuali esigenze specifiche di supporto tecnico operativo alle attività secondo le indicazioni della circolare n.4 del 18 gennaio 2022 del Mef.

Inoltre, in caso le risorse stanziato attraverso il PNRR non fossero sufficienti, saranno sempre le Regioni ad indicare le fonti integrative di finanziamento a carico del proprio bilancio, attestando dunque la disponibilità di spesa. Procedendo dunque attraverso il cronoprogramma dell'investimento, una volta selezionati i provider entro marzo 2023 si procederà con la seconda Milestone, ovvero completando la procedura di registrazione per i corsi di formazione nel terzo trimestre del 2024, al fine di raggiungere il target di 150.000 partecipanti formati appartenenti al personale del SSN per il primo trimestre del 2025, i rimanenti 143.386 completeranno la formazione nel secondo trimestre del 2026 portando così a termine il programma di investimento. Per il corso di formazione sono stati stanziati in totale 80.026.994 euro a livello nazionale, a seguito del riparto operato dal DM 20 novembre 2021 il Veneto ha ricevuto 6.131.415,74 euro a fronte di un target da raggiungere di 22.478 membri del personale sanitario da formare.

CRONOPROGRAMMA			
MILESTONE & TARGET			
Milestone/Target	Descrizione	Termine di esecuzione Regionale	Rilevanza ITA/UE
Milestone	Completamento procedure di selezione dei provider	T1 2023	
Milestone	Completamento della procedura di registrazione per i corsi di formazione sulle infezioni ospedaliere	T3 2024	
Target	Numero di personale formato nel campo delle infezioni ospedaliere	T1 2025	
Milestone	Completamento della procedura di registrazione per i corsi di formazione sulle infezioni ospedaliere	T4 2025	
Target	Numero di personale formato nel campo delle infezioni ospedaliere	T2 2026	

Tab. 3.4: Cronoprogramma investimento in attività di formazione sulle infezioni ospedaliere (POR, 2022)

3.3: Le competenze manageriali del personale SSN

Il PNRR è senza ombra di dubbio una grande occasione al fine di rinnovare e rendere più efficiente il nostro sistema sanitario, ma allo stesso tempo si può rivelare una sfida importante anche nel lungo periodo per ciò che concerne la corretta

gestione dei fondi di investimento e il monitoraggio del funzionamento delle nuove infrastrutture fisiche ed informatiche. I cambiamenti in atto posso infatti mettere a dura prova i processi organizzativi e modelli operativi pre-esistenti delle aziende sanitarie, essi infatti richiedono da parte dei vertici del personale sanitario e non solo: «una grande capacità manageriale e di gestione dei processi interni, capacità di leadership e costruzione del consenso su obiettivi verso i quali motivare la maggioranza dei manager e degli operatori sanitari, sociosanitari e sociali» (Banchieri , Dal Maso , De Luca , Manariti , Vannucci , 2022). Con questa affermazione gli autori intendono esaltare il ruolo manageriale nella fase di relazione con gli stakeholder tecnici, all'interno del processo di creazione di consenso verso i progetti da attuare durante il periodo 2021-2026, infatti, la corretta attuazione delle riforme prospettate nel PNRR passa certamente attraverso la capacità di *managing* del personale sanitario. Nel Piano dunque vengono predisposti dei fondi appositi per progetti formativi aventi come obiettivo l'acquisizione di competenze manageriali per professionisti del SSN, 2000 entro la metà del 2024 e altri 4500 per il secondo quarto del 2026. I contenuti di questi corsi di formazione non sono prettamente di carattere tecno-sanitario, in quanto improntati sulla capacità di team-working e di coordinamento dei processi di innovazione da parte dei manager e operatori sanitari, «l'obiettivo è quello di avere una classe dirigente nel Servizio sanitario Nazionale in grado di affrontare le sfide di oggi e di domani in un sistema sanitario integrato, sostenibile, innovativo, flessibile, sempre orientata al risultato» (Maffei, 2021). Risulta però fondamentale che, rispetto ai corsi di formazione presi in esame in precedenza, questi tengano conto dell'autonomia e delle peculiarità dei diversi contesti e soggetti in causa, prevedendo il coinvolgimento anche delle personalità politiche e tecniche della Regione di appartenenza, il manager infatti dovrà agire in modo sinergico e integrato anche con gli organi politici.

3.4: Il PanFlu 2021-2023

Da citare inoltre nell'ambito dello sviluppo e del rafforzamento delle attività di assistenza territoriale e di formazione del personale sanitario il “*Piano strategico-*

operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale 2021-2023” (PanFlu), il quale, nonostante sia differente dal PNRR, presenta numerosi punti di contatto con esso, proponendosi attraverso l’azione sinergica tra vari livelli di governo di rafforzare la *preparedness* del Sistema Sanitario Nazionale e dei suoi componenti, «assicurandone un’adeguata preparazione del personale coinvolto nella eventuale risposta a nuove emergenze pandemiche», inserendosi così nel meccanismo di costruzione di una struttura sanitaria resiliente, come prospettato dal Piano. Per quanto riguarda la componente territoriale il Panflu prevede l’aumento della capacità di risposta dei servizi sanitari territoriali ponendosi come obiettivo la definizione delle fasi di allerta pandemica utilizzando indicatori come il ricovero ospedaliero su 100.000 abitanti, il numero di casi sospetti o confermati al giorno su 100.000 abitanti e programmando di conseguenza «le azioni necessarie nei diversi contesti previste per aumentare la capacità di risposta dei servizi sanitari territoriali nel caso del rischio posto da un virus di tipo respiratorio ad alto potenziale pandemico» (Pileri , Briani , Rizzolo , Nardin , Claus , 2022). Inoltre, nel PanFlu vengono individuati i contesti adatti al fine di gestire il coordinamento tra Servizi Sanitari Territoriali: Distretto, Assistenza Sanitaria di base, Centrale Operativa Territoriale (COT), Assistenza specialistica ambulatoriale, Strutture Intermedie e Centri servizi per anziani non autosufficienti. Per quanto riguarda i temi trattati durante le attività di formazione, invece, si evidenziano tra gli altri gli elementi di terapia e diagnostica di base, le misure di contrasto alla trasmissione di agenti patogeni di rilevanza per la salute pubblica e le misure di prevenzione e controllo delle infezioni in ambito sanitario, che si integrano particolarmente con l’investimento del PNRR riguardante i corsi di formazione sulle infezioni ospedaliere di cui si è trattato in precedenza. Queste attività si svolgeranno a partire da giugno 2022 e si protrarranno sino alla fine del 2023 avendo come destinatari principali gli operatori sanitari dei presidi ospedalieri e territoriali, i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e i farmacisti delle Aziende sanitarie e delle farmacie di comunità. Sempre in relazione ai corsi di formazione, a partire da Maggio 2022, viene previsto un «sistema di monitoraggio del piano formativo regionale e valutazione delle attività di formazione» al fine di “rilevare le informazioni sull’efficacia delle attività svolte e di pianificare eventuali azioni di

miglioramento» (Flor, 2022), a questo proposito vengono individuati alcuni indicatori quali il tasso di adesione ai corsi per tipologia di destinatari, la qualità percepita dai partecipanti, il tasso di completamento e superamento dei corsi, la valutazione a seconda delle esigenze può essere messa in atto ex ante o ex post e talvolta, per alcune tipologie di corso può essere prevista un'indagine *Knowledge Attitudes Practices and Behaviours* (KAPB), al fine di misurare l'impatto dell'apprendimento sulla *preparedness*. Riguardo all'aspetto economico relativo ai corsi di formazione su prevenzione e controllo delle infezioni in ambito sanitario, come si evince dalla lettura dell'allegato 1 al documento attuativo "Valutazione e stima delle risorse economiche e del personale", l'importo stimato è di 812.160 euro.

3.5: Sistema Nazionale Prevenzione Salute dai rischi ambientali e climatici

Il 30 aprile 2022, è stato definitivamente approvato il decreto-legge n. 36, il quale, avente come oggetto principale le "misure per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza", all'interno del Capo III, con l'articolo 27 sancisce l'istituzione del Sistema Nazionale Prevenzione Salute dai rischi ambientali e climatici (SNPS): «Allo scopo di migliorare e armonizzare le politiche e le strategie messe in atto dal Servizio sanitario nazionale per la prevenzione, il controllo e la cura delle malattie acute e croniche, trasmissibili e non trasmissibili, associate a rischi ambientali e climatici» (DI 36/2022). Faranno inoltre parte di questo nuovo organismo i dipartimenti di prevenzione delle Asl, gli istituti zooprofilattici sperimentali, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano e l'Istituto superiore di sanità, i quali opereranno coordinandosi tra loro con una logica a rete assolvendo funzioni quali l'identificazione e la valutazione legata a problematiche sanitarie collegate a rischi ambientali e climatici, la definizione e l'implementazione degli atti di prevenzione, programmazione e dei livelli essenziali di assistenza associati a priorità di prevenzione primaria, concorrendo all'individuazione e allo sviluppo di criteri, metodi e sistemi di monitoraggio, con la possibilità di avvalersi dei sistemi informativi, nonché infine, secondo l'approccio One-Health, all'inclusione del tema della salute all'interno dei processi decisionali che riguardano altri settori. Dal

punto di vista economico, secondo il Piano nazionale per gli investimenti complementari, allegato al decreto MeF del 15 luglio 2021, gli oneri derivanti dall'istituzione e messa in opera dell'organismo sono stimati in 415.379.000 euro e verranno finanziati tramite il PNC. Il SNPS, dunque, affiancato al Sistema nazionale di protezione ambientale (SNPA), rappresenta un tassello importante in vista dell'attuazione del PNRR, in coerenza con la linea di lavoro che vede nella prevenzione, nel monitoraggio e nell'armonizzazione delle politiche tre punti cardine all'interno dei meccanismi di gestione del SSN, applicando quanto appreso dall'esperienza della pandemia da Covid-19.

CAPITOLO 4

Conclusioni: Problemi strutturali e il PNRR dopo il 2026

Il PNRR è senza dubbio uno strumento completo ed efficace nel ruolo che svolge all'interno delle dinamiche di ripresa post-pandemica, esso però incontra diverse difficoltà strutturali in fase di attuazione, prima fra tutti la carenza di personale tra i medici di base e gli infermieri. Come già accennato in precedenza poi, esso si inserisce, per quanto concerne la Missione 6, all'interno di un sistema sanitario che presenta parecchie iniquità nella fase di accesso alle cure e che deve interfacciarsi con un'utenza sempre più anziana ed affetta da patologie croniche, la quale ottiene sia i vantaggi del processo di riforma, ma necessita di essere guidata ed assistita maggiormente anche attraverso la trasformazione digitale della sanità. Questa trattazione inoltre intende porre degli interrogativi sulla gestione della fase post-PNRR che avrà inizio al termine delle riforme nel 2026, la quale rappresenta una sfida complessa e che necessiterà nel prossimo periodo di una articolata programmazione e pianificazione delle risorse materiali e umane al fine di gestire al meglio l'eredità lasciata dalle riforme attuate attraverso i fondi presenti nel Piano.

4.1: La gestione del personale sanitario: tra formazione e nuove assunzioni

Attraverso i fondi del PNRR non è possibile assumere personale, tranne per rarissime eccezioni, esso prevede infatti unicamente spese in conto capitale, al fine di potenziare il sistema organizzativo, tecnologico e infrastrutturale del sistema economico italiano. La natura delle riforme però, in aggiunta all'accresciuta richiesta di assistenza sanitaria, nel caso della missione 6, richiede la predisposizione di un piano di assunzioni per gestire materialmente la fase di attuazione, colmando le carenze riscontrabili tra gli infermieri e i medici di medicina generale, risorse essenziali come si è visto in precedenza per la gestione

della componente territoriale della sanità. Osservando i dati riguardanti il personale infermieristico che dovrà essere presente all'interno delle strutture previste dal PNRR, come le Case di Comunità, gli Ospedali di Comunità e le Centrali Operative Territoriali, è possibile operare una prima stima di quale sarà il reale fabbisogno di queste figure, tenendo presente anche il turn-over che avverrà nel periodo 2021-2027, tra coloro che andranno in pensione e i nuovi laureati. Secondo una stima operata da Franco Pesaresi, infatti, vengono previsti otto infermieri per ogni Casa della Comunità (1288 in totale), nove per gli Ospedali di Comunità (381 in totale), sei per ogni COT (602 in totale), 5316 per il potenziamento dell'ADI e altri 8037 per la gestione dei nuovi posti letto da attivare; dunque, è possibile calcolare un fabbisogno complessivo di circa 30.698 infermieri da reclutare all'interno della struttura del SSN (tabella 4.1).

Investimenti	Numero di infermieri necessari
n. 1288 Case della Comunità	10.091
n. 602 Centrali operative territoriali (COT)	3.612
n. 381 Ospedali di comunità	3.429
Potenziamento cure domiciliari: 10% degli anziani	5.316
2.679 posti letto nelle terapie intensive ancora da attivare*	8.037
Totale	30.485

Tab 4.1: Fabbisogno di personale infermieristico nelle strutture di medicina territoriale, I luoghi della cura, Pesaresi, 2021

Sempre seguendo queste stime, calcolando come età di pensionamento media del personale infermieristico 63 anni e non 67 come prospettato dai documenti a corredo del PNRR, si può prevedere che andranno in pensione tra il 2021 e il 2026 poco più di 50mila infermieri, portando così il fabbisogno a più di 80mila unità. Per cercare di risolvere questa carenza, nel 2020, al termine della prima ondata pandemica era stato predisposto il DL 19 Maggio 2020, n°34 avente ad oggetto “Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19”, all'interno del quale all'articolo I comma 5, al fine di favorire il rafforzamento dei servizi

infermieristici, viene data la possibilità alle Regioni di incrementare la spesa per il personale in deroga alla normativa vigente, procedendo a partire dal 1° gennaio 2021 all’assunzione a tempo indeterminato di non più di otto infermieri ogni 50mila abitanti. In totale per l’assunzione di nuovi infermieri vengono stanziati 480 milioni di euro, di cui 39.080.719,99 al Veneto, per l’ADI invece sono stati previsti 265.28.264,27 euro. Il governo poi può sempre contare sui nuovi studenti che termineranno il triennio universitario nei corsi di infermieristica, i quali, sempre secondo le stime effettuate da Pesaresi saranno circa 85mila, considerando gli immatricolati a partire dall’anno 2027, la situazione dunque sembra nel futuro mantenere il delicato equilibrio del fabbisogno attuale, senza però riuscire a colmare la carenza endemica di infermieri che da anni è presente nel nostro paese, secondo il rapporto *OECD Health at a Glance* del 2019 (Figura 4.1), la media OCSE è di 8,8 infermieri ogni mille abitanti, l’Italia invece, al 1° Gennaio 2020 contava :«332.292 infermieri, pari a 5,6 per mille abitanti» (Pesaresi, 2021).

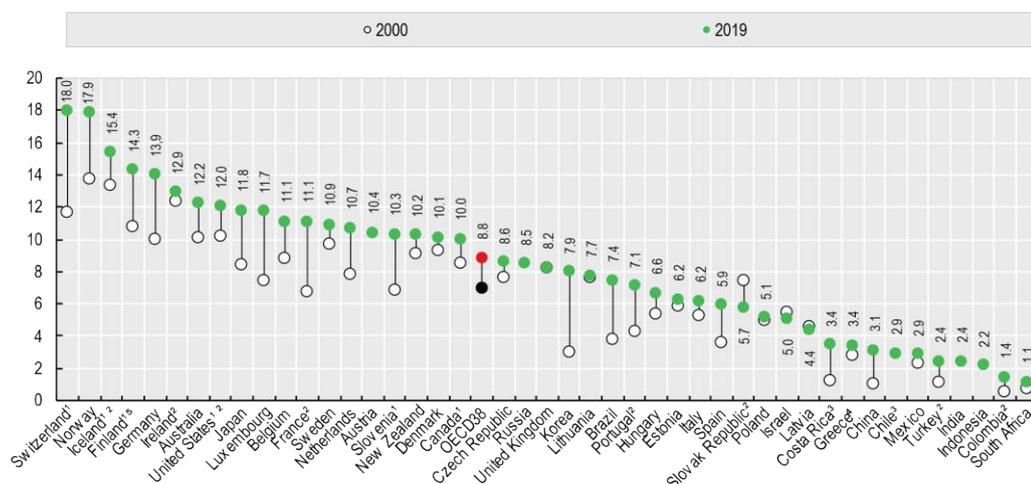


Fig. 4.1: Practising nurses per 1000 population, 2000-2019, Rapporto OECD Health a Glance, 2019

Un'altra figura cardine in fase di attuazione delle risorse del PNRR è il medico di medicina generale, anch'essa sottodimensionata rispetto alle reali esigenze della sanità, infatti, come sottolinea un report della Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati (SISAC) gli ambiti territoriali che rimangono scoperti dalla presenza di un MMG sono 1213, se a ciò si aggiunge il previsto pensionamento entro il 2027 di 35mila di unità e la perdita tra il 2013 e il 2019 di 3mila medici, frutto delle

politiche di taglio del personale del SSN, il quadro, anche a fronte delle forti necessità di questa figura per il Piano, risulta estremamente critico. Mediamente, infatti, secondo un'elaborazione OCPI sui dati del Ministero della Salute 2019, il numero di assistiti per MMG nel nostro paese è pari a 1224, con il dato più accentuato che si registra nel Nord Italia (1326), con Trentino-Alto Adige, Lombardia e Veneto in testa. Bisogna segnalare che, inoltre, si è registrata una diffusa tendenza secondo cui la carriera del medico di medicina generale viene percepita come “svilente” rispetto a quella da specialista e ritenuta secondaria anche perché: «la borsa di studio per lo specializzando è più del doppio di quella del corsista del corso di MMG (1800 euro netti al mese contro i circa 820 al mese)» (Belli, 2022) se a ciò si aggiunge poi il massiccio carico lavorativo subentrato durante la pandemia, come ad esempio il monitoraggio dei pazienti positivi, la professione diviene meno appetibile rispetto ad altre professioni mediche specialistiche, contribuendo alla tendenziale carenza di questa figura professionale. Il finanziamento compreso nella componente 2.2 della Missione 6 del PNRR, il quale prevede il finanziamento di 900 borse di studio in medicina generale all'anno, per un totale di 2700, procede certamente verso una direzione corretta, ma da solo non è sufficiente, infatti: «pur considerando ulteriori 900 borse annuali per la formazione dei medici di medicina generale, dovremmo perdere tra i 9.200 e 12.400 medici di base dal 2022 al 2028» (Favero, 2021), a questo trend contribuisce senza dubbio il declino demografico del nostro paese, ma anche un'errata valutazione durante la fase di programmazione dell'offerta dei servizi medico-sanitari. Interessante a questo proposito l'accordo raggiunto da parte della Regione Toscana e le organizzazioni sindacali dei medici al fine di sanare almeno in parte la carenza di MMG, l'accordo infatti prevede che: «ogni medico frequentante il corso di formazione potrà acquisire fino a 800 assistiti il primo anno di frequenza del corso e fino a 1500 assistiti il secondo e il terzo anno» (Quotidiano Sanità, 2022), inoltre, in caso di ulteriori difficoltà nel reperimento di medici di medicina generale, sarà possibile aumentare temporaneamente il massimale di pazienti gestiti da ciascun medico, passando da 1500 a 1800, provvedendo comunque a supportarli con un conseguente adeguamento del personale di segreteria. Queste misure possono certamente giovare il sistema territoriale nel breve periodo ma si rendono necessarie

misure più ampie a livello nazionale, tra le quali il discusso e dibattuto incremento degli accessi alla facoltà di medicina e chirurgia, i quali sono effettivamente aumentati nel 2021/2022 di 948 posti, fino a raggiungere 14.020 posti disponibili, anche in questo caso non abbastanza per colmare le carenze che affliggono il nostro sistema sanitario. Anche la regione Veneto attraverso il DGR n°416 del 12 aprile 2022, tenta di dare una risposta alla carenza di mmg all'interno della sanità territoriale, prorogando il protocollo d'intesa con la Medicina Generale e la Pediatria di Libera Scelta, al fine di garantire la copertura dei LEA nell'erogazione delle prestazioni sanitarie. Nello specifico vengono previste delle misure straordinarie sino al 31 dicembre 2022, a partire dall'aumento del massimale individuale di pazienti seguiti dai medici di medicina generale, accompagnata da una «integrazione regionale per indennità di collaboratore di studio», dall'«aumento del compenso previsto dall'Accordo Integrativo Regionale di cui alla DGR n. 4395 del 30.12.2005», nonché, su proposta aziendale, da un aumento del compenso orario a 40 euro lordi nel caso la prestazione venga svolta in un'area classificata come disagiata. Inoltre, come già si era riscontrato in Toscana, diviene fondamentale il supporto dei medici frequentanti il corso di specializzazione in medicina generale, ai quali, fino al 31/12/2022 «è consentita l'instaurazione di rapporto convenzionale a tempo determinato con il SSN e la possibilità di assumere incarichi provvisori o di sostituzione di medici di medicina generale convenzionati con il SSN, nonché di essere iscritti negli elenchi della guardia medica».

4.2: Aggiornamento del DM 70

Come è risultato evidente dalla trattazione, il PNRR propone una riforma organica della sanità territoriale, la quale però allo stesso tempo deve essere accompagnata dalla definizione di nuovi standard per l'assistenza e le strutture del territorio, già oggetto di legge nel DM 70 del 2015. La bozza del documento di riforma, dunque, mantenendo saldo l'impianto del decreto precedente, cerca di innovare il sistema del territorio, anche al fine di supportare il già citato DM 71 nella sua corretta attuazione, il quale necessita senza ombra di dubbio di un nuovo decreto di sostegno. Nei particolari la bozza del nuovo DM 70 affronta questioni come

l'ampliamento dei posti letto in terapia intensiva e la loro flessibilizzazione, la gestione degli ospedali di piccole dimensioni, a partire da una sostanziale riorganizzazione in ottica territoriale di questi ultimi e la questione relativa ai punti nascita sub standard. In prima istanza viene messa in evidenza la necessità di una gestione più flessibile dei posti letto in terapia intensiva e semi-intensiva, al fine di poter rispondere rapidamente alla pressione della domanda assistenziale dei pazienti acuti, procedendo inoltre con la completa informatizzazione della disponibilità dei posti letto, velocizzando così il processo di messa a disposizione o eventuale trasferimento in caso di picchi di afflusso presso le strutture. Quanto agli ospedali di piccole dimensioni, essi vengono definiti come: «non collocati in zona disagiata, che abbiano un'attività appropriata equivalente inferiore a 60 posti letto ordinari per acuti e un numero di accessi di pronto soccorso annuo appropriati inferiore a 20mila unità» (bozza “nuovo” DM70), per essi vengono previsti degli specifici piani di riorganizzazione, i quali dovrebbero prevedere o una riconferma delle strutture, ottimizzandone il ruolo e integrandole con presidi ospedalieri di maggiori dimensioni, al fine di garantire la rotazione del personale per un'erogazione efficiente delle cure oppure un programma di riconversione in strutture territoriali, come gli Ospedali di Comunità, questo punto è fondamentale, poiché permetterebbe di risparmiare notevoli risorse economiche, evitando i costi di realizzazione degli immobili e permettendo una diversa gestione del personale sanitario. L'aggiornamento del DM 70 si propone inoltre di sciogliere il nodo dei punti nascita substandard, che da anni è parte del dibattito relativo alla riorganizzazione delle strutture sanitarie; come criterio standard di classificazione dei punti nascita si prende in considerazione il livello di 500 parti annui, al di sotto dei quali essi vengono considerati substandard, per questa categoria, dunque, dovrebbe essere mantenuta l'operatività solamente in caso si trovi in una zona orograficamente disagiata, a più di un'ora di percorso dalla struttura *Hub* di riferimento. Nei punti nascita più piccoli, infatti, oltre che il rischio di uno spreco di risorse subentra la problematica della minor expertise a disposizione della struttura e dell'organizzazione per far fronte alle possibili situazioni di rischio che possono incorrere durante un parto. Un'altra questione poi riguarda la poca chiarezza nell'ambito della disciplina delle strutture ospedaliere private e il loro

inserimento e supporto alla rete di assistenza che verrà a formarsi a partire dall'attuazione del PNRR e del DM 71, esse infatti hanno la possibilità di mantenere le loro funzioni nonostante possiedano meno di 60 posti letto annui: «purché stiano dentro raggruppamenti d'impresa con più strutture di almeno 80 posti letto complessivi preferibilmente collocati in un'unica sede», potendo poi svolgere dei poco chiari “compiti complementari e di integrazione”, non partecipando dunque al sistema di emergenza ospedaliera come le strutture classificate come “pubbliche”. A tutto ciò si aggiunge l'interrogativo riguardante il destino della competizione tra pubblico e privato, sbilanciato in favore del secondo, e di conseguenza sul rapporto che si verrà ad instaurare tra le nuove strutture previste dal PNRR e le cliniche multispecialistiche private, dato che queste ultime, svolgendo le stesse attività di quelle pubbliche, possono operare secondo logiche di mercato e diventare meta per i professionisti medici e sanitari in uscita dal pubblico. Risulta dunque urgente l'approvazione di un aggiornamento al DM 70 al fine di supportare l'attuazione del DM 71, il quale a sua volta è strettamente collegato al PNRR, introducendo nuovi standard strutturali e prevedendo un generale potenziamento della presenza di posti letto per ricovero e riabilitazione nelle strutture ospedaliere, adattando il decreto alle esigenze segnate dalla fase post-pandemica.

4.3: I finanziamenti dal 2027

Il PNRR è un lascito, certamente non una rendita, a partire dal 2027 infatti, il mantenimento delle strutture e del personale aggiuntivo saranno a carico del FSN, facendo sorgere a questo punto la problematica relativa al reperimento dei fondi post-PNRR. A questo proposito è stato redatto dal governo italiano il “Piano di sostenibilità”, il quale compie una stima dei fondi attraverso cui coprire il fabbisogno per l'anno 2027 relativo ai 2,08 miliardi di euro necessari a mantenere le strutture ed il personale aggiuntivo delle Case della Comunità, ADI e Ospedali di Comunità (tabella 4.2), tenendo conto anche della disponibilità dei finanziamenti relativi al Recovery Plan e al D.L. 34/2020, i quali ammonteranno nel 2027 a 745 milioni.

COSTI	2022	2023	2024	2025	2026	2027
Case della Comunità	94.500.000	94.500.000	94.500.000	94.500.000	94.500.000	94.500.000
Personale per le cure domiciliari	578.231.762	760889.632	997.151.408	1.283.890.954	1.599.979.366	1.599.979.366
Personale per le COT	150.500.000	150.500.000	150.500.000	150.500.000	150.500.000	150.500.000
Personale per gli ospedali di comunità	-	-	-	-	-	239.268.000
Totale costi	823.231.762	1.005.889.632	1.242.151.408	1.528.890.954	1.844.979.366	2.084.247.366

FINANZIAMENTI	2022	2023	2024	2025	2026	2027
Recovery Plan	78.023.138	260.861.007	497.122.784	783.862.329	1.099.950.742	-
D.L. 34/2020 art.1 c.4	265.028.624	265.028.624	265.028.624	265.028.624	265.028.624	265.028.624
D.L. 34/2020 art.1 c.5	480.000.000	480.000.000	480.000.000	480.000.000	480.000.000	480.000.000
Totale finanziamenti	823.231.762	1.005.889.632	1.242.151.408	1.528.890.954	1.844.979.366	745.028.624

Sbilancio da finanziare	-	-	-	-	-	1.339.218.742
--------------------------------	---	---	---	---	---	----------------------

Fonte: documentazione del Governo inviata all'UE a corredo del PNRR

Tab. 4.2: Costi del personale sanitario all'interno delle strutture di medicina territoriale, I luoghi della cura, Pesaresi, 2021

In prima istanza è previsto un aumento del fondo sanitario nazionale pari all'1% annuo e la conseguente destinazione del 15% dell'incremento per il mantenimento delle strutture territoriali, passando da 121.370,1 milioni a circa 180 milioni nel 2027, in seguito si prospetta una possibilità di risparmio grazie alla riduzione dei ricoveri inappropriati relativi ai pazienti affetti da diabete, BPCO e ipertensione, grazie all'azione di filtro verso le ospedalizzazioni improprie compiuta dalla nuova rete dell'assistenza territoriale, dalle schede di dimissione ospedaliera (SDO), infatti, si evince che: «il 90% dei ricoveri programmati non urgenti, il 90% di quelli programmati con pre-ricovero e il 40% dei ricoveri urgenti per le tre condizioni cliniche sopra menzionate sono a rischio di inappropriatazza. Questo permette di stimare una riduzione di 322.254 giornate di degenza ospedaliera per le tre tipologie di ricovero, il cui valore corrisponde a 134.379.918 euro» (Pesaresi, 2021). Un altro grande vantaggio che apporterà la rete di assistenza territoriale sarà la riduzione degli accessi ospedalieri inappropriati per le condizioni non urgenti, come i codici bianchi e verdi, i quali rappresentano circa il 75% degli accessi al pronto soccorso, con l'87,4% di questi che non si traduce in un ricovero, essendo considerati inoltre

evitabili gli accessi per il 90% delle volte nel caso dei codici bianchi, il 60% per quelli verdi; sempre secondo le stime operate dal governo dunque, l'accesso inappropriato per i codici bianchi viene stimato con una tariffa pari a 22,66 euro, mentre quella per i codici verdi pari a 99,16 euro, stimando un risparmio operato grazie alla riduzione complessiva degli accessi impropri al pronto soccorso pari a 719.294.197 euro. Infine, vengono prese in considerazione le spese farmaceutiche a carico dello Stato, le quali grazie al contributo dell'assistenza territoriale, soprattutto domiciliare, attraverso la presa in carico del paziente, verranno notevolmente razionalizzate, soprattutto facendo riguardo alla prescrizione dei farmaci ad alto consumo e alto rischio di inappropriatazza, come quelli cardiovascolari, antibiotici e antiulcera, stimando un risparmio complessivo pari a 329 milioni di euro, ottenuti: «determinando la mediana della spesa farmaceutica tra Regioni italiane e calcolando la differenza tra i consumi delle Regioni con valori maggiori della mediana e la mediana stessa» (Pesaresi, 2021). Considerando dunque i 745 milioni già stanziati attraverso il comma 4 e 5 del DL 34/2020 in materia di assunzione di personale infermieristico e relativo all'ADI e gli 1,36 miliardi di euro che dovrebbero essere ricavati tramite la razionalizzazione dell'assistenza territoriale e la conseguente riduzione degli accessi ospedalieri impropri si giunge alla cifra di 2,105 miliardi, i quali sulla carta coprirebbero con avanzo i fondi necessari per il mantenimento delle strutture e parte del personale aggiuntivo (tabella 4.4).

Azioni	Importi (€)
Incremento del Fondo sanitario nazionale (FSN)	180.000.000
Riduzione delle ospedalizzazioni ad alto rischio di inappropriatazza relative alle malattie croniche	134.379.918
Riduzione degli accessi inappropriati nei pronto soccorsi relativi ai codici bianchi e verdi	719.294.197
Riduzione della spesa farmaceutica relativa a tre classi di alto consumo di farmaci e con il rischio di inappropriatazza	329.000.000
Totale Piano di sostenibilità	1.362.674.115
Sbilancio da finanziare	1.339.218.742
Avanzo	23.455.373

Fonte: documentazione del Governo inviata all'UE a corredo del PNRR

Tab. 4.4: Misure per il finanziamento dei costi del personale sanitario richiesto per le strutture di medicina territoriale, I luoghi della cura, Pesaresi, 2021

Se si osservano attentamente le voci di spesa però, si nota come il DL 34/2020 con il comma 5 copra solo una parte del fabbisogno effettivo del personale, nel caso delle CdC ad esempio, vengono finanziate le assunzioni di 2363 infermieri, a fronte delle 14.168 unità, il cui costo è stimato da Pesaresi in 567 milioni di euro, i quali graveranno sui fondi dello Stato, se poi si aggiungono anche le spese aggiuntive per il 2027 relative al potenziamento dell'ADI pari a 1.099.950.742 euro e degli Ospedali di Comunità pari a 367 milioni, ammonteranno a 2,033 miliardi di euro le spese che lo Stato finanzierà autonomamente a partire dal 2027, sempre ammesso che riuscirà a razionalizzare in maniera efficiente la sanità territoriale raggiungendo gli obiettivi di recupero di fondi prefissati con il “Patto di sostenibilità” entro il 2026.

4.4: Le condizioni di lavoro

La questione legata alla carenza di personale nella sanità, viene accompagnata anche dal progressivo deterioramento delle condizioni lavorative di medici e infermieri, come afferma l'indagine quantitativa: “La condizione dei Medici a due anni dall'inizio della pandemia da Covid-19”, condotta dall'istituto Piepoli, su proposta della federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e odontoiatri (Fnomceo), attraverso una raccolta dati ottenuta tramite 500 interviste effettuate tra il 21 e il 28 Marzo su un campione di medici. L'analisi evidenzia un generale aumento del carico di lavoro soprattutto per i medici del territorio (75%) e gli ospedalieri (70%), con un generale aumento della sensazione di stress, particolarmente marcata nella categoria degli specialisti ambulatoriali (80%), a ciò si aggiunge poi l'insorgere di problemi di salute e disturbi come quelli legati al sonno per medici di continuità assistenziale (24%) e per i MMG (10%). I dati poi fanno riscontare la difficoltà da parte dei medici nel gestire il rapporto lavoro-famiglia, costretti spesso a ridurre o a rinunciare alle ferie e la questione legata alle discriminazioni di genere, dal momento che il 38% delle donne medico tra i 25 e i 34 anni dichiara di sentirsi discriminata sul luogo di lavoro e la metà di non essere stata tutelata adeguatamente durante il periodo di maternità. Concentrandosi poi sui medici di medicina generale, risulta fondamentale alleggerire l'ingente carico

burocratico che grava ancora sulle loro mansioni, al fine di permettere ad essi di concentrarsi maggiormente sulle attività cliniche, evitando i casi di burn-out che sempre più spesso vengono registrati, inoltre, come viene sottolineato da Amir Roberti, un medico del corso di formazione in medicina generale, si renderebbe utile integrare il percorso formativo con: «esempi positivi delle attività pluriennali dei colleghi più anziani: le loro testimonianze possono aiutare i giovani colleghi ad acquisire quella esperienza necessaria per credere maggiormente in se stessi e la consapevolezza legata alla missione del proprio ruolo» (Roberti A., 2022). Aumentare dunque gli investimenti per le borse di studio in medicina generale non basta, bisogna migliorare innanzitutto l'appetibilità della professione e le condizioni di lavoro, i casi di aggressione verbale e fisica registrati nei confronti del personale medico e la questione del rapporto vita-lavoro non fanno che peggiorare la situazione, esiste un problema di fondo se dai dati presenti nell'indagine si evince che il 25% dei medici tra i 25 e i 34 anni e il 31% dei medici tra i 35 e i 44 anni dichiarano la volontà di andare subito in pensione, se questa opzione fosse possibile, il cambiamento è possibile, ma affinché avvenga bisogna ripensare la medicina territoriale, supportando maggiormente la figura del medico di medicina generale, figura guida delle nuove riforme previste dal PNRR. A questo proposito, sempre nell'ambito della conferenza Fnomceo sulla questione medica, è stato presentato il Manifesto dei medici italiani, il quale consiste in 20 punti riguardanti gli aspetti da migliorare e le tematiche da affrontare al fine di riformare le professioni sanitarie, particolarmente interessanti i passaggi riguardanti l'eliminazione al tetto di spesa per l'assunzione dei medici del 2004, l'omogeneizzazione contrattuale tra sanità privata e pubblica, nonché l'equiparazione retributiva e il riconoscimento della condizione peculiare femminile nei CCNL.

Considerazioni Conclusive

Il PNRR ha senz'altro segnato la strada per le riforme da attuare nei prossimi anni, la pandemia da Covid-19 non ha fatto altro che evidenziare le maggiori problematiche che erano già state registrate nel nostro Sistema Sanitario, riportandole al centro del dibattito: la gestione dei malati cronici, l'obsolescenza dell'infrastruttura informatica, le ospedalizzazioni improprie, la medicina territoriale e la carenza di personale medico sono solo alcune delle tematiche che verranno affrontate durante l'attuazione del Piano. Risulta dunque chiaro che il territorio e l'innovazione digitale saranno i pilastri della sanità nei prossimi anni e che l'uno dipende direttamente dall'altro per una buona riuscita del piano di riforme; la pandemia da Covid-19 ha cambiato radicalmente le nostre abitudini e ha sconvolto l'intero apparato del SSN, rendendo necessario un cambio di prospettiva a partire da cui progettare le riforme, ovvero quella del territorio, erogando le cure in prossimità al cittadino, nell'ordine della prevenzione e della maggiore efficienza. Al di là delle problematiche inerenti ai costi di attivazione, mantenimento e reclutamento del personale evidenziati in precedenza, il sistema infrastrutturale prospettato dal PNRR, messo in moto correttamente, permetterà una gestione ottimale dei pazienti cronici e anziani sul territorio, inserendosi in un sistema a rete *Hub&Spoke* già consolidato in alcune regioni, migliorando l'intercomunicabilità tra strutture ospedaliere e territorio, evitando un sovraccarico di domanda nei confronti delle prime. Innovativo e molto interessante è il ruolo che dovrà svolgere il sistema di assistenza domiciliare, tramite le Usca e la telemedicina, messo in risalto soprattutto durante la fase acuta della pandemia e che permetterà oltre che di razionalizzare l'utilizzo dei farmaci da parte dei pazienti seguiti e di generare così un risparmio economico, anche di evitare sempre più alle persone già debilitate spostamenti superflui e possibilmente rischiosi, diminuendo così i contatti e i casi di contagio e permettendo, tramite la gestione presso il domicilio, un generale alleggerimento della pressione nei confronti dei posti letto disponibili. Il PNRR, però, dato che non deve risultare un mero utilizzo dei fondi, dal momento che esso è pensato come uno strumento di riforma organico, per sfruttare al meglio il nuovo

sistema delle cure intermedie e territoriali, è stato previsto lo sviluppo di un'infrastruttura informatica, il cui obiettivo è quello di generare una sanità “*data driven*”, tramite lo sviluppo del Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0, la digitalizzazione dei DEA di I e II livello e lo sviluppo del Nuovo Sistema Informativo Sanitario, infatti: «con il PNRR si vuole concretizzare un ecosistema comune dei dati, sia a livello nazionale che regionale. Un ambiente, quindi, in cui vengono raccolti i dati clinici per scopo di governo, ricerca e cura» (Guidorzi, 2022). Anche questa specifica riforma dunque, in linea con la sanità territoriale, dovrebbe permettere al SSN di risparmiare risorse, grazie all'ingente attività di prevenzione rispetto all'insorgere di malattie croniche che verrà permessa da una migliore gestione dei dati clinici e di una loro più facile circolazione tra strutture ed esperti, ma non solo, tramite l'IA e il già citato “*machine learning*” infatti, sarà direttamente l'infrastruttura informatica ad elaborare i dati tramite un algoritmo, fungendo così, oltre che da fonte statistica anche come strumento di diagnosi e di ausilio per la scelta del percorso di cura. Questa tesi dunque dimostra l'importanza di queste due componenti, accompagnate dal ruolo fondamentale della formazione, il loro processo di evoluzione durante gli anni, dal primo FSE e le case della salute al FSE 2.0 e le Case della Comunità, evidenziando come l'unica reale risposta al pericolo delle pandemia, al progressivo invecchiamento della popolazione, all'esponenziale aumento delle patologie croniche e al collasso delle strutture ospedaliere, sia un generale riassetto della sanità, più territoriale, capillare, digitale e interconnessa attraverso tutte le sue nuove strutture. Un SSN che tramite il PNRR mira al proprio rilancio, proponendo un modello più efficiente e razionale, che lo renda un lascito per le generazioni future, le quali vi si rivolgeranno come utenti oppure vi lavoreranno all'interno, contribuendo a mantenere la sanità un'eccellenza del nostro welfare nazionale, componente della ripresa post-pandemica e strumento di protezione e resilienza nei confronti dei cittadini.

Bibliografia

Arcidiacono G., (22 luglio 2019), Centri di Elaborazione Dati (CED): cos'è, come funziona, costi e normativa, www.agendadigitale.eu

Banchieri G., Dal Maso M., De Luca A., Ronchetti M., (12 gennaio 2022), Come dovrebbero operare gli Ospedali di Comunità, Quotidiano Sanità

Banchieri G., Dal Maso M., De Luca A., Manariti M., Vannucci A., (21 gennaio 2022), Pnrr: Sei mosse per gestire il “cambiamento organizzativo” necessario del sistema sanitario, Quotidiano Sanità

Belli M., (21 febbraio 2022), Carenza Medici: le ultime novità, Rc Medici

(2022), Carenza Mmg. In Toscana raggiunto l'accordo per coprire i bisogni con i medici in formazione, Quotidiano Sanità

ESTAR: Regione Toscana, (26 luglio 2021), Nella AUSL Toscana Centro nasce la App Emergenza Urgenza www.estar.toscana.it

Favero L., (12 novembre 2021), Carenza di medici di base in Italia: un confronto europeo e nazionale, OCPI

Fioretto L., La riorganizzazione Hub & Spoke della Rete Oncologica: Unità di Competenza

Flor L., (2022), linee di lavoro per le attività di formazione, 2022-2023

GIMBE, Report osservatorio GIMBE, (2019), “Il definanziamento 2010-2019 del Sistema Sanitario Nazionale”

Guidorzi C., (8 aprile 2022), PNRR, perché puntare sui dati per l'innovazione in Sanità, Agendadigitale.eu

Istituto Piepoli, (2022), La condizione dei Medici a due anni dall'inizio della pandemia da Covid-19

Kleinert, (2017), My Germany in 2017: a resilient country that is taking responsibility, The Lancet

4 maggio 2022, L'interoperabilità e lo scambio di informazioni, www.salute.gov.it

www.fascicolosanitario.gov.it (2022)

Maffei C.M., (21 novembre 2021), Formazione Manageriale: che il Pnrr fosse la occasione buona per renderla di sistema?, *Quotidiano Sanità*

Mancini F., (24 luglio 2020), Coronavirus: l'efficacia della telemedicina nella gestione delle malattie croniche, *IlSole24Ore*

Moruzzi M., (3 marzo 2022), Sanità e PNRR, il Governo punta su FSE, telemedicina e cloud: come evitare il flop, www.agendadigitale.eu

Pesaresi F., (24 giugno 2021), Gli Ospedali di Comunità nel PNRR, *welforum.it*

Pesaresi F., (2021), I finanziamenti per la Missione Salute del PNRR. Opportunità e rischi, *I luoghi della cura*

Pesaresi F., (settembre 2021), Il piano nazionale di domiciliarità integrata, allegato 2
Pesaresi F., 2021, Le case della comunità: cosa prevede il PNRR, Qualche criticità significativa, *Welforum.it*, 25 maggio

Pesaresi F., (7 giugno 2021), Le cure domiciliari e la Telemedicina del PNRR, *welforum.it*

Pesaresi F., (2021), PNRR: ci saranno gli infermieri?, *I luoghi della cura*

Pesaresi F., Gori C., (2022), SAD anziani: diventi livello essenziale, *I luoghi della cura*

(2021), Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

Pilerci C., Briani M., Rizzolo Y., Nardin M., Claus M., (febbraio 2022), Piano di aumento di capacità e di continuità dei servizi sanitari assistenziali ospedalieri e territoriali, Documento Attuativo

(22 febbraio 2022), (PNRR e Sanità-*Artificial Intelligence e Machine Learning*, www.bihealth.it

(2019), Rapporto *OECD Health at a Glance*

Redazione, (26 luglio 2021), App Emergenza e Urgenza: l'Azienda USL Toscana centro adotta la digitalizzazione a bordo dei mezzi di soccorso, www.tecnomedicina.it

Regione del Veneto, Pssr Regione del Veneto 2019-2023

[Regione Emilia-Romagna, 19 marzo 2018, salute.regione.emilia-romagna.it](http://salute.regione.emilia-romagna.it)

Regione Toscana, (2021), Allegato A, Da Casa della Salute a Casa della Comunità (16 agosto 2021), Cure da casa, accordo con le Regioni e 4 miliardi dal PNRR, Repubblica

Roberti A., (2 maggio 2022), La nuova leva della medicina generale: quali prospettive?, Quotidiano Sanità

Testuzza C., (21 settembre 2021), Telemedicina, l'opzione deve amplificare e non sostituire il rapporto di vicinanza e fiducia con il medico, IlSole24Ore

Vannini C., (22 maggio 2020), Sistemi sanitari informativi, cosa sono e a cosa servono, www.nurse24.it

Veraldi A., Solvi S., (2021), One Health il modello per superare le sfide della Sanità post Covid, ma bisogna investire nel digitale, Il Sole 24 Ore

Ringraziamenti

Desidero ringraziare innanzitutto il mio relatore Vincenzo Rebba, il quale è stato fondamentale nella scelta dell'argomento di trattazione ed è sempre stato presente durante le fasi di stesura della stessa. Ringrazio inoltre il direttore della Fondazione Scuola di Sanità Pubblica Francesco Cobello e tutto il personale, i quali mi hanno permesso di sviluppare al meglio la tesi tramite il confronto ed i materiali forniti. Ringrazio infine i miei familiari per il supporto e la pazienza durante questi tre anni di studio.