



## **DAL PNRR una positiva svolta per la sanità: anche a Ferrara?**

### **Premessa e scopo**

Negli ultimi 20 anni circa, le scelte di finanza pubblica hanno prodotto tagli lineari pesanti al SSN. Il definanziamento della sanità pubblica ne ha ridotto l'incidenza sul PIL al 6,5%, ben al di sotto del livello dei paesi europei più evoluti (come Germania e Francia) e della media dei paesi OCSE.

Il definanziamento del SSN ha generato la chiusura di molti ospedali (non solo quelli marginali o al di sotto di standard di sicurezza), il taglio di 140 mila posti letto, forti riduzioni del personale sanitario (medici e infermieri), lunghe liste di attesa per visite e prestazioni specialistiche. Anche le dotazioni tecnologiche, sempre più complesse, costose e a rapida obsolescenza hanno raggiunto un invecchiamento eccessivo.

Il SSN è poi largamente tributario dell'ospedalità privata, sia per prestazioni generaliste che di alta specializzazione: circa il 13% della capacità del SSN deriva dall'acquisto di servizi da operatori privati (medi e grossi imprenditori e fondazioni religiose): in alcune aree del Paese, come la Lombardia e il Lazio, il ruolo dell'ospedalità privata è rilevantisimo o predominante.

Inoltre, nonostante la definizione di LEA comuni a tutto il sistema sanitario, si sono andate accentuando differenze prestazionali rilevantisime e condizioni finanziarie molto diverse tra le regioni: di fatto il SSN si è sempre più frammentato in tanti diversi sistemi regionali; le Regioni hanno fatto dell'autonomia nella gestione del SSN una sorta di ragione di vita, dato che mediamente le spese per la sanità (fondamentalmente alimentate dal Fondo Sanitario Nazionale) rappresentano il 70% del loro bilancio corrente.

L'aziendalizzazione poi, promossa con l'obiettivo di migliorare l'efficienza e (almeno a parole) l'efficacia e appropriatezza delle prestazioni non ha sempre raggiunto tale scopo. Spesso ha aumentato le differenze reali tra i cittadini e fortemente subordinato alle condizioni e gestioni locali la effettiva esigibilità dei servizi.

In realtà le comunità e le istituzioni locali sono tagliate fuori dalle decisioni importanti che riguardano la strategia e la conduzione delle Aziende sanitarie e ospedaliere, di fatto in mano a un management che per criteri di selezione e percorso di nomina è autoreferenziale o risponde solo ai vertici della sanità regionali o nazionali.

Senza un vero potere di indirizzo e controllo delle istituzioni locali sulle Aziende sanitarie e ospedaliere, controllo che potrebbe essere esercitato attraverso veri CDA e attraverso la approvazione *da parte delle istituzioni locali (comuni e loro Unioni, per esempio)* dei budget annuali



e dei piani poliennali sarà difficile modellare la Aziende sanitarie in base alle effettive condizioni e esigenze dalla popolazione e anche ottenere quella corresponsabilizzazione degli utenti che è sempre propedeutica a standard di vera efficienza.

**Una forte innovazione della governance delle Aziende sanitarie e ospedaliere che dia responsabilità e potere effettivi alle istituzioni locali appare poi indispensabile** per tenere conto del ruolo decisivo della medicina primaria, o di base, (che cuba il 40% delle risorse del SSN), della rilevanza sanitaria, sociale ed economica delle cronicità (che mediamente assorbono il 70% della spesa) e della crescente rilevanza del campo della salute pubblica e del costante monitoraggio delle condizioni sanitarie del territorio.

In parallelo al definanziamento del sistema pubblico è aumentata la spesa sanitaria privata, arrivata oramai a superare i 40 miliardi di euro, dei quali 35 circa *out of pocket* e circa 6 intermediati da assicurazioni e fondi sanitari contrattuali fiscalmente incentivati.

Si aggiunga che data la scarsissima copertura pubblica (delle Aziende sanitarie e dei comuni) dei servizi di assistenza domiciliare sociale e sanitaria, centinaia di migliaia di famiglie sono state costrette a ricorrere a *caregiver* semiprofessionali (le cosiddette badanti) con un esborso di altri 10-12 miliardi all'anno.

Negli anni più recenti molti cittadini hanno rinunciato a curarsi perché non in grado di sostenere i costi delle prestazioni non coperte (o erogate con troppo ritardo) dal servizio pubblico e un gran numero di famiglie vedrebbero il loro bilancio compromesso se dovessero fare fronte a improvvise necessità di salute.

Lo scenario sociale in cui opera la sanità pubblica registra fenomeni strutturali e profondi che hanno già manifestato e ancora più avranno in futuro un impatto molto forte sulle risorse finanziarie, organizzative, tecnologiche e professionali del SSN.

Basti ricordare l'invecchiamento crescente (e almeno per qualche decennio irreversibile) della popolazione, la crescente incidenza delle malattie croniche e spesso della multimorbilità che insieme alla crescente non autosufficienza parziale o totale delle fasce di popolazione più fragili determinano il 70% circa dei costi totali del sistema.

Il maggiore livello di informazione media della popolazione spinge poi tanti a richiedere al SSN le prestazioni migliori, gli esami più avanzati, la disponibilità delle tecnologie più moderne, induce spesso ad eccedere, fino allo spreco, nella richiesta di servizi sofisticati e costosi.

Mentre andrebbero evitati tali sprechi, andrebbero invece sostenuti con adeguati impegni finanziari la ricerca, la sperimentazione e l'utilizzo dei farmaci salvavita, per evitare che questi siano effettivamente disponibili solo a chi è in condizione di sostenerne gli alti costi.

A fronte di aree di sovraconsumo di prestazioni sanitarie, che richiederebbero un più efficace filtraggio delle reali necessità di cura e un vero e efficace lavoro di *counseling* dei cittadini da parte dei medici di famiglia, i medici di medicina generale (MMG) si posizionano ai margini del sistema pubblico, in un rapporto di convenzionamento con il SSN che non permette allo stesso la esigibilità



delle necessarie prestazioni. **Tale stato di cose, insieme al fatto che risulta assai elevata l'età media dei MMG e quindi si rende necessario organizzare nei prossimi anni il ricambio profondo della classe medica, non può non spingere a riconsiderare positivamente, specialmente nei confronti dei giovani medici che si avviano alla professione, un rapporto di lavoro alle dirette dipendenze del SSN.**

Senza un reale presidio sanitario del territorio, alimentato da una seria base di dati tempestivi e adeguatamente strutturati, non sarà possibile alleggerire pressioni improprie sulle strutture ospedaliere, a partire dai pronto soccorso e sui posti letto (pl) disponibili. Va anche detto, tuttavia, che senza riportare la disponibilità di pl a standard più vicini a quelli dei paesi europei più avanzati: 5,91 pl x 1.000 abitanti in Francia, 8 in Germania, o anche solo i 4,96 nella media dei paesi OCSE, anziché 3,14 come in Italia, non sarà possibile aumentare davvero la resilienza del SSN.

La pandemia covid 19 ha prodotto danni gravissimi, ma ha avuto l'effetto complementare di dimostrare la necessità di un maggiore potenziamento sia della medicina primaria che di quella ospedaliera per quanto riguarda sia il settore dell'emergenza-urgenza (specialmente delle terapie intensive e semintensive e dei pronto soccorso) che la disponibilità di ricoveri ordinari.

Non è difficile prevedere che nei prossimi anni il rischio di nuove pandemie possa ripresentarsi: si tratta di un rischio che dovrebbe indurre il SSN a predisporre una adeguata ridondanza (riserva di capacità) sia di personale che di strutture e mezzi operativi.

Con il governo Draghi e il Ministro Speranza sembra essersi finalmente invertita la lunga tendenza al defianziamento della sanità pubblica: il Fondo Sanitario Nazionale, per il 2021 supererà i 120 miliardi di euro e il PNRR, che declina in italiano il Next Generation UE e lo completa con consistenti finanziamenti (largamente a debito) garantiti dallo Stato assicura per la nostra sanità un ulteriore stanziamento di oltre 18 miliardi (spalmati in 4-5 anni).

La seguente nota è quindi dedicata:

1. a riassumere e commentare la filosofia e le scelte operative alla base della Missione 6 (Salute) del PNRR;
2. a stimolare la riflessione (quando possibile anche con proposte concrete) circa le principali problematiche del sistema sanitario pubblico;
3. a mettere a fuoco le principali esigenze di innovazione e le principali criticità del SSN a Ferrara.



## **Linee strategiche e investimenti del PNRR: Missione 6 (Salute): *ipersintesi***

Il PNRR stanZIA 15,63 mld per la Missione 6 (Salute); a queste risorse vanno aggiunti 2,39 mld a valere sul Fondo complementare (tutto finanziato a debito dal Governo) per un totale di 18,02 mld: si inverte finalmente una pluriennale tendenza al definanziamento della sanità pubblica.

La Missione 6 del PNRR vero e proprio si articola in due componenti:

- Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale: 7,00 mld;
- Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale: 8,63 mld.

Il Fondo complementare (al PNRR e alla Missione 6) destina:

- 1,45 mld al titolo : verso un nuovo ospedale della salute;
- 0,50 mld al titolo: iniziative di ricerca in ambito sanitario e assistenziale;
- 0,44 mld al titolo: ecosistema innovativo della salute.

**La Componente M6C1: reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale** ridefinisce l'architettura del sistema delle cure primarie e intermedie e intende in particolare "rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le case della comunità e gli ospedali di comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari".

In estrema sintesi il PNRR ridisegna dalle fondamenta le risorse e le modalità dell'accesso del cittadino alle cure e all'assistenza sociosanitaria, la presa in carico del cittadino e dei suoi bisogni di salute da parte del SSN, la attività di cura (nella intensità e durata necessarie), la continuità assistenziale.

L'architettura prevista presenta un elevato grado di complessità e disegna, a tendere, una rete composta da numerosi nodi e soggetti:

- **i medici di medicina generale (MMG)**, oltre 40.000 in Italia e circa 250 a Ferrara, organizzati in medicine di gruppo e inseriti nelle Case della Comunità (ex Case della Salute);
- le **Case della Comunità (CdC)**: il PNRR prevede l'attivazione di 1.288 Case della Comunità, con un investimento di 2 mld entro la metà del 2026. La CdC coordinerà tutti i servizi offerti, in particolare ai malati cronici. Nella CdC sarà presente il punto unico di accesso alle prestazioni sanitarie. Sarà una struttura fisica in cui opererà un team multidisciplinare di MMG, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute e potrà ospitare anche assistenti sociali, cosa che rafforzerà il ruolo dei servizi sociali territoriali nonché una loro maggiore integrazione con la componente sanitaria assistenziale. La CdC è finalizzata a costituire il punto di riferimento continuativo per la

popolazione, anche attraverso un'infrastruttura informatica, un punto prelievi, la strumentazione polispecialistica, e ha il fine di garantire la presa in carico della comunità di riferimento;

- gli **Ospedali di Comunità (OsCo)** per il potenziamento dell'offerta dell'assistenza intermedia al livello territoriale: il PNRR prevede la realizzazione di 381 OsCo con un investimento di 1 mld. Si tratta di una struttura sanitaria a ricovero breve e destinata a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata di norma dotata di 20 pl (fino ad un massimo di 40) e a gestione prevalentemente infermieristica, contribuisce ad una maggiore appropriatezza delle cure determinando una riduzione di accessi impropri al pronto soccorso o ad altre strutture di ricovero ospedaliero o il ricorso ad altre prestazioni specialistiche. L'OsCo potrà anche facilitare la transizione dei pazienti dalle strutture ospedaliere per acuti al proprio domicilio;
- **l'Assistenza Domiciliare.** L'investimento previsto nel PNRR è di 2,72 mld e mira ad aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni (in particolare quelli con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti), in linea con le migliori prassi europee;
- **Telemedicina.** L'obiettivo finanziato dal PNRR per 1 mld è quello di utilizzare la telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche. Saranno finanziati progetti di telemedicina proposti dalle Regioni sulla base delle priorità e delle linee guida definite dal Ministero della Salute. I progetti potranno riguardare ogni ambito clinico e promuovere un'ampia gamma di funzionalità lungo l'intero percorso di prevenzione e cura: tele-assistenza, tele-consulto, tele-monitoraggio e tele-refertazione. Per ottenere i finanziamenti i progetti dovranno potersi integrare con il Fascicolo Sanitario Elettronico;
- le **Centrali Operative Territoriali (COT)**: il PNRR prevede di attivarne 602, ovvero una per Distretto sanitario, con un investimento di 0,28 mld, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza. A Ferrara è già in fase di sperimentazione una struttura distrettuale denominata Centrale Unica di Continuità Assistenziale (CDCA) che pare avere le medesime finalità delle COT previste dal PNRR.

Per completare il panorama del sistema di offerta del SSN bisogna poi aggiungere all'ambito delle cure primarie e a quello delle cure intermedie l'ambito della cura delle acuzie, che si articola fondamentalmente ne:



- **gli ospedali distrettuali** di primo livello (ad es. l'Azienda USL di Ferrara ne ha tre: Lagosanto, Argenta, Cento), per il ricovero e la cura di cittadini con patologie acute o riacutizzate e di carattere prevalentemente generalista;
- **gli ospedali** di secondo livello a elevata specializzazione (come l'ospedale Sant'Anna di Cona).

NB: La Componente M6C1 del PNRR è dedicata alle cure primarie e intermedie e non prevede quindi il finanziamento di investimenti diretti alla rete ospedaliera di primo e secondo livello.

All'ammodernamento e potenziamento della rete ospedaliera è dedicata la Componente M6C2 che cuba complessivamente 8,63 mld che saranno così investiti:

- **Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero** per complessivi 4,05 mld, di cui:
  - 1,19 mld saranno dedicati all'acquisto di 3.133 nuove grandi apparecchiature ad alto contenuto tecnologico, mentre 1,45 mld saranno finalizzati al potenziamento del livello di digitalizzazione di 280 strutture sanitarie sede di Dipartimenti di emergenza e accettazione (DEA) di I e II livello.  
Inoltre, l'intervento prevede l'adozione di un piano specifico di potenziamento dell'offerta ospedaliera nell'ambito della terapia intensiva (+3.500 posti letto per garantire lo standard di 0,14 posti letto di terapia intensiva per 1.000 abitanti) e semi-intensiva (+4.225 posti letto);
- Verso **un ospedale sicuro e sostenibile** con un investimento di 1,64 mld per realizzare 116 interventi di adeguamento alle normative antisismiche, secondo il fabbisogno già individuato dal Ministero della Salute nel 2020.
- Rafforzamento dell'**infrastruttura tecnologica** con investimento di 1,67 mld per diffondere e implementare su tutto il territorio nazionale il Fascicolo Sanitario Elettronico (1,38 mld) e per l'Infrastruttura tecnologica del Ministero della Salute l'analisi dei dati e il modello predittivo per garantire i LEA italiani e la sorveglianza e vigilanza sanitaria (0,29 mld).
- Valorizzazione e **potenziamento della ricerca biomedica** del SSN per 0,52 mld
- Sviluppo delle **competenze tecnico-professionali**, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario 0,74 mld.

*Piccolo rilievo: sommando tutte le spese si arriva a 8,62 milioni e non 8,63. Si sono persi 10 milioni.*

## Commenti e osservazioni sui punti di criticità evidenziati dal PNRR

L'assetto delle cure primarie e intermedie delineato nel PNRR presenta un elevato livello di complessità, nonché le caratteristiche di un sistema a rete con molti nodi (sia di eguale che di



differente natura prestazionale) e molteplici connessioni che andranno accuratamente progettate in funzione dei processi sanitari e sociosanitari dei servizi che dovranno erogare e gestire.

Perché tale rete possa affettivamente erogare servizi nella qualità, nei tempi e nei volumi necessari è indispensabile che:

- siano definite in maniera precisa le caratteristiche, le funzioni e la tipologia dei servizi che ciascun nodo dovrà erogare;
- siano ben definite le modalità di ingaggio del cittadino in rapporto ai bisogni sanitari e sociosanitari che egli esprime e definite in maniera chiara e lineare le modalità di relazione tra i nodi nel percorso di erogazione dei servizi e di gestione dei bisogni di salute della persona.

**Occorre quindi una vera ingegnerizzazione centralizzata (nazionale) del sistema e dei suoi standard prestazionali e operativi**, in assenza della quale sarebbe inevitabile la proliferazione di approcci troppo diversi e disomogenei, tale da condurre a una ancora più spinta frammentazione del SSN, già oggi caratterizzato da eccessive differenze regionalistiche.

E' inoltre evidente che trattandosi di un sistema complesso e fortemente interconnesso, una progettazione lacunosa delle funzioni e dei processi caratteristici o il difettoso funzionamento di un nodo della rete delle cure primarie e intermedie genererebbe inevitabili malfunzionamenti a catena sull'intero sistema.

Il Governo è consapevole del problema e il PNRR prevede che "la definizione di standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l'assistenza territoriale e l'identificazione delle strutture a essa deputate" sarà "da adottarsi entro il 2021 con l'approvazione di uno specifico decreto ministeriale".

L'esperienza insegna, tuttavia, che la traduzione esecutiva delle scelte politiche-legislative produce troppo spesso un dettaglio tecnico-operativo incongruente, lacunoso e inadeguato: è assolutamente necessario che le istituzioni territoriali, a partire dalle Regioni e dalle loro Agenzie Sanitarie, siano direttamente coinvolte nell'attività di definizione degli standard operativi e funzionali e nel successivo controllo della loro applicazione sul campo.

Si pone poi, sempre a questo riguardo, una ulteriore necessità fondamentale: **che la definizione degli standard organizzativi e prestazionali effettivi delle strutture deputate alle cure primarie e intermedie sia fortemente declinata in rapporto ai contesti sociali e sociosanitari rilevanti di ciascun territorio (che per comodità possiamo in prima battuta continuare a identificare con il Distretto sociosanitario).**

In apparenza è una necessità di flessibilizzazione del sistema che si scontra con la definizione di rigorosi standard organizzativi e funzionali a livello di SSN, ma solo le comunità e le istituzioni locali sono in grado di approssimare con il necessario livello di finezza aspetti importanti quali ad es. il rapporto tra MMG e relative medicine di gruppo e le Case della Comunità nel percorso di presa in carico del cittadino, oppure l'effettivo desiderabile ricorso (e le relative modalità di attivazione, gestione e controllo) all'assistenza domiciliare integrata (ADI) tra servizi sanitari e servizi sociosanitari, oppure ancora l'effettivo dimensionamento e modalità di funzionamento degli OsCo, o



anche le modalità di funzionamento e le regole operative delle Centrali di Continuità Assistenziale, ovvero delle Centrali Operative Territoriali definite dal PNRR.

Questo aspetto del riordino del sistema delle cure primarie e intermedie solleva il più generale tema della governance del sistema e dell'effettivo ruolo delle comunità locali rappresentate dai comuni e dalle loro unioni.

L'argomento è ancora più rilevante se si considera che il PNRR prevede "la definizione entro la metà del 2022, a seguito della presentazione di un disegno di legge alle Camere, di un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico, in linea con l'approccio *One-Health*".

**Occorrere individuare modalità davvero efficaci per fare della Conferenza territoriale sanitaria e sociale (Ctss) il fulcro della governance del Distretto, non limitandone il ruolo al partecipare alla definizione dei bisogni, alla valutazione della funzionalità dei servizi sanitari e della loro distribuzione nel territorio, ma assumendo un vero ruolo di programmazione e controllo delle scelte gestionali rilevanti e dell'uso delle risorse attraverso la approvazione dei bilanci dell'Asl e non solamente attraverso l'espressione di pareri obbligatori sui programmi pluriennali e sui budget annuali.**

Questo argomento sottende quello più generale della governance delle aziende sanitarie territoriali rispetto alla quale i cittadini, le comunità locali e i comuni e loro unioni si limitano di fatto ad esprimere pareri formali e obbligatori sui bilanci di previsione annuali e poliennali e sulla nomina dei Direttori Generali (DG) delle Aziende sanitarie, agendo in tal modo in veste di *stakeholders*.

Sarebbe assai preferibile che le comunità e le istituzioni locali, ricomprese nel perimetro delle Aziende sanitarie agissero invece come reali *shareholders*, magari attraverso la nomina di veri e propri Consigli di Amministrazione, senza oneri a carico della PPAA, delle Aziende sanitarie (ora la presenza dei CDA è prevista solamente per gli IRCCS) concorrendo direttamente, insieme al Presidente della Regione, alla nomina del Direttore Generale dell'Azienda sanitaria nell'ambito della rosa di nomi predeterminata dalla Commissione nominata dal Presidente della Regione, e non limitandosi, quindi, ad esprimere un parere formale su tale nomina secondo le attuali procedure di legge.

L'assetto delle cure primarie e intermedie determinato dal PNRR pone poi alcuni altri rilevanti interrogativi che cercheremo di evidenziare di seguito.

### **Assetto e funzionamento delle Case della Comunità**

Il PNRR prevede l'istituzione sul territorio nazionale di 1.288 CdC, ovvero grossolanamente di una CdC ogni 45.000 abitanti.

Ora nel PNRR non si chiarisce se tale numero sia comprensivo o aggiuntivo rispetto a strutture già esistenti in alcuni contesti regionali, come ad esempio l'Emilia Romagna, pur se con standard e caratteristiche non perfettamente coincidenti con i desiderata del PNRR.

Qualora fossero aggiuntive, a Ferrara si dovrebbero aggiungere, alle 7 Case della Salute già esistenti e magari da implementare, ulteriori 7-8 CdC, cosa che porterebbe a disporre di una CdC





ogni 24 mila abitanti circa, Ma se le CdC previste dal PNRR fossero comprensive di analoghe realtà già esistenti, sul territorio ferrarese non si prevedrebbe l'istituzione di alcuna nuova CdC.

Il PNRR identifica le CdC anche come punto unico di accesso alle prestazioni sanitarie (oltre ai Pronto soccorso ospedalieri, verrebbe da pensare) e come sede operativa di un team multidisciplinare di medici di medicina generale, ...

Va naturalmente benissimo che nelle CdC siano presenti numerosi MMG, magari organizzati in medicine di gruppo, ma non si può pensare che su territori ad alta dispersione della popolazione residente come è la provincia di Ferrara tutti i MMG (sono circa 250 in provincia) siano obbligati ad operare all'interno delle CdC.

Sarebbe invece necessario una forte implementazione delle medicine di gruppo (tra MMG e medici specialisti) anche al di fuori delle CdC, con criteri ragionevoli di posizionamento sul territorio, con sufficiente numerosità dei professionisti, con evolute connessioni informatiche con la CdC e ogni componente territoriale del SSN, con una dotazione minimale e efficiente di strumentazione diagnostica: si tratta di standard che Distretto per Distretto l'Azienda sanitaria dovrebbe definire con i MMG e le loro organizzazioni professionali.

Inoltre, se non si vuole rinnegare la libera scelta del medico di base da parte del cittadino, pare inevitabile che sarà ancora il medico di base, all'interno o all'esterno delle CdC, a fungere da concreto punto di accesso alle prestazioni sanitarie del sistema: tale ruolo chiave andrebbe valorizzato dotando il MMG (ovvero le medicine di gruppo) degli strumenti operativi e informatici in grado di leggere in tempo reale le disponibilità, capacità e caratteristiche delle strutture e delle professionalità in rete sia nell'ambito delle cure primarie e intermedie che nell'ambito delle strutture ospedaliere di primo livello (H distrettuali).

La rete dei MMG resta indispensabile, proprio in quanto organizzata in medicine di gruppo distribuite sul territorio con criteri logistici, per sviluppare quella fondamentale azione di monitoraggio, allerta veloce, documentazione puntuale delle condizioni di salute delle comunità territoriali in cui opera, sia per quanto attiene alla gestione delle cronicità e multimorbilità che per quanto riguarda l'insorgenza di epidemie o la comparsa di nuove malattie.

La funzione dei MMG nel presidio del territorio e in particolare delle persone/comunità più fragili da un punto di vista sanitario e sanitario-sociale risulta ancora più determinante se integrata pienamente con quella dell'**infermiere di comunità** di cui il PNRR prevede la presenza costitutiva all'interno delle CdC.

Da questo punto di vista parrebbe ragionevole che l'infermiere di comunità agisse prevalentemente all'interno della organizzazione del lavoro delle medicine di gruppo dei MMG, anche attraverso la metodologia del comando da parte dell'Azienda sanitaria.

L'operatività delle medicine di gruppo dei MMG e l'integrazione con l'infermiere di comunità sarebbe indubbiamente più agevole se le medicine di gruppo assumessero una forma organizzativa certa e stabile che, pur senza ledere l'autonomia e la responsabilità sanitaria di ciascun medico, ne potesse



definire una efficace organizzazione del lavoro (orari di presenza e turnazione, responsabilità organizzative rispetto agli standard prestazionali e alle dotazioni tecnologiche, ecc.).

### **Assetto e funzionamento degli Ospedali di Comunità**

Il PNRR prevede la realizzazione di 381 OsCo, ovvero di uno per 157 mila abitanti circa. Anche in questo caso il PNRR non chiarisce se si tratti di un numero comprensivo o aggiuntivo rispetto a strutture sanitarie aventi caratteristiche simili a quelle previste dagli OsCo.

A Ferrara esistono due strutture paragonabili agli OsCo negli ex ospedali di Comacchio e di Copparo; inoltre per fronteggiare una delle principali funzioni attribuite agli OsCo (il ricovero temporaneo di pazienti in fase post acuta o in percorsi di dimissioni protette) esistono tre cliniche private convenzionate (Salus, Quisisana).

Qualora gli OsCo previsti dal PNRR fossero aggiuntivi rispetto a strutture sanitarie equivalenti già esistenti sul territorio, a Ferrara potrebbero essere localizzati 2 o 3 OsCo di nuova istituzione, con una offerta di circa 60-80 pl a gestione infermieristica e con assistenza sanitaria coperta dai MMG del territorio: con quale modello organizzativo, con quale rapporto di convenzione con i MMG, con quale modello di governance resta al momento tutto da definire.

Qualora invece gli OsCo previsti dal PNRR fossero comprensivi delle strutture equivalenti già esistenti, a Ferrara non ne toccherebbe nessun altro.

Il PNRR attribuisce agli OsCo il compito di contribuire ad una maggiore appropriatezza delle cure determinando una riduzione di accessi impropri al pronto soccorso o ad altre strutture di ricovero ospedaliero o il ricorso ad altre prestazioni specialistiche.

Sembra particolarmente rilevante la funzione di ridurre gli accessi impropri al pronto soccorso (sia quello di Cona che degli ospedali distrettuali), ma perché tale obiettivo possa essere raggiunto sono necessarie due condizioni almeno:

- > che esistano strutture sanitarie distribuite sul territorio, facilmente e velocemente accessibili ai cittadini e capaci di intervenire efficacemente e velocemente su problematiche sanitarie non particolarmente complesse o rischiose: tali strutture potrebbero essere la Case della Comunità, forse più idonee degli OsCo stessi, specialmente se il presidio sanitario delle stesse CdC fosse h24x365;
- > che i cittadini fossero adeguatamente informati e supportati, al momento della necessità, tra il rivolgersi al pronto soccorso ospedaliero o alla CdC – OsCO.

In questo contesto potrebbe assumere un ruolo decisivo di primo orientamento del cittadino e di allerta precoce verso le strutture in predicato (l'OsCo o la CdC di riferimento) la Centrale Operativa Territoriale (COT).

il PNRR prevede di attivarne una per Distretto sanitario, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza.

Bisogna evitare il rischio evidente che tale funzione di coordinamento si sovrapponga ad analoga funzione svolta dalle CdC, specialmente nel campo del coordinamento tra servizi sanitari in struttura



e i servizi domiciliari di carattere sanitario e sanitario-sociale presenti sul territorio del Distretto; tuttavia la COT potrebbe essere dedicata sia a permettere ai medici (ospedalieri o di MMG) di attivare e presidiare i percorsi di continuità assistenziale (ad esempio verso OsCo, verso ADI) dopo la fase di presa in carico o la fase di acuzie, che ad orientare i cittadini nella scelta del primo accesso al sistema in caso di emergenza-urgenza.

Per la gestione dei percorsi di continuità assistenziale gli operatori della COT dovrebbero disporre non solo delle indicazioni del MMG o del medico ospedaliero che richiede le prestazioni di continuità assistenziale e del quadro clinico del cittadino, ma di una visione dettagliata e aggiornata delle risorse disponibili a sistema al momento e nel prossimo divenire (ad es quanti pl sono disponibili o lo saranno in che tempi, di quale caratteristica e in quale location): anche questa condizione naturalmente richiede una dotazione informatica evoluta e procedure di gestione delle informazioni rigorose.

Per orientare i cittadini nella scelta del primo accesso al sistema in caso di emergenza-urgenza la COT dovrà essere dotata di personale, competenze specialistiche, tecnologie informatiche e procedure di ingaggio idonee allo scopo.

## **A proposito dell'assistenza domiciliare**

Il PNRR mira ad aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni (in particolare persone con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti),...

Questo sarà possibile non solo se verranno messe in campo le risorse finanziarie e professionali adeguate. Ma se l'intera filiera dei servizi strutturali (abitazione e sue caratteristiche e dotazioni tecnologiche) e infrastrutturali (servizi sociali di assistenza domiciliare, formazione e sostegno dei caregiver familiari e delle assistenti familiari) sarà coerentemente finalizzata al permettere di trattenere a domicilio persone particolarmente fragili.

È difficile pensare di potere disporre di ADI efficace senza una maggiore frequenza di cura (anche più presenze settimanali) dell'infermiere di comunità o del personale sanitario-sociale necessario, a seconda dei piani di assistenza individualizzati.

Così come è difficile realizzare lo scopo senza porsi il problema di integrare nella filiera dell'assistenza a domicilio (sempre comprensiva di prestazioni sanitarie e sociosanitarie) le assistenti familiari con opportuna azione pubblica di formazione e riconoscimento professionale: basti considerare che il costo sostenuto dalle famiglie italiane per le assistenti familiari, le cui prestazioni sono spesso su un confine incerto tra assistenza pura e semplice e assistenza sociosanitaria di fatto, è stimabile in 10-12 miliardi all'anno.

## **A proposito di telemedicina e di fascicolo sanitario elettronico**



A tendere, le applicazioni informatiche in campo sanitario e sanitario assistenziale assumeranno un ruolo chiave nella gestione di cronicità, mantenimento a domicilio di persone fragili e parzialmente autosufficienti. Le prestazioni già disponibili e prevedibili sono innumerevoli, ma in realtà sono destinate a scarsa efficacia se non inserite in un chiaro modello di servizio. Solo integrando componenti e competenze informatiche specialistiche in ambito medico-sanitario e erogatori delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie (compreso il vasto mondo delle associazioni di volontariato e della impresa cooperativa sociale) sarà possibile mettere a punto modelli operativi e di servizio realmente utili.

Quanto al Fascicolo sanitario elettronico, è indubbiamente necessaria la sua piena diffusione a tutti i cittadini e l'implementazione di tutte le funzionalità (sanitarie, statistiche, amministrative) possibili, ma al fascicolo sanitario andrebbe aggiunta una componente indispensabile a gestire le problematiche sociosanitarie che quel cittadino potrebbe presentare secondo tutto il ciclo della presa in carico e della continuità assistenziale in ambito sanitario e sociosanitario.

**Occorrerebbe dunque che il Fascicolo sanitario raccogliesse e mettesse a disposizione (con le necessarie salvaguardie della privacy del cittadino) degli operatori sanitari e degli operatori sociosanitari tutte le informazioni rilevanti e pertinenti; è evidente che tale funzione richiederebbe la messa a punto di livelli essenziali di assistenza sociosanitaria oltre ai LEA sanitari.**

## **Alcune ulteriori considerazioni generali anche in ottica post Covid-19**

La pandemia non ha generato solo una forte pressione sul sistema delle cure primarie, stressando la medicina sul territorio; ha messo a nudo anche la fragilità e la limitata capacità di resistenza delle strutture ospedaliere e in particolare dei pronto soccorso, dei reparti semi intensivi e di quelli intensivi.

Il PNRR al riguardo prevede il potenziamento del sistema ospedaliero con la messa in campo di altri 3.500 pl di terapia intensiva e di 4.225 pl di terapia semintensiva.

In generale è opinione molto diffusa che il rischio pandemie possa essere ancora maggiore nel prossimo futuro, pur non essendo facilmente prevedibile e quantificabile.

Sarebbe quindi opportuno che l'intero sistema sanitario (e certamente non solo il SSN italiano) fosse messo in condizioni di maggiore sicurezza verso l'insorgere di nuove pandemie, anche attraverso una strategia capace di **generare una adeguata ridondanza (ovvero una riserva di capacità) delle strutture sanitarie.**

La questione parrebbe urgente, anche per i tempi non certo brevissimi che servirebbero per progettare e realizzare un sistema adeguatamente ridondante (ricercando un giusto dimensionamento strutturale, tecnologico, professionale).



Ma il tema è rilevante anche in rapporto alle conseguenze del definanziamento del SSN nel corso dei lustri precedenti. Uno degli effetti più evidenti di tale definanziamento è stata, negli ultimi 20 anni circa, la chiusura di circa 200 ospedali sul territorio nazionale, la perdita di 140,000 pl ospedalieri e una fortissima riduzione del personale sanitario che in ambito ospedaliero è diminuito del 6% con riguardo ai medici e del 5% con riguardo agli infermieri (fonte Quotidiano Sanità), in pratica (fonte Ragioneria Generale dello Stato) 8.000 medici e 13.000 infermieri in meno.

Oggi disponiamo in Italia di 3,14 pl per 1.000 abitanti: molto meno della Germania (8) e della Francia (5,91), ma molto meno anche della media OCSE (4,96 pl x 1.000 abitanti)

**Se volessimo raggiungere la media OCSE dovremmo incrementare la dotazione di circa 110.000 pl:** molti di più di quelli previsti con la istituzione degli OsCo, circa 11/12.000 pl e con l'incremento di 7.725 pl di terapia semintensiva e intensiva previsti dal PNRR.

A Ferrara la situazione è apparentemente migliore con 1.365 pl (ultimi dati disponibili dell'Azienda sanitaria) tra Cona, ospedali distrettuali e cliniche convenzionate per 348.000 residenti in provincia, ovvero 3,9 pl per 1.000 abitanti residenti.

Sembra però evidente che anche il territorio provinciale sia sottodotato e probabilmente sottodotato resterebbe anche con gli ulteriori 60-80 pl che potrebbero essere collocati nei nuovi OsCo, sempre che fossero aggiuntivi a quelli di Comacchio e di Copparo. Dunque pare necessaria una riflessione attenta sulla dotazione complessiva di pl a livello provinciale, con particolare riferimento alla relativa intensità sanitaria e collocazione geografica,

**Il sistema delle cure primarie in Italia conta su circa 43.000 MMG,** 250 di questi in provincia di Ferrara.

La strategia generale del SSN e del PNRR è quella di spostare sempre più sul territorio, in prossimità delle diverse comunità e dei singoli cittadini lo sforzo di prevenzione, presa in carico, assistenza e cura.

Tale strategia, di cui le Case della Comunità sembrano l'aspetto nuovo più evidente, non sarà comunque possibile senza l'apporto fondamentale dei medici di base.

Le medicine di gruppo, l'integrazione sul territorio tra MMG e specialisti, la dotazione delle medicine di gruppo di adeguata strumentazione medica e tecnologica, la loro connessione al Distretto con le dotazioni informatiche necessarie, il loro coordinamento organizzativo (funzionale e operativo) con le CdC, la centralità dei MMG organizzati su una scala che superi la frantumazione individualistica della professione nella gestione delle cronicità e dei servizi di continuità assistenziale (a partire dall'ADI) inducono inevitabilmente a **discutere se questo sostanziale spostamento di ruolo sia compatibile con il rapporto di convenzione libero professionale o non renda assai più coerente e efficace l'assunzione dei MMG nell'organico del SSN.**

E' ovvio che un cambiamento di questo genere sarebbe complesso e probabilmente non realizzabile in tempi brevissimi, tuttavia esso potrebbe essere intrapreso secondo un percorso ben progettato



che prevedesse, innanzitutto per i giovani medici che entrano ora e entreranno in servizio la possibilità di una opzione, specialmente se tale opzione (di entrare a fare parte del SSN alla pari degli ospedalieri) fosse sostenuta: **i) dall'arricchimento del corso di laurea in medicina e dalla istituzione di una vera specializzazione in medicina generale; ii) dall'incremento dei posti di specialità finalizzati a tale disciplina; iii) dalla riduzione (da 1.500 a 1.000 ?) dei cittadini a carico di ciascun MMG, in media.**

**Il finanziamento del SSN** registra una inversione di tendenza con il ministro Speranza (nel 2021 dovrebbe collocarsi attorno ai 121 mld) e con il PNRR.

Esso tuttavia risulta ancora su livelli molto distanti dai più evoluti paesi europei, pur attestandosi nuovamente al 7% circa del PIL.

Portare tale percentuale al 7,5% (più vicino al dato di Francia e Germania) vorrebbe dire disporre ogni anno di un quantitativo di risorse in più paragonabile a quelle messe a disposizione in via straordinaria dal PNRR.

È possibile? Non senza un grande sforzo di finanza pubblica nel riorientamento della spesa (l'esperienza delle diverse *spending review* insegna che non è affatto semplice) e il recupero della fiscalità evasa (100-120 miliardi di gettito evasi ogni anno secondo le stime correnti).

Non c'è però dubbio che questo debba essere un obiettivo strategico delle forze del centrosinistra: condizione indispensabile per mantenere la sostanziale pubblicità e universalità del SSN.

Una pubblicità non certo impermeabile e esclusivamente alternativa alla sanità privata, che pure il Italia ha già di fatto un ruolo strategico: **il punto vero è quello di mantenere un sistema pubblico davvero universalistico, di alto livello qualitativo e di elevata efficienza e efficacia gestionale**, competitivo e attrattivo per i tempi, la qualità delle prestazioni e il livello dei servizi e di evitare la dicotomia del sistema con una sanità pubblica per i meno abbienti e una privata per i cittadini più affluenti.

Secondo i dati AGENAS gli acquisti di prestazioni sanitarie da privati effettuate dal SSN, ovvero di ospedalità e altre prestazioni (al netto della farmaceutica e dei beni e servizi non sanitari) sono state circa il 13,5% della spesa: dunque senza questa offerta privata il SSN non potrebbe sopravvivere (così come non potrebbe sopravvivere in Emilia Romagna e in altre importanti regioni il sistema del welfare senza il lavoro della cooperazione sociale).

Alla spesa pubblica del SSN si deve poi aggiungere la spesa privata pari a circa 44 mld (dati riferiti al 2017; fonte: mia elaborazione su dati RBM salute-Censis): di questi, poco più di 38 sono spesa out of pocket e quasi 6 spesa intermediata dal sistema assicurativo (prevalentemente attraverso assicurazioni collettive e la gestione dei fondi contrattuali finalizzati alla sanità integrativa e fiscalmente incentivati).

In realtà la spesa out of pocket per il 40% circa è destinata all'acquisto di farmaci, per il 24% all'odontoiatria (settore solo molto parzialmente coperto dal SSN) e per il 9-10% da occhialeria e



apparecchiature sanitarie diverse. Circa il 20% della spesa out of pocket è costituita invece dal pagamento di prestazioni private in ambito diagnostico e terapeutico.

La spesa privata intermediata è principalmente costituita da ricoveri ospedalieri, da diagnostica specialistica e da spese odontoiatriche.

Dunque, almeno per il momento, la vera spesa sanitaria sostenuta direttamente dai cittadini o intermediata dovrebbe cubare intorno ai 12-15 mld, non certo poco, ma nell'ordine del 10% rispetto alla spesa del SSN.

**La vera sfida è lavorare sulla integrazione di questi due mondi, evitando duplicazioni di servizi e di costi, lavorando su procedure e protocolli di comunicazione, imponendo alle compagnie di assicurazione che operano nella sanità standard di accreditamento dei loro fornitori di servizi sanitari analoghi a quelli caratteristici dei servizi pubblici, rendendo obbligatoria, per gli operatori sanitari privati, l'alimentazione del Fascicolo sanitario elettronico in base alle prestazioni erogate a ciascun cittadino assicurato.**

Riteniamo che una offerta sanitaria privatistica, se mantenuta entro proporzioni analoghe alle attuali, possa essere un buon fattore di stimolo concorrenziale del sistema pubblico. Semmai, il problema della eccessiva privatizzazione della sanità si pone in importanti aree del Paese, nelle quali la erogazione dei servizi, specialmente quelli di carattere ospedaliero e di alta specialità è dovuta in larghissima misura agli acquisti da operatori privati e non esiste di fatto concorrenza tra pubblico e privato sull'offerta di servizi sanitari core.

Occorre però rimarcare che la pubblicità del sistema sanitario non si promuove solo attraverso l'incremento della spesa, ma anche attraverso una rigorosa politica di efficienza e di controllo dei costi: nei servizi core, nelle attività di gestione complementari.

Spazi di recupero di efficienza (ma anche di efficacia nei servizi core) esistono indubbiamente anche a Ferrara, dove coesistono l'Azienda sanitaria territoriale e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria del Sant'Anna.

Sarebbe desiderabile la fusione tra queste aziende e una semplificazione e piena integrazione del sistema di offerta: tuttavia, per l'attuale quadro normativo tale fusione non è possibile.

È invece possibile, sia spingendo davvero l'operatività dei dipartimenti interaziendali, sia con un eventuale contratto di rete tra Azienda sanitaria territoriale e Azienda ospedaliero-universitaria che ingegnerizzasse una vera gestione integrata di tutte le attività infrastrutturali (approvvigionamenti, gestione amministrativa del personale, manutenzioni, sviluppo dei sistemi informativi, ..) e di buona parte di quelle core (investimenti in tecnologie sanitarie, implementazione del personale sanitario e infermieristico, gestione di unità operative itineranti, ...) produrre una vera integrazione mirata sia all'efficienza (minori costi) che all'efficacia (maggiori prestazioni e di migliore qualità) del sistema provinciale.



## **Conclusione**

Dentro questo quadro generale e in base ai punti critici evidenziati e alle opzioni di innovazione suggerite, speriamo si possa aprire, con il contributo di associazioni, forze politiche, sindacati, professionisti, cittadini e naturalmente con il fondamentale contributo della dirigenza di Azienda territoriale e Azienda Ospedaliero-Universitaria un confronto concreto sulle condizioni specifiche e i progetti di innovazione e miglioramento della sanità ferrarese.