



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE  
FACOLTÀ DI ECONOMIA

---

Corso di Laurea Magistrale in Management pubblico e dei  
sistemi socio-sanitari

**LETTURA E ANALISI DEI NUOVI MODELLI  
ORGANIZZATIVI DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE NEL  
SSN**

**READING AND ANALYSIS OF THE NEWEST TERRITORIAL  
ORGANIZATIONAL MODEL IN SSN**

Relatore: Chiar.mo  
**LUCA DEL BENE**

Tesi di Laurea di:  
**VINCENZO ETTORRE**

## INDICE

### CAPITOLO 1

<b>1.1 L'emergenza Covid-19 e le fragilità del SSN italiano.....</b>	<b>Pag. 6</b>
1.1.2 Next Generation EU e origini del PNRR.....	Pag. 11
1.1.3 La struttura del PNRR.....	Pag. 15
1.1.4 Mission 6: Salute.....	Pag. 20
1.1.5 Case e Ospedali di Comunità.....	Pag. 23
<b>1.2 Case di Comunità.....</b>	<b>Pag. 27</b>
1.2.1 Personale e servizi.....	Pag. 30
1.2.2 I requisiti da soddisfare.....	Pag. 33
<b>1.3 Ospedali di Comunità.....</b>	<b>Pag. 37</b>
1.3.1 Struttura e dimensioni.....	Pag. 39
1.3.2 Le modalità di accesso.....	Pag. 43
1.3.3 Il personale.....	Pag. 44
<b>1.4 Riordino Medicina Generale e assistenza territoriale.....</b>	<b>Pag. 50</b>
<b>1.5 Telemedicina.....</b>	<b>Pag. 53</b>
1.5.1 Servizi e opportunità della Telemedicina.....	Pag. 57
<b>1.6 Centrali operative territoriali.....</b>	<b>Pag. 60</b>
1.6.1 Struttura di una Centrale Operativa Territoriale.....	Pag. 62
1.6.2 Il personale delle COT.....	Pag. 64

### CAPITOLO 2

<b>2.1 Modello organizzativo degli Ospedali di Comunità.....</b>	<b>Pag. 67</b>
2.1.1 Responsabili, operatori sanitari e operatori sociosanitari.....	Pag. 69
2.1.2 La degenza e i costi.....	Pag. 75

2.1.3 Differenze tra OdC, Lungodegenza post-acuzie e RSA.....	Pag. 77
<b>2.2 Le prospettive delle Case di Comunità.....</b>	<b>Pag. 86</b>
2.2.1 I costi del personale nelle CdC.....	Pag. 89
2.2.2 I costi di realizzazione strutturale delle CdC.....	Pag. 92
<b>2.3 I risparmi della riorganizzazione sanitaria.....</b>	<b>Pag. 94</b>
2.3.1 Accessi impropri al Pronto Soccorso.....	Pag. 95
2.3.2 La spesa delle patologie croniche.....	Pag. 101
2.3.3 Ricoveri impropri in ospedale.....	Pag. 104

### **CAPITOLO 3**

<b>3.1 Modelli sanitari a confronto.....</b>	<b>Pag. 107</b>
3.1.1 Tre modelli sanitari che hanno già funzionato e su cui il PNRR vuole puntare.....	Pag. 107
3.1.2 L’esperienza decennale delle Case della Salute in Emilia-Romagna..	Pag. 110
3.1.3 I risultati dell’Infermiere di Famiglia e Comunità in Friuli Venezia-Giulia..	Pag. 117
3.1.4 Il modello Hub & Spoke oggi e l’evoluzione prevista dal PNRR.....	Pag. 125
3.1.5 Nuovi modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel SSN (DM 77/2022).....	Pag. 127

### **CAPITOLO 4**

<b>4.1 Analisi critica del nuovo modello organizzativo e proposte.....</b>	<b>Pag. 133</b>
4.2 Le aziende sanitarie verso un’organizzazione per processi.....	Pag. 139
4.3 Approccio per processi, le performance che potrebbero migliorare.....	Pag. 141

# INTRODUZIONE

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) è il programma che il governo italiano ha ideato per gestire i sostegni del Next Generation EU, cioè un fondo di ripresa e rilancio ideato dall'Unione Europea per risollevare le economie dei suoi stati membri dopo i danni subiti dalla pandemia di Covid-19.

Lo scopo di questo elaborato è la lettura del modello sanitario proposto dal PNRR attraverso i principi dell'economia aziendale:

- Il principio di progresso che coinvolge la realizzazione professionale degli uomini e le donne che operano all'interno del settore sanitario pubblico, che contribuendo al progresso della propria azienda realizzano così anche loro stessi.
- Il principio di finalismo e unità aziendale il quale afferma che all'interno dell'azienda ogni operazione deve essere interconnessa, coordinata e coerente con le altre convergendo ad un fine ultimo: rispondere ai bisogni umani con l'erogazione di adeguati servizi.
- Il principio di economicità è la capacità che un'azienda ha nell'utilizzo più efficiente possibile delle risorse in buona relazione con i risultati ottenuti portando il sistema ad una condizione di equilibrio economico che promuove la durabilità nel tempo.

Le motivazioni che hanno spinto allo sviluppo di questo argomento sono frutto dell'esperienza in prima linea, durante la pandemia di Covid-19, come Infermiere nell'Unità Operativa di Terapia Intensiva presso l'Ospedale Maggiore di Bologna. Non da meno vi è l'interesse di uno studente Magistrale in Economia Aziendale.

Nel primo capitolo di questo elaborato esamineremo come nasce, come si articola e cosa prevede a grandi linee il PNRR. Osserveremo la struttura che lo compone; analizzeremo la sua organizzazione in missioni e approfondiremo la Missione numero 6, quella dedicata alla Salute ed illustreremo il progetto delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità.

Nel secondo capitolo andremo ad esplorare i progetti della Missione numero 6 a favore della sanità territoriale. Discuteremo a fondo dell'organizzazione e funzionamento delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità. Riporteremo nel dettaglio la progettazione e la pianificazione del piano di Telemedicina e delle Centrali Operative Territoriali.

In questo capitolo discuteremo la questione della riorganizzazione del personale e della riprogrammazione dei servizi sanitari con l'obiettivo di decentralizzare la sanità verso il territorio in modo che ogni assistito possa essere trattato nel luogo di cura più vicino al proprio domicilio. Inoltre, non secondario tratteremo il tema della prevenzione della salute che principalmente avviene proprio sul territorio grazie a nuove (o quasi) figure professionali quali l'Infermiere di Famiglia e Comunità e il Medico di Assistenza Primaria.

Nel terzo e ultimo capitolo osserveremo da vicino i modelli sanitari dell'Hub & Spoke, delle Case della Salute nell'Emilia-Romagna e dell'Infermiere di Famiglia e Comunità nel Friuli-Venezia Giulia. Questi tre modelli possono essere considerati vincenti perché negli anni della loro attività hanno portato a dimostrati risultati di efficacia ed efficienza (e quindi favoriscono l'equilibrio economico dell'Azienda Sanitaria Locale che li adopera). In quest'ultimo capitolo descriveremo questi risultati raggiunti, con quali mezzi organizzativi e i tempi di attuazione. L'importanza di questi tre modelli deriva dal progetto, descritto nel PNRR, di

volerli potenziare ed espandere su tutto il territorio nazionale: le Case della Salute diventeranno Case di Comunità e saranno presenti in ogni regione capillarizzate nel territorio come riferimento alternativo all'Ospedale, la figura dell'Infermiere di Famiglia e Comunità verrà promossa in ogni Distretto sanitario con l'obiettivo di migliorare la qualità dei servizi sanitari e ridurre gli sprechi di risorse, il modello Hub & Spoke verrà applicato a Ospedali centrali (hub) in collegamento con i presidi ospedalieri territoriali (spoke) dove verranno garantiti i servizi sanitari di base, gestite le casistiche cliniche meno complesse che non richiedono il ricovero in ospedali di 1° e 2° livello e dove verranno erogate prestazioni specialistiche in elezione.

# 1.1 L'EMERGENZA COVID-19 E LE FRAGILITA' DEL SSN ITALIANO

Durante la prima ondata della pandemia di Covid-19 che ha colpito l'Italia, sono emersi gli aspetti critici del SSN che ci hanno impedito di affrontare l'emergenza con efficacia ed efficienza.

L'Osservatorio Nazionale sulla salute nelle Regioni italiane analizza da quasi 20 anni l'andamento del Servizio Sanitario Nazionale. Nel rapporto del 2019 evidenzia pregi e difetti del nostro SSN<sup>1</sup>. Tra i pregi troviamo la qualità della salute generale e la durata media della vita, nonostante permanga l'interrogativo sull'effettiva sostenibilità nel lungo periodo di questi risultati, sui cui in futuro peseranno sempre più l'invecchiamento della popolazione, i bassi indici di natalità e i continui tagli alla spesa pubblica sanitaria.

Le conseguenze di politiche sanitarie poco lungimiranti sono ben descritte nel rapporto dell'Osservatorio attraverso l'analisi di precisi indicatori<sup>2</sup>. Negli ultimi decenni gli interventi mirati alla ricerca di un sistema più efficiente, riguardavano principalmente tagli alla spesa che hanno inevitabilmente prodotto dei costi sociali ed economici che hanno influenzato anche la qualità di vita dei cittadini<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> <https://osservatoriosullasalute.it/wp-content/uploads/2020/06/Rapporto-Osservasalute-2019.pdf>

<sup>2</sup>

[https://www.buonepracticesicurezzaanita.it/images/pdf/MenuAttivita/indicatori/2019/All\\_1\\_Report\\_indicatori.pdf](https://www.buonepracticesicurezzaanita.it/images/pdf/MenuAttivita/indicatori/2019/All_1_Report_indicatori.pdf)

<sup>3</sup> Cfr. Iero A., *I tagli alla sanità? Si spiegano con la crescente povertà dell'Italia*, "IlSole24Ore", 2020

Principalmente si è constatato, a causa dell'emergenza, quanto sia importante dover rimodulare, sia in termini di attività che di risorse, il modello di assistenza sanitaria territoriale che avrebbe potuto gestire in modo più efficiente i bisogni dei cittadini, evitando l'accumulo di richieste verso gli ospedali che hanno causato la congestione del SSN durante la fase acuta di pandemia Covid-19. Tema che non può essere avulso dalla questione della sanità regionale, cosa che ha comportato reazioni differenti da parte delle regioni nei confronti dell'emergenza e spesso in contrasto anche con le linee guida del governo centrale<sup>4</sup>.

I tre elementi chiave, evidenziati dal Rapporto dell'Osservatorio, su cui è suggeribile che lo Stato agisca per garantire una miglior sostenibilità del Servizio Sanitario sono:

- <sup>1.</sup> L'invecchiamento della popolazione, relativo alla fascia di età tra i 65 e i 74 anni che rappresenta l'11% dei cittadini italiani e la fascia tra i 75 e gli 84 anni che sono poco più dell'8% della popolazione totale<sup>5</sup>. Per una più efficace ed efficiente programmazione dei servizi sanitari è necessario che si prendano in considerazione le differenti fasce d'età di cui sono composte le regioni, affinché il decentramento degli interventi di politica sanitaria sia più appropriato e che le offerte di servizi sanitari si mostrino più adeguati alle caratteristiche demografiche della regione.
- <sup>2.</sup> Il peso delle patologie croniche che, secondo l'OMS, sono la causa di oltre il 70% dei decessi a livello mondiale e che in Italia sono la prima causa di morte negli ultra settantacinquenni<sup>6</sup>. Prevalentemente si tratta di malattie

---

<sup>4</sup> A tal proposito si veda l'articolo di Carlesimo V., *La gestione della pandemia da parte del Governo e il rapporto Stato-Regioni*, "Diritto.it – Portale giuridico online"

<sup>5</sup> [www.dati-anziani.istat.it](http://www.dati-anziani.istat.it)

<sup>6</sup> [www.cuore.iss.it/indicatori/mortalita](http://www.cuore.iss.it/indicatori/mortalita)



cardiovascolari e metaboliche. A pesare su questi numeri c'è anche il tema della disuguaglianza sociale e della povertà che causano iniquità di accesso alle cure e condizionano così anche produttività e lo sviluppo<sup>7</sup>.

La pandemia ha reso evidente come le patologie croniche portino ad una prognosi peggiore chi affetto da Covid-19, sottolineando come sia importante proteggere le fasce di età più colpite dalle cronicità. Le malattie croniche respiratorie, nonostante il Covid-19 sia un virus che colpisca proprio l'apparato respiratorio, sono solo seconde alle malattie croniche metaboliche e cardiovascolari in termini di rischi legati ad una prognosi severa. Malattie come diabete, ipertensione, ictus e obesità rendono più vulnerabile chi viene colpito dal virus Covid-19 con un notevole aumento di probabilità per prognosi infausta<sup>8</sup>.

Nel Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2020, è previsto un registro di raccolta dati sullo stile di vita della popolazione analizzando i principali fattori di rischio della salute e le correlate attività di prevenzione, promozione della salute, gli interventi sanitari, di riabilitazione e di reinserimento sociale. Importante quindi definire dei percorsi assistenziali che siano in grado di prendere in carico il cittadino, prevenire e limitare i danni delle patologie croniche, garantirne l'assistenza continuativa e l'integrazione con i servizi sociosanitari.

---

<sup>7</sup> Cfr. Parrillo G., *Disuguaglianza e povertà: analisi e cure*, "Financial Community Hub", 2021

<sup>8</sup> <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-flussi-dati-confronto-passi-pda-cronicita>

Nell'attuale modello assistenziale è il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) lo strumento che utilizzato per garantire adeguatezza ed efficacia dell'assistenza, proiettando a livello locale quelle che sono le Linee Guida nazionali. Tuttavia, il PDTA è un modello limitato poiché orientato alla singola malattia e quindi inadatto nei casi di multicronicità.

La multicronicità, ovvero la comorbilità di più patologie croniche, è associato al declino funzionale dell'individuo, ad una riduzione di qualità della vita e quindi ad una maggior necessità d'impiego delle risorse sanitarie. Conseguentemente, lo strumento più adeguato a trattare questo fenomeno sarebbe il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) che prende in considerazione sia le caratteristiche cliniche che quelle sociali di ogni singolo individuo e che si basa su un intervento multidisciplinare coordinato dal Medico di Medicina Generale, evitando di brancolare fra visite e controlli dei diversi specialisti, ma indirizzando il tutto verso un approccio coordinato.

3. Il modello decentrato e regionale della sanità si è mostrato un rischio per il mantenimento dell'uguaglianza dei cittadini e in alcuni casi inadeguato nell'affrontare una situazione di emergenza globale come quella della pandemia<sup>9</sup>. Non tutte le regioni hanno avuto le stesse opportunità e gli stessi risultati e di conseguenza, non tutti i cittadini hanno ricevute le stesse cure e tutele. In molti territori il livello di assistenza si è dimostrato insufficiente e le modalità di monitoraggio sui contagi differenti e disomogenee. Si prendano in considerazione le differenti percentuali di ospedalizzazioni e

---

<sup>9</sup> Ricciardi W., *I costi della disuguaglianza*, "Avvenire", 2021

cure domiciliari tra le diverse regioni: il Veneto, ad esempio, aveva il più basso indice di ospedalizzazione e la più alta percentuale di individui positivi in isolamento domiciliare ad inizio pandemia, il 70% dei contagiati era in isolamento domiciliare, verso la fine invece si è arrivati al 90%. Regioni come Lombardia e Piemonte invece avevano percentuali di ospedalizzazione del 50-60% durante la prima ondata della pandemia che sono poi cresciute fino al 70-80% nella seconda ondata, quando invece nelle altre regioni si riducevano. Simili a quest'ultime, i dati di Toscana e Marche. Le altre regioni hanno prevalentemente avuto un numero di ospedalizzazioni maggiori rispetto le domiciliarizzazioni<sup>10</sup>.

Differenti anche le attività di screening attraverso i tamponi molecolari. Il Veneto è la regione con il più elevato rapporto di tamponi rispetto alla popolazione, con un picco di 400 tamponi su 100.000 abitanti. La Puglia invece la regione col minor numero di tamponi eseguiti, meno di 100 ogni 100.000 abitanti<sup>11</sup>.

Alla luce di ciò, la Commissione Igiene e Sanità del Senato ha presentato una proposta per istituire una Commissione di Inchiesta sul SSN che indagherà sull'efficacia, efficienza e adeguatezza dei servizi sanitari erogati, sulla qualità dei trattamenti clinici e dei risultati ottenuti, sulla spesa sanitaria delle regioni e sugli eventuali sprechi economici. La Commissione indagherà inoltre sugli errori e incidenti causati da un'inadeguata formazione del personale sanitario o dall'inappropriata igiene delle strutture. Ulteriori indagini riguarderanno

---

<sup>10</sup> <https://www.agenas.gov.it/covid19/web/index.php?r=site/graph1>

<sup>11</sup> <https://lab24.ilsole24ore.com/coronavirus>

l'organizzazione del personale, la composizione degli organici, gli orari lavorativi, le modalità di reclutamento, la strumentazione e le tecnologie nelle strutture ospedaliere, l'edilizia sanitaria, la spesa nella sanità privata, le liste di attesa e le reti di assistenza sanitaria territoriale<sup>12</sup>.

Partendo da queste fragilità, che ricordiamo, esistevano già nel nostro sistema sanitario e che grazie all'emergenza pandemica sono solo emerse agli occhi di tutti, si è pensato ad un Piano che potesse rinforzare il Servizio Sanitario Nazionale nel nostro Paese, grazie anche agli aiuti economici che l'Unione Europea ha deciso di stanziare per i paesi membri in modo che possano risollevarsi dai danni subiti dalla pandemia. Il Piano ideato dall'Italia prende il nome di Piano Nazionale di Resistenza e Resilienza (PNRR), la serie di finanziamenti programmati dall'Europa prendono invece il nome di NextGeneration EU.

### **1.1.2 NEXT GENERATION EU E ORIGINI DEL PNRR**

Il Covid-19 ha causato quella che per gli analisti del settore sarà la più grande crisi economica in Europa dai tempi della Seconda guerra mondiale e che secondo alcuni potrebbe addirittura toccare il declino economico raggiunto durante la Grande Depressione nel 1929. Ciò è dovuto alle misure di prevenzione necessarie alla diffusione del virus adottate dagli Stati membri costretti ad imporre restrizioni e limitazioni che hanno ridotto i redditi di imprese e famiglie, che nel caso dei secondi si è associato ad una diminuzione della domanda effettiva. La contrazione della domanda si cumula al decremento della produzione e inoltre, i pagamenti in

---

<sup>12</sup> <https://senato.it/leg/16/BGT/Schede/Commissioni/0-00084.htm>

scadenza che non vengono rispettati aumentano naturalmente il debito pubblico<sup>13</sup>. Le aziende entrano in uno stato di perdite che le costringe ad attingere ai fondi del patrimonio netto, in molti casi esaurendolo e facendole fallire. Solo alcune di queste vengono fatte sopravvivere grazie a sussidi pubblici o prestiti bancari<sup>14</sup>. Solo un piano di emergenza che distribuiva prestiti e sussidi poteva impedire il clima di recessione.

Questo piano emergenziale, per risollevare l'economia dell'Unione Europea duramente colpita dalla pandemia COVID-19, fu per la prima volta annunciata nell'aprile 2020 e poi definitivamente approvata dal Consiglio Europeo nel luglio 2020. Il piano prende il nome di Next Generation EU, in Italia meglio conosciuto come Recovery Fund.

Il Next Generation EU è lo strumento di rilancio per l'economia dell'UE dopo la catastrofe Covid-19. Il nome scelto ispira un piano proiettato verso la nuova generazione ma nel tempo si è creata una certa confusione tra i termini Next Generation EU, Recovery Plan, Recovery Fund o Piano Nazionale di Resistenza e Resilienza. Il Recovery Fund fu il progetto in origine di un fondo per la ripresa, divenuto poi Recovery and Resiliency Facility che è il programma principale nel Next Generation EU con lo stanziamento di 672,5 miliardi di euro divisi in 360 miliardi di prestiti (loans) e 312,5 miliardi a fondo perduto (grants), così chiamato per promuovere la ripresa e la resilienza dell'economia europea a fronte del danno subito dalla pandemia Covid-19. Da qui nasce la terminologia dei Recovery and Resiliency Plans (in Italia PNRR) ovvero i progetti che ogni paese membro deve

---

<sup>13</sup> D. Pesole, *Effetto pandemia sulla crescita del debito pubblico, quali ricette per farvi fronte*, "Il Sole 24 Ore", 2020

<sup>14</sup> Decreto-legge *Liquidità* 8 aprile 2020, n.23.

presentare alla Commissione europea per rendicontare dove e come spenderanno i fondi dell'UE<sup>15</sup>.

Oltre al Recovery and Resiliency Plans, che versa il 90% dei 750 miliardi complessivi di cui è composto il Next Generation EU, il restante 10% è ridistribuito dai fondi ReactEU, Orizzonte Europa, RescEU, InvestEU, Sviluppo rurale e Just Transition Fund<sup>16</sup>.

La totalità della somma verrà raccolta attraverso l'emissione di eurobond (debito comune) sui mercati globali e in seguito ridistribuita agli Stati membri proporzionalmente al calcolo dei danni subiti dalla crisi pandemica. All'Italia è stata riservata una fetta equivalente al 27,8% dell'intero importo.

I singoli paesi dovranno rispettare criteri di spesa indicati dalla Commissione europea che vuol dare priorità a interventi di digitalizzazione e transizione ecologica. Nei propri piani nazionali, ogni singolo Stato dovrà dedicare il 37% dei fondi alla questione ambientale e il 20% alla transizione digitale.

In Italia, il primo documento che indicava i settori e le strategie di indirizzo dei fondi per la ripresa post-pandemia, denominato Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), fu approvato dal governo Conte II nel gennaio 2021. Lo stesso anno il governo cadde e venne sostituito dal governo Draghi che riscrisse in parte il documento.

---

<sup>15</sup> [https://commission.europa.eu/business-economy-euro/economic-recovery/recovery-and-resilience-facility\\_en](https://commission.europa.eu/business-economy-euro/economic-recovery/recovery-and-resilience-facility_en)

<sup>16</sup> [https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/recovery-plan-europe\\_it](https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/recovery-plan-europe_it)



Il governo italiano presentò il piano alla Commissione europea il 30 aprile 2021 e integrò il PNRR con un Piano nazionale che prevedeva lo stanziamento di risorse aggiuntive pari a 30,6 miliardi di euro. Il totale degli investimenti dedicati al PNRR si ammonta quindi a 222,1 miliardi di euro di cui 68,9 miliardi in sovvenzioni e 122,6 miliardi in prestito. L'approvazione definitiva del PNRR avvenne con l'incontro tra il Presidente del Consiglio Mario Draghi e la Presidente della Commissione europea Ursula von der Leyen a Roma, il 22 giugno del 2021<sup>17</sup>.

La maggior parte dei fondi per il PNRR verrà erogata entro il 2025 ed essere utilizzati entro il 31 dicembre del 2026. L'erogazione dei fondi stanziati dal Next Generation EU è strettamente correlato dall'attuazione di alcune riforme, indicate dalla Commissione europea, agli Stati membri.

<sup>17</sup> [https://www.repubblica.it/economia/2021/06/22/news/pnrr\\_recovery\\_draghi\\_von\\_der\\_leyen-307193585/](https://www.repubblica.it/economia/2021/06/22/news/pnrr_recovery_draghi_von_der_leyen-307193585/)

I finanziamenti per il PNRR sono somministrati in rate semestrali, con importo di circa il 13% della somma totale per ciascuna rata. Una rata di prefinanziamento è arrivata nell'agosto del 2021 e l'ultima dovrebbe avvenire entro la fine del 2025. La condizione necessaria per la ricezione di queste rate è il raggiungimento, volta per volta, degli obiettivi indicati dalla Commissione europea e concordati con il governo italiano. La prima rata previa obiettivi raggiunti è stata erogata nell'aprile del 2022 e il 27 settembre dello stesso anno è stata approvata l'erogazione per la seconda rata<sup>18</sup>.

### **1.1.3. LA STRUTTURA DEL PNRR**

Il PNRR in Italia è strutturato in quattro macroaree:

1. Obiettivi generici
2. Riforme e mission
3. Fase di Attuazione e monitoraggio
4. Fase di valutazione

Il PNRR condivide tre priorità a livello europeo: digitalizzazione e innovazione, transizione ecologica e inclusione sociale.

Si sviluppa in 6 Mission articolate in 16 Componenti. Nella prima mission sono racchiusi digitalizzazione, competitività, innovazione e cultura; nella seconda mission abbiamo rivoluzione verde e transizione ecologica; in terza mission ci sono le infrastrutture per una mobilità più sostenibile; nella quarta mission abbiamo

---

<sup>18</sup> [https://www.agenziacoazione.gov.it/news\\_istituzionali/pnrr-approvata-la-seconda-rata-per-italia/](https://www.agenziacoazione.gov.it/news_istituzionali/pnrr-approvata-la-seconda-rata-per-italia/)



istruzione e ricerca; nella quinta mission l'inclusione e la coesione sociale e infine nella sesta mission, che sarà il nostro campo di esame per questo studio, il PNRR si occuperà di sanità.



### **Mission 1 - Digitalizzazione, innovazione, competitività e cultura**

Comprende 3 componenti: la digitalizzazione, l'innovazione e la sicurezza nella Pubblica Amministrazione; digitalizzazione, innovazione e capacità di comunicazione del sistema di produzione modernizzando le infrastrutture di comunicazione del paese; il turismo e la cultura, settori caratterizzanti per l'Italia e per la sua immagine nel mondo.

## **Mission 2 – Rivoluzione verde e transizione ecologica**

Formata da 4 componenti quali: interventi per l'agricoltura sostenibile e l'economia circolare, ricerca e investimento nelle fonti di energia rinnovabili, sviluppo della filiera dell'idrogeno verde e della mobilità sostenibile. In questa mission sono coinvolti anche investimenti volti al risparmio energetico, programmi di riforestazione, efficienza d'utilizzo dell'acqua oltre che il miglioramento della qualità di esse sia negli acquedotti che a livello marino e sono previsti inoltre piani di contrasto al dissesto idrogeologico.

## **Mission 3 – Infrastrutture e una mobilità più sostenibile**

La terza mission è articolata in 2 componenti che hanno come obiettivo l'estensione dei treni ad alta velocità per potenziare le reti ferroviari regionali, in particolare nel sud Italia e investe nel sistema portuale italiano per far sì che diventi più competitivo e sostenibile dal punto di vista ambientale in modo da rendere più efficaci e coinvolti i porti dell'Italia meridionale nei traffici delle grandi linee di comunicazione europea. Inoltre, si prevede la messa in sicurezza di strade, ponti e viadotti nelle aree del territorio più a rischio.

## **Mission 4 – Ricerca e istruzione**

Le 2 componenti di cui è costituita questa mission promuovono interventi atti a migliorare i percorsi di scuole primarie, secondarie e università in modo da migliorare competenze e capacità degli studenti. Ha come epicentro il capitale sociale dei giovani, la loro crescita, la futura produttività, l'inclusione sociale e la capacità di adattamento alle future sfide tecnologiche e ambientali che ci spettano.

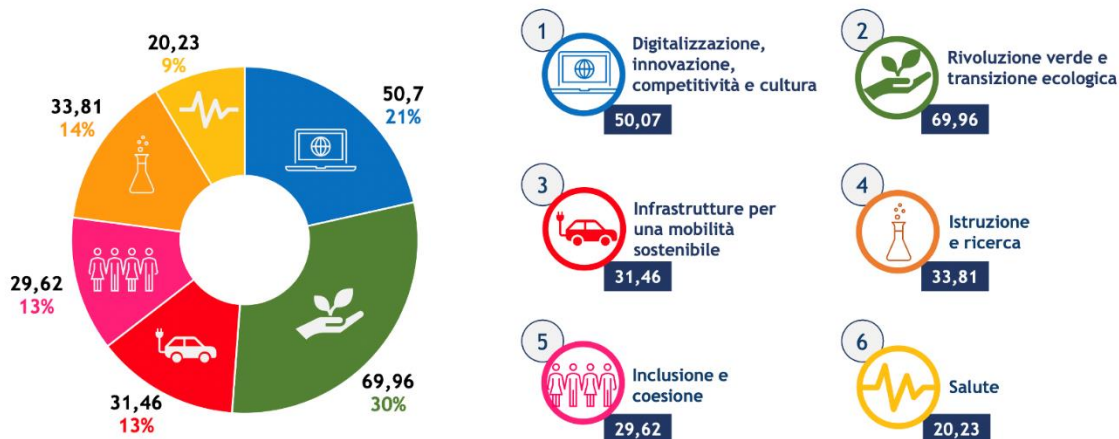
### **Mission 5 – Inclusione e coesione**

Divisa in 3 componenti, consta in una riprogettazione nella struttura delle politiche lavorative, una revisione degli strumenti utilizzati dai centri per l'impiego e un rafforzamento della rete integrativa con servizi sociali e operatori privati. Si promuove l'interventismo verso il sostegno a situazioni di fragilità e disagio sia economico che sociale, alle famiglie e in particolare alla genitorialità (col nuovo piano asili nido compreso nella mission 4), alle persone non autosufficienti e ai disabili. Si rafforzano gli impegni degli interventi sulle strutture sociali, supporto ai giovani e green deal al Sud e nelle aree interne come previsto dal piano Sud2030 per la coesione territoriale.

### **Mission 6 – Salute**

Articolata in 2 componenti, è l'argomento di studio per questa tesi e prevede due obiettivi: lo sviluppo e rafforzamento della rete territoriale dell'assistenza sanitaria e il rinnovamento degli apparati tecnologici nel sistema sanitario nazionale con particolare focus al miglioramento del fascicolo elettronico sanitario ed evoluzione della telemedicina.

## Distribuzione del PNRR<sup>19</sup>:



Valori espressi in miliardi di euro

La struttura delle missioni e le sue rispettive componenti prevedono una condotta di investimenti che seguiranno una strategia di riforme sviluppata su 3 livelli:

1. Le riforme orizzontali o “di contesto” che implicano innovazioni all’organizzazione dell’ordinamento, d’interesse trasversale a tutte e sei le Missioni del PNRR, atte a migliorare l’efficienza, la competitività, l’equità e il clima economico del paese. La strategia ha pensato ad una riforma per la pubblica amministrazione, migliorandone l’accesso, semplificazione di norme e procedure, competenze e digitalizzazione e ad una riforma del sistema giudiziario, mirando ad una riduzione dei tempi di giudizio.
2. Le riforme abilitanti ovvero gli interventi volti a garantire l’attuazione del piano mirando a rimuovere gli ostacoli amministrativi con un programma

<sup>19</sup> <https://provincia.fr.it/notizie/1293621/missioni-5-6-pnrr-inclusione-sociale-salute>

di semplificazione burocratica e normativa e l'entrata in vigore di un disegno di legge a cadenza annuale per il mercato e la concorrenza incentrato sulla messa in atto delle norme antitrust, servizi pubblici, energia, trasporti, rifiuti, avvio di attività imprenditoriali, controlli e vigilanza del mercato.

3. Le riforme settoriali, contenute in ogni singola Mission, sono le misure che introducono innovazioni normative, in specifici ambiti di intervento, per portare a procedure più efficienti e semplificate nei rispettivi settori di cui le mission si occuperanno.

#### 1.1.4. MISSIONE 6: SALUTE

**Italia domani** **PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA**  
#NEXTGENERATIONITALIA

**SALUTE**

- 1.288 nuove Case di comunità e 381 ospedali di comunità per l'assistenza di prossimità
- Fornire assistenza domiciliare al 10% degli over 65
- 602 nuove Centrali Operative Territoriali per l'assistenza remota
- Oltre 3.133 nuove grandi attrezzature per diagnosi e cura

MISSIONE 1 MISSIONE 2 MISSIONE 3 MISSIONE 4 MISSIONE 5 MISSIONE 6

MEF Ministero dell'Economia e delle Finanze

La Missione numero 6 del PNRR riguarda la Salute e, come già detto, sarà oggetto della mia tesi di laurea.

Negli ultimi due anni, la sanità è stato un settore messo a dura prova dalla sfida Covid-19. L'impatto della pandemia sul sistema sanitario nazionale ha rivelato quanto sia fondamentale una distribuzione equa e uniforme del diritto alla salute sulla totalità del territorio nazionale italiano.

Gli investimenti e le riforme dedicati dal Piano all'area salute hanno principalmente due Componenti<sup>20</sup>:

Riforma del modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale incentrata su: rafforzamento delle cure domiciliari con lo scopo di raggiungere il 10% della popolazione over65, in particolare chi è affetto da patologia cronica; la realizzazione di nuove strutture, denominate Case della Comunità e Ospedali di Comunità, articolate nel territorio per migliorare e semplificare l'accessibilità in modo da portare le risposte ai bisogni di salute più vicine ai cittadini, ampliando anche la disponibilità dei servizi sanitari; integrazione in ottica One Health della prevenzione territoriale sanitaria connessa a situazione ambientale e climatica.

Digitalizzazione, innovazione e ricerca con l'intento di rendere le strutture sanitarie più digitalizzate e moderne favorendo equità di accesso e qualità dei servizi sanitari per tutti i cittadini. Sono previsti 3.133 nuove grandi attrezzature per diagnosi e cura (TAC, sistemi polifunzionali per radiologia digitale diretta per esami di pronto soccorso, acceleratori ecotomografi cardiologici e ginecologici, angiografi ecc.) e il rinnovamento delle infrastrutture ospedaliere con adeguamenti antisismici.

Inoltre, Ministro per l'innovazione e la transizione digitale e Ministero della Salute coopereranno per potenziare il Fascicolo Sanitario Elettronico, in modo da

---

<sup>20</sup> <https://www.governo.it/it/approfondimento/le-missioni-e-le-componenti-del-pnrr/16700>

estenderne l'utilizzo a tutto il territorio e nel promuovere investimenti sulla telemedicina per l'assistenza a distanza.

Parte delle risorse sarà poi destinato al trasferimento tecnologico e a rafforzare il capitale umano attraverso specifici programmi di formazione per personale sanitario e amministrativo.

Al totale di 25,40 miliardi di euro provenienti dal fondo PNRR verranno integrati 6,06 miliardi dal fondo complementare per un totale di 31,46 miliardi in investimenti per la Missione 6: Salute.

Di questa somma, verranno stanziati 27,97 miliardi per la componente di potenziamento delle Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria nazionale.

All'innovazione, la ricerca e alla digitalizzazione andranno i restanti 3,49 miliardi di euro.

<b>M6. Salute</b>	<b>PNRR (a)</b>	<b>React Eu (b)</b>	<b>Fondo complementare (c)</b>	<b>Totale (d)= (a)+ (b)+(c)</b>
M6C1 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale	24,77	0,00	3,20	27,97
M6C2 - Innovazione, ricerca edigitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale	0,63	0,00	2,86	3,49
<b>Totale Missione 6</b>	<b>25,40</b>	<b>0,00</b>	<b>6,06</b>	<b>31,46</b>

21

### 1.1.5 CASE E OSPEDALI DI COMUNITA'

Per avvicinare le risposte della sanità ai bisogni dei cittadini, migliorandone l'integrazione a livello territoriale, il PNRR prevede interventi con riforme e finanziamenti atti alla realizzazione di percorsi di assistenza territoriale a partire dal concetto di "casa come primo luogo della cura", per arrivare in seguito alle "Case di comunità" e agli "Ospedali della comunità" e infine alla rete ospedaliera per migliorare il coordinamento tra la serie di risposte e interventi sanitari e socioassistenziali.

<sup>21</sup> <https://www.governo.it/it/approfondimento/pnrr-salute/16707>



IL PNRR prevede 2 miliardi di euro per la costruzione di 1.288 Case di Comunità, distribuendole in tutto il territorio italiano e rendendole il luogo in cui viene coordinata la totalità dell'offerta di servizi sanitari, in particolare verso i malati cronici. Nelle Case di Comunità è prevista la presenza e la cooperazione di team multidisciplinari composti da medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialisti, infermieri di comunità, altre professioni sanitarie come fisioterapisti e logopedisti e professionisti socioassistenziali come gli assistenti sociali che potenzieranno l'integrazione tra servizi sociali e sanitario-assistenziali.

Altro punto essenziale del potenziamento all'assistenza territoriale è l'investimento di 1 miliardo di euro per la realizzazione di 380 Ospedali della Comunità, strutture ideate per pazienti cui sono necessarie cure di medio/bassa intensità e per una degenza di durata breve. Saranno disposte di un minimo di 20 posti letto ad un massimo di 40 con una gestione principalmente infermieristica. Inoltre gli ospedali di comunità serviranno da facilitatori per il trasferimento di pazienti da strutture ospedaliere per ricoveri acuti al domicilio.

A supporto di questo nuovo modello organizzativo, verranno introdotte più di 602 Centrali Operative Territoriali (COT), che avranno un ruolo chiave nel coordinamento di presa in carico del cittadino e per il raccordo tra servizi e attori coinvolti in tutti i diversi setting assistenziali: dalle attività territoriali, sia sanitarie che sociosanitarie, alle attività ospedaliere e in continuo dialogo con la rete emergenza-urgenza.

<b>TRE LIVELLI TERRITORIALI</b>		<b>tot</b>	<b>strutture</b>
	<b>ASSISTENZA DOMICILIARE E TELEMEDICINA</b> malattie croniche, autosufficienze, domotica, digitalizzazione, Centrali operative territoriali telemedicina (COT)	<b>4 mld</b>	<b>602 COT</b>
	<b>CASE DI COMUNITA'</b> Punto unico accesso prestazioni sanitarie, medici MMG, medici specialisti, servizi socio-sanitari	<b>2 mld</b>	<b>1288</b>
	<b>OSPEDALI DI COMUNITA'</b> Strutture intermedie, brevi degenze, transizione casa-ospedale, prestazioni infermieristiche	<b>1 mld</b>	<b>380</b>

Case e Ospedali di Comunità saranno supportate dalla riforma dell'assistenza territoriale, fondamentale per l'efficace ed efficiente funzionamento di queste nuove strutture. Il nuovo modello di assistenza sanitaria territoriale definisce un nuovo assetto organizzativo per i percorsi dell'assistenza primaria, stabilisce standard tecnologici, organizzativi e strutturali uniformemente in tutto il territorio e promuove una visione per la prevenzione in campo sanitario strettamente correlata all'ambiente con lo scopo di colmare le disuguaglianze tra i cittadini<sup>22</sup>.

La riforma, denominata come DM71, ha ricevuto il via libera il 20 maggio 2022. Il Consiglio di Stato ha concretizzato il disegno come un *“un innovativo modello organizzativo dell'assistenza sanitaria territoriale, condivisibilmente imperniato su un archetipo antropocentrico, che prevede la rimodulazione dei servizi e delle prestazioni offerte affinché siano il più possibile prossimi all'utente raggiungendolo fino al suo domicilio”* funzionale a *“fornire risposte operativamente efficaci alla necessità, sempre più avvertita, di costruire una rete assistenziale territoriale che sia alternativa all'ospedale e che sia accessibile a tutti, contrastando le disparità “di salute” determinate dai livelli di reddito ovvero*

<sup>22</sup><https://www.pnrr.salute.gov.it/portale/pnrrsalute/dettaglioContenutiPNRRSalute.jsp?lingua=italiano&id=5828&area=PNRR-Salute&menu=comecambiassn>

*dall'area geografica di appartenenza e promuovendo un sistema sanitario sostenibile in grado di erogare cure di qualità”<sup>23</sup>.*

Le Regioni e Province autonome hanno consegnato i propri Piani Regionali il 28 febbraio 2022, dove vengono indicati programmi e luoghi di costruzione delle Case e Ospedali di Comunità. Il 31 maggio 2022 ciascuna regione ha poi sottoscritto il Contratto Istituzionale di Sviluppo con il Ministero della Salute. Il Contratto rappresenta lo strumento di programmazione secondo la normativa nazionale per la Missione 6 Salute del PNRR (art. 56 del DL 31 maggio 2021 n.77).

---

<sup>23</sup> [https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo\\_id=104909](https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=104909)

## 1.2 CASE DI COMUNITA'



### REALIZZAZIONE DI 1.350 CASE DELLA COMUNITÀ HUB



1 CdC Hub ogni 40.000 - 50.000 abitanti

#### Modello organizzativo

- **Organizzazione capillare su tutto il territorio.**  
Struttura fisica in cui opera un'équipe multiprofessionale di:
  - MMG e PLS
  - Medici specialisti
  - Infermieri di Famiglia o Comunità
  - Assistenti sociali e altri professionisti della salute
- **Punto di riferimento continuativo per la popolazione che permette di garantire la presa in carico della comunità di riferimento anche attraverso:**
  - Un'infrastruttura informatica
  - Un punto prelievi
  - La strumentazione polispecialistica e diagnostica di base

Le Case della Comunità saranno le nuove strutture sanitarie che avvicinano il Servizio Sanitario Nazionale al territorio. Le Case della Comunità sono descritte per la prima volta nel DM 77 del 23 maggio 2022, pubblicato su Gazzetta Ufficiale.

Il progetto del PNRR sulla costruzione delle Case di Comunità ha come obiettivo il potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale nel SSN sviluppando un nuovo modello organizzativo e riprogrammare servizi e funzioni già esistenti. Tra le nuove realtà che andranno a radicarsi nel tessuto territoriale troviamo un numero di 1.350

Case di Comunità, strutture di nuova gestione, o implementate in sistemi già esistenti, che da Piano verranno attivate entro il giugno del 2026<sup>24</sup>.

Il progetto divide le Case della Comunità in due modelli organizzativi distinti. Le Case della Comunità Hub, previste nella misura di 1 ogni 40.000-50.000 abitanti, saranno centrali di riferimento nell'organizzazione e articoleranno i loro servizi nel territorio per mezzo delle Case di Comunità Spoke, previste 1 ogni 30.000-35,000 abitanti nelle aree metropolitane, 1 ogni 20.000-25.000 nelle aree urbane e sub-urbane e 1 ogni 10.000-15.000 abitanti nelle aree interne e rurali; gli ambulatori dei Medici di Medicina Generale (MMG) e dei Pediatri di Libera Scelta (PLS).

Nel Decreto Ministeriale del 23 maggio numero 77: modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale, viene riportata la definizione di Casa della Comunità come *“luogo fisico, di prossimità e di facile individuazione al quale l'assistito può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria. La Casa di Comunità è una struttura facilmente riconoscibile e raggiungibile dalla popolazione di riferimento, per l'accesso, l'accoglienza e l'orientamento dell'assistito.”*

Le Case di Comunità diventeranno il nodo centrale di quella che è la rete dei servizi sanitari territoriali sotto le direttive dei Distretti. Le CdC svolgeranno ruolo di attori centrali nel ruolo di gestione della domanda con i loro servizi di medicina di prossimità, presa in carico del paziente e punto di accesso, filtro e reindirizzo del cittadino. Saranno protagoniste anche nella gestione dell'offerta e di risposta ai bisogni del cittadino con le loro équipe multiprofessionali, i processi di integrazione tra sanitario e sociale e una politica di governance a coordinamento orizzontale in

---

<sup>24</sup><https://www.salute.gov.it/portale/pnrssalute/dettaglioTargetMilestonePNRRSalute.jsp?lingua=italiano&id=316&area=PNRR-Salute&menu=missionesalute>

modo da rendere partecipi le comunità e i cittadini agli obiettivi di salute cui loro stessi sono soggetti. In questo modo cittadino e comunità non saranno solo oggetto dell'intervento ma anche soggetti di ricognizione.

La Casa della Comunità, come attore centrale delle attività nella rete dei servizi sanitari territoriali, dovrà adottare strumenti di coordinamento in quattro dimensioni strutturali<sup>25</sup>:

- Dimensione Intra-Case di Comunità: costituisce l'articolazione dei professionisti che svolgono le proprie attività in forma associativa e integrativa e che hanno luogo fisicamente all'interno dell'edificio Casa di Comunità.
- Dimensione Inter-Case di Comunità: il collegamento tra Case di Comunità "hub" e "spoke" in modo da rispondere al meglio ai diversi contesti demografici e geografici, da supportarsi nei servizi ambulatoriali nelle loro differenti concentrazioni di attività da parte dei medici di medicina generale, raggiungere insieme una copertura esaustiva per bisogni che richiedono maggiore intensità o tecnologie diagnostiche più elevate.
- Dimensione territoriale: la Casa della Comunità è in collegamento con tutti gli altri ambienti sanitari e assistenziali, compresa l'assistenza domiciliare integrata (ADI), gli Ospedali di Comunità (di cui parleremo nel prossimo capitolo), le RSA, i centri diurni, gli hospice e l'intera rete delle cure palliative e ogni altro organo connesso all'apparato delle cure intermedie.
- Dimensione di rete territoriale integrata: le Case di Comunità saranno anche collegate all'attività ospedaliera, principalmente per le attività di day service e ambulatoriale specialistica.

---

<sup>25</sup> F. Pesaresi, *Case di Comunità*, "Luoghi della cura" n. 3/2022

## 1.2.1 PERSONALE E SERVIZI

Le Case della Comunità saranno sede di interventi a livello multidisciplinare poiché al suo interno vi opereranno team multiprofessionali composti da medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialisti, infermieri e psicologi.

### Casa della Comunità

#### Casa della Comunità Hub

##### Modello organizzativo e personale

- **30-35 MMG afferenti**
  - 2 ore/settimana per MMG
  - Apertura ambulatorio h 12 – 6 giorni su 7
- **Continuità assistenziale**
  - Apertura ambulatorio: notturno e festivi h 24 - 7 giorni su 7
- **10-15 ambulatori**
  - 10-20 MMG afferenti svolgono attività ambulatoriale per i propri assistiti
- **8-12 infermieri di Famiglia e Comunità:**
  - 1 coordinatore
  - 2-3 IFeC per le attività ambulatoriali della CdC
  - 1-2 IFeC per le attività di triage e valutazione dei bisogni di salute
  - 4-6 IFeC per l'assistenza domiciliare di base, per le attività di prevenzione e teleassistenza
- **5-8 unità di personale di supporto (amministrativo, tecnico e sanitario)**
  - Apertura PUA: 8.00-18.00 – 6 giorni su 7
  - Altri servizi all'utenza anche sanitari

Per quanto riguarda l'organizzazione del personale nelle **Case della Comunità "Hub"** sono previste tendenzialmente 3 principali professionalità: Medici di Medicina Generale (MMG), Infermieri di Famiglia e Comunità (IFeC) e personale tecnico-amministrativo. Per ogni Casa della Comunità Hub vi saranno 30-35 medici di medicina generale afferenti al servizio ed ognuno di loro sarà presente all'interno della CdC per 2 ore a settimana con un'apertura di ricevimento ambulatoriale di 12 ore al giorno, 6 giorni su 7. In ogni Hub sono previsti un totale di 10-15 ambulatori dove i medici di medicina generale potranno svolgere anche attività ambulatoriale

per i propri pazienti. Gli infermieri di famiglia e comunità previsti saranno in misura dalle 8 alle 12 unità (quindi all'incirca 1 su 2.000-2.500 abitanti) di cui 1 al coordinamento, 2-3 dedicati alle attività ambulatoriali, 1-2 incaricati di gestire l'attività di triage e la fase valutativa dei bisogni di salute all'accesso, 4-5 infermieri dedicati all'assistenza domiciliare di base, attività di promozione della salute, prevenzione e teleassistenza. Infine, sono previsti 5-8 unità di personale amministrativo e di supporto tecnico-sanitario, l'apertura dei PUA (Punto Unico di Accesso) è prevista 10 ore al giorno, 6 giorni su 7<sup>26</sup>.

Inoltre, dovrebbero essere presenti Pediatri di Libera Scelta (PLS) aggregati nelle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e le Unità Complesse delle Cure Primarie (UCCP).

I servizi delle Case della Comunità Hub saranno quindi prevalentemente le cure primarie, l'assistenza domiciliare, servizi specializzati di ambulatorio soprattutto per le patologie croniche (presenza di specialisti in cardiologia, pneumologia, diabetologia ecc.), punto prelievi e analisi, servizi infermieristici (ADI, ambulatorio di medicazioni ecc.), servizio di integrazione con assistente sociale e servizi sociali, sistema di prenotazione CUP, continuità assistenziale e servizi diagnostici basici (ecografie, ECG, spirometrie ecc.).

Facoltativamente potranno godere anche della presenza di servizi CSM (Centro di Salute Mentale), SerD (Servizio territoriale per le Dipendenze), attività di consultorio, servizi di screening e mapping, percorsi vaccinali e Medicina dello Sport.

---

<sup>26</sup><https://www.pnrr.salute.gov.it/portale/pnrrsalute/dettaglioContenutiPNRRSalute.jsp?lingua=italiano&id=5805&area=PNRR-Salute&menu=investimenti>



Le **Case della Comunità “Spoke”** disporrà anch’essa di un’équipe multiprofessionale composta da medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, infermieri, specialisti ambulatoriali interni (SAI), professionisti di continuità assistenziale e figure sociosanitarie. La CdC spoke godrà di presenza medica e infermieristica 12 ore al giorno, 6 giorni su 7; di un Punto Unico di Accesso sanitario e un sistema di prenotazione che comunica con il CUP aziendale; punto prelievi e analisi; servizi di ambulatorio specializzati sulle patologie croniche; servizi di promozione della salute e prevenzione a gestione infermieristica da parte degli IFeC (Infermiere di Famiglia e Comunità) e ambulatori per l’assistenza infermieristica alle patologie croniche; programmi di screening e ovviamente collegamenti e comunicazioni continue con la Casa di Comunità Hub a cui fa riferimento.

<b>Servizi</b>	<b>CdC hub</b>	<b>CdC spoke</b>
Servizi di cure primarie erogati attraverso’équipe multiprofessionali (MMG, PLS, SAI, IFoC, ecc.)	OBBLIGATORIO	OBBLIGATORIO
Punto Unico di Accesso	OBBLIGATORIO	OBBLIGATORIO
Servizio di assistenza domiciliare	OBBLIGATORIO	OBBLIGATORIO
Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza	OBBLIGATORIO	OBBLIGATORIO
Servizi infermieristici	OBBLIGATORIO	OBBLIGATORIO
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	OBBLIGATORIO	OBBLIGATORIO
Integrazione con i Servizi Sociali	OBBLIGATORIO	OBBLIGATORIO
Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione	OBBLIGATORIO	OBBLIGATORIO
Collegamento con la Casa della Comunità hub di riferimento	-	OBBLIGATORIO
Presenza medica	OBBLIGATORIO H24, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
Presenza infermieristica	OBBLIGATORIO H12, 7/7 gg FORTEMENTE RACCOMANDATO H24, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
Servizi diagnostici di base	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Continuità Assistenziale	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Punto prelievi	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Attività Consultoriali e attività rivolta ai minori	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO
Interventi di Salute Pubblica (incluse le vaccinazioni per la fascia 0-18)	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO
Programmi di screening	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell’adolescenza	RACCOMANDATO	RACCOMANDATO

Come abbiamo già detto, il PNRR prevede la realizzazione di oltre 1.300 Case di Comunità che andranno ciascuna a coprire in media una popolazione di 40.000

abitanti. Considerato il rapporto, indicato dal Piano, di 1 unità infermieristica per ogni 2.000 abitanti, questo nuovo tessuto territoriale necessiterà del fabbisogno di circa 10.000-12.000 infermieri, 1.300 assistenti sociali e oltre 8.000 unità di personale tecnico-amministrativo.

Nel documento PNRR, non vi è riferimento specifico ai requisiti minimi, in termini di ore di attività, da parte degli specialisti nelle attività ambulatoriali specialistiche.

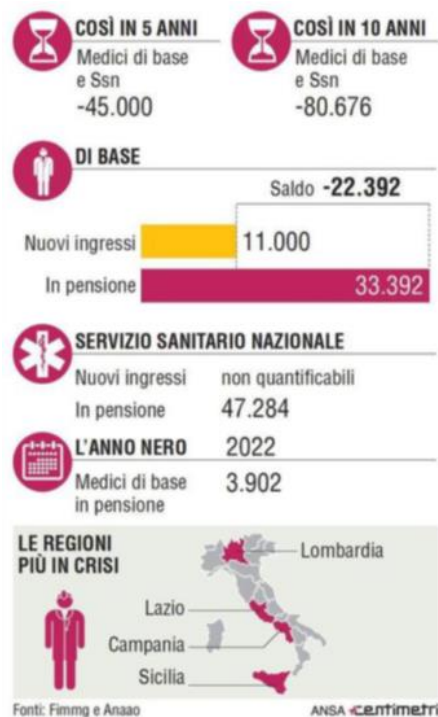
## **1.2.2 I REQUISITI DA SODDISFARE**

Nel Piano mancano le definizioni e le modalità di reclutamento di questo organico medico specialistico. L'Ordine dei Medici sostiene che in Italia mancano migliaia di medici specializzati; in particolare tra questi vi sono cardiologi, gli internisti, i pediatri e i medici di base che sono quei professionisti specialisti di cui è prevista la presenza, nelle Case di Comunità, secondo il nuovo modello organizzativo.

Solo nell'anno 2022, sono andati in pensione 3.902 medici di base e, considerato il rapporto fra gli iscritti alle facoltà di specializzazione e i futuri pensionati, entro il 2028 avremo 22.392 medici base in meno rispetto ad oggi<sup>27</sup>.

---

<sup>27</sup> [https://www.ansa.it/canale\\_saluteebenessere/notizie/sanita/](https://www.ansa.it/canale_saluteebenessere/notizie/sanita/)



In totale è previsto un “buco” di 45.000 medici in 5 anni tra quelli riguardanti la medicina generale e le specializzazioni del Servizio Sanitario Nazionale.

Tra 10 anni avremo un problema maggiorato poiché andranno verso il pensionamento ben 33.392 medici di medicina generale 47.284 medici appartenenti alle altre specializzazioni. Un totale di 80.676 medici che non svolgeranno più la propria attività, da aggiungersi alla crescente carenza di medici già denunciata da ANAAO (sindacato dei medici) e dalla FIMMG (Federazione dei medici di medicina generale)<sup>28</sup>.

Il turn-over, soprattutto dei medici di medicina generale, sarà parziale poiché, sempre secondo FIMMG, i posti per il corso di formazione alla medicina generale saranno di 1000 all’anno e quindi, entro il 2028 riusciremo ad avere solo 11.000

<sup>28</sup> Redazione ANSA Roma, *Allarme carenza medici, 45.000 in pensione in 5 anni* – “Salute&Benessere”, 2018

nuovi medici di medicina generale che andranno a sostituire chi andrà in pensione. All'appello mancherebbero oltre 22.000 medici di medicina generale<sup>29</sup>.

Per quanto riguarda i medici del Servizio Sanitario Nazionale, secondo quanto sostiene l'ANAAO, è molto difficile fare un bilancio dei nuovi assunti che andranno a rimpiazzare i pensionamenti poiché il tutto dipende dai bandi di concorso che le regioni attueranno, senza considerare il fenomeno della “fuga di cervelli”, ovvero medici che decideranno di spostarsi all'estero dopo aver conseguito il titolo specialistico<sup>30</sup>.

In un'intervista del 2021, rilasciata all'ANSA, il segretario nazionale della FIMMG, Silvestro Scotti, affermava che *“nei prossimi 8 anni arriveremo ad avere 14 milioni di italiani senza medico di medicina generale”* criticando in seguito anche le forze politiche che, né in tempi di propaganda elettorale né con le successive manovre, si sono occupati di questo tema riguardante l'assistenza territoriale.

Il segretario del sindacato ANAAO dei medici, Costantino Troise, in un'intervista del 2022 commentò la carenza di tutte le specializzazioni mediche, sostenendo che tra 5-10 anni l'Italia rivolgerà le proprie assunzioni al mercato dei Paesi Balcanici, dove ci sono molti medici disposti a spostarsi per redditi maggiori e dove la formazione medica non è agli stessi livelli di quella italiana. Si andrà inevitabilmente verso una qualità minore della sanità.

Per quanto riguarda il fronte degli infermieri, secondo la Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI), in Italia mancano più di 60.000 infermieri nelle strutture già presenti, come occupare quindi le nuove strutture? L'unica soluzione è che le regioni dovranno indire nuovi concorsi

---

<sup>29</sup> [https://www.anaao.it/public/aaa\\_7755816\\_ansa\\_salute.pdf](https://www.anaao.it/public/aaa_7755816_ansa_salute.pdf)

<sup>30</sup> <https://www.ilsole24ore.com/art/italia-senza-medici-ma-ogni-anno-1500-fuggono-all'estero-ACEXBKi>

pubblici perché Case e Ospedali di Comunità possano avere a disposizione il personale infermieristico richiesto dal PNRR. La carenza di organico infermieristico è fortemente più sentita nelle regioni più deboli a livello concorsuale, ovvero le regioni del sud.

Oltre al dilemma dell'organico, vi è anche il problema dei carichi di lavoro previsti dal Piano. Secondo il PNRR, infatti, ogni singola Casa di Comunità dovrà arrivare a prendere in carico il 10% degli over sessantacinquenni appartenenti al proprio distretto. Si tratterebbe di un numero di cittadini che, nelle aree più "vecchie", demograficamente parlando, in Italia arriverebbe al 25% dell'intera popolazione distrettuale. Convertendo le percentuali in numeri, nel territorio ricoperto da una Casa di Comunità, parliamo di circa 9.000-11.000 persone che per i 4-6 IFeC (Infermieri di Famiglia e Comunità) previsti dal modello, diventano all'incirca 2.000 pazienti a testa, che ogni infermiere dovrebbe gestire sia a domicilio che con le attività di teleconsulto e teleassistenza<sup>31</sup>.

Certo, si potrà contare del supporto da parte degli infermieri impiegati presso le Centrali Operative Territoriali (COT) che saranno comunque 3-4 per un bacino di 100.000 abitanti circa.

Dunque per gli infermieri si tratterebbe di un carico di lavoro eccessivo e per quanto riguarda la carenza di medici specialistici, nel PNRR non è in alcun modo indicato tutto ciò fa pensare che il Piano sia per ora un modello prettamente teorico, difficile da realizzare in termini pratici ma, considerate le strette tempistiche, i lavori di costruzione (o adeguamento, nel caso di edifici già esistenti) delle Case di Comunità sono già stati avviati nonostante alcune incertezze sulla fattibilità concreta del nuovo modello.

---

<sup>31</sup> [https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo\\_id=68876](https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=68876)

## 1.3 OSPEDALI DI COMUNITA'

Una prima definizione di Ospedali di Comunità (OdC) si ha già nel 2006 nel Piano Sanitario Nazionale 2006-08 nel documento denominato “L’Ospedale di Comunità” che veniva descritto come una struttura che si occupava di attuare cure domiciliari, stabilizzazione delle condizioni fisiche in atto di ricovero, recupero funzionale non in ambiente ospedaliero. Quindi uno strumento complementare alle cure intermedie, tra cure primarie e cure ospedaliere.

In seguito venne menzionato nel 2011 dall’Agenzia Nazionale per i servizi sanitari Regionali (Age.Na.s) che li identificava come strutture erogatrici di cure intermedie.

Bisogna attendere il 2014 perché gli OdC ricevano una menzione normativa più concreta. Verranno infatti richiamati dal Patto per la Salute 2014-16 dell’accordo Stato-Regioni che ne prevedeva la loro attivazione al fine di prevenire e limitare i ricoveri impropri ed instaurare nuovi percorsi di deospedalizzazione. Questi presidi godevano di assistenza medica da parte di Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di Libera Scelta (PLS) e di altri medici specialisti convenzionati con il SSN che procedono a ricoveri di breve durata e bassa intensità come chi necessita di intervento sanitario domiciliare ma non in grado di riceverlo a causa di inidoneità del proprio domicilio (strutturale o familiare), chi necessita di assistenza e/o sorveglianza medico/infermieristica continua, soprattutto notturna, non possibile a domicilio.

Con il D.M. Salute 70/2015, Decreto che tratta l'organizzazione ospedaliera, si menziona specificatamente che l'Ospedale di Comunità è una struttura appartenente alla rete territoriale.

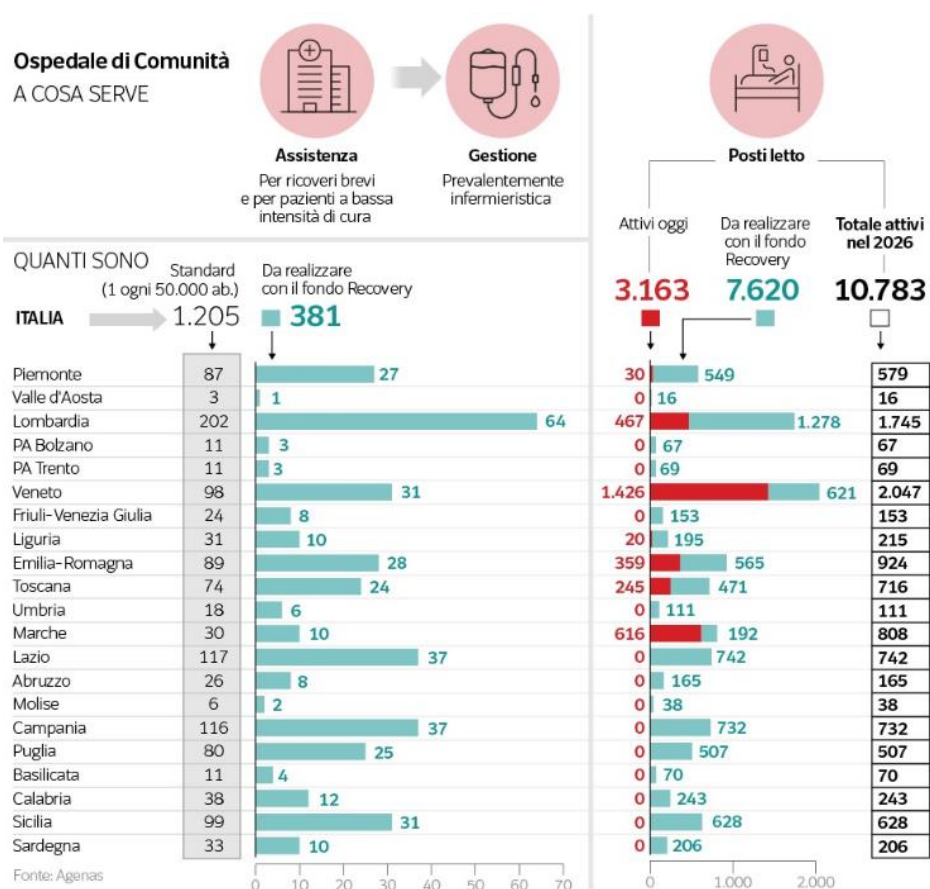
Nel 2016, con il Piano Nazionale della Cronicità, si inserisce l'Ospedale di Comunità nell'ambito dell'assistenza alle patologie croniche. In questo Piano l'OdC viene definita una struttura sociosanitaria territoriale gestita in parte anche da Medici di Medicina Generale che erogano l'assistenza sanitaria e l'erogazione di procedure cliniche-assistenziali a medio-bassa intensità, in particolare nei casi di riacutizzazione o scompensi improvvisi della patologia. L'Ospedale di Comunità quindi si colloca nella via di mezzo tra scena ospedaliera e il territorio, utilizzando la rete dell'assistenza domiciliare e le strutture di residenza, componendo l'organizzazione del distretto.

Importante svolta si ottiene nel 2020 quando nella Conferenza Stato-Regioni vengono stabiliti requisiti minimi tecnologici, strutturali ed organizzativi per l'Ospedale di Comunità. È il primo vero e proprio atto normativo che definisce le caratteristiche fondamentali dell'OdC. Rimane troppo vago e generico il modo in cui vengono delineati gli standard assistenziali relativi al personale, un "buco nell'acqua" che permette la combinazione di modelli organizzativi parecchio diversi fra loro.

Nell'aprile del 2021, quando il Governo approva definitivamente il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), ci si pone come obiettivo quello di potenziare i servizi offerti dall'assistenza sanitaria territoriale con l'edificazione degli Ospedali di Comunità (oltre che delle Case di Comunità e altri apparati), definiti chiaramente come le strutture sanitarie collegate alla rete di assistenza territoriale, posizionate in un intermezzo tra domicilio e ricovero ospedaliero.

Nel 2022 viene in definitiva individuato l’OdC come parte del nuovo modello di servizi territoriali con l’approvazione del DM “Modelli e standard per lo sviluppo dell’Assistenza Territoriale nel SSN”.

### 1.3.1 STRUTTURA E DIMENSIONI



L’Ospedale di Comunità prevede la possibilità di ricovero che non vada oltre i 30 giorni, al fine di evitare ricoveri ospedalieri impropri e di agevolare le dimissioni protette in luoghi più adeguati alla soddisfazione dei bisogni socio-sanitari e di



recupero di autonomia e della funzionalità della persona che non siano troppo distanti dal domicilio<sup>32</sup>.

Strutturalmente l'Ospedale di Comunità è diverso dalle Case di Comunità. Gli OdC potranno avere una propria sede oppure essere inserite in strutture sanitarie polifunzionali di nuova realizzazione o già esistenti, potranno essere insediati in presidi ospedalieri convertiti in OdC o in strutture ospedaliere mantenendo sempre e comunque il ruolo di afferenza all'assistenza territoriale.

Gli Ospedali di Comunità saranno dotati di 20 posti letto per ogni 50.000-100.000 abitanti con possibilità di estendersi fino ad un massimo di due moduli, con 20 posti letto ciascuno, in base alle esigenze di gestione. Ogni stanza sarà composta da 1 a 4 letti.

Il PNRR offre un miliardo di euro per la realizzazione di 400 Ospedali di Comunità, garantendo almeno il 40% di queste risorse alle regioni del Sud<sup>33</sup>.

---

<sup>32</sup> <http://www.regioni.it/newsletter/n-3786/del-26-02-2020/ospedali-di-comunita-il-testo-dellintesa-20870/>

<sup>33</sup> <https://politichecoesione.governo.it/it/strategie-tematiche-e-territoriali/strategie-territoriali/clusola-40-risorse-pnrr-mezzogiorno/>

<b>Regioni</b>	<b>PNRR: numero di Ospedali di Comunità da realizzare</b>
Piemonte	27
Valle d'Aosta	1
Lombardia	60
PA Bolzano	3
PA Trento	3
Veneto	30
Friuli Venezia Giulia	7
Liguria	10
Emilia-Romagna	27
Toscana	23
Umbria	5
Marche	9
Lazio	35
Abruzzo	10
Molise	2
Campania	45
Puglia	31
Basilicata	5
Calabria	15
Sicilia	39
Sardegna	13
<b>Italia</b>	<b>400</b>

Le attività previste dall'OdC sono il monitoraggio dei pazienti sia ricoverati che seguiti tramite assistenza in telemedicina. Importantissimo il settore della digitalizzazione in questo ambito che dovrà garantire adeguati dispositivi medici per il monitoraggio a distanza.

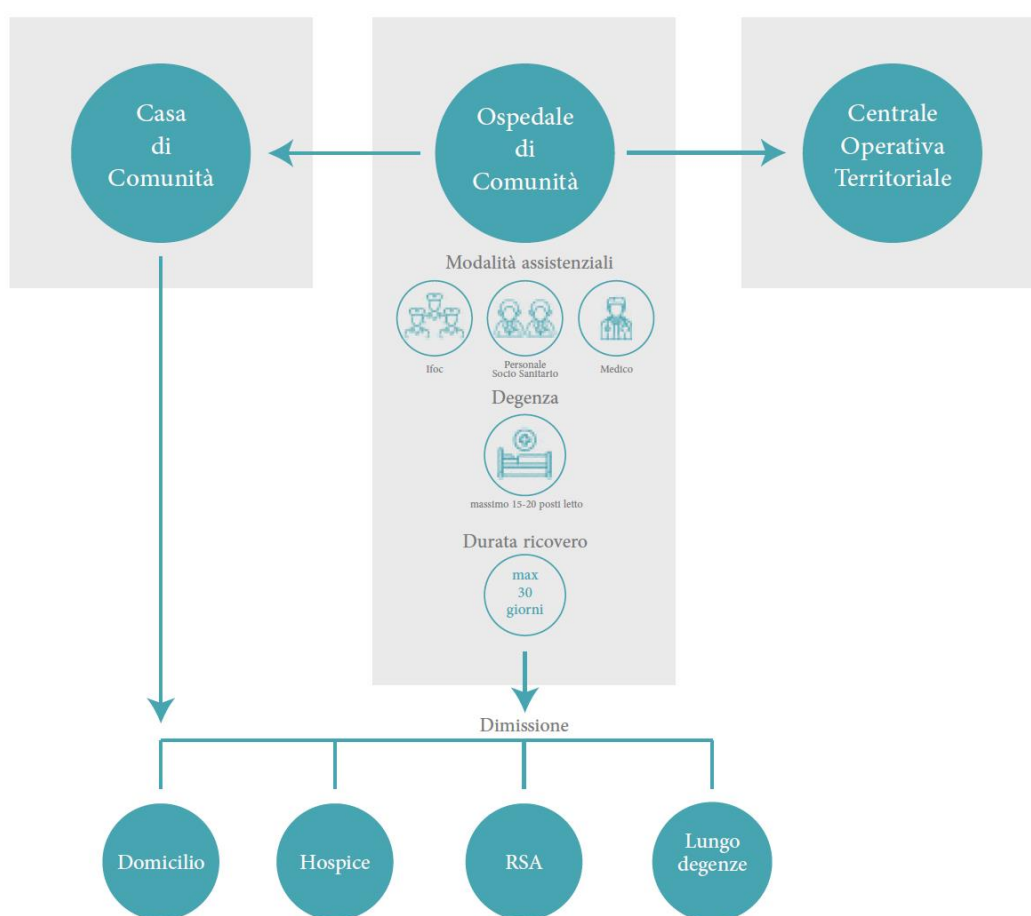
Il sistema di medicina digitale deve inoltre consentire la possibilità di refertare a distanza gli esami diagnostici svolti da specialisti in altre sedi.

La comunicazione e l'interazione con operatori sanitari e pazienti (o loro familiari) saranno gestiti dal sistema di contact center che registra e garantisce il funzionamento dei canali di comunicazione tra professionisti e assistiti.

L'OdC è supportato dalle funzioni e dal personale delle Case di Comunità e delle Centrali Operative Territoriali.

Personale infermieristico, sociosanitario e medici si occuperanno della gestione delle degenze che come già detto prima, non potranno superare 30 giorni di durata. Trascorso questo limite il paziente deve essere necessariamente dimesso verso il proprio domicilio, case residenziali sanitarie, lungodegenze o hospice.

Sistema di organizzazione dell'assistenza territoriale offerta dall'Odc



### 1.3.2 LE MODALITA' DI ACCESSO

Le modalità di accesso presso l'Ospedale di Comunità saranno su richiesta di Medico di Medicina Generale, Medico di Continuità Assistenziale, Medico Specialista ambulatoriale (interno all'OdC o presso CdC) o ospedaliero, Medico di Pronto Soccorso o dal Pediatra di Libera Scelta.

Per il ricovero del paziente in OdC bisogna che vi sia una diagnosi ben definita, una prognosi già stabilita, una valutazione del carico assistenziale che si andrà ad attivare e un programma terapeutico già definito e concordato anche con il paziente stesso o la sua famiglia<sup>34</sup>.

All'accesso del paziente sarà inoltre d'ausilio un approccio valutativo multidimensionale da parte dell'équipe tecnico-sanitaria. Viene redatto il Piano di assistenza individualizzato (PAI) o un altro tipo di percorso assistenziale prima dell'accoglienza

La raccolta dei dati all'accesso deve essere semplice e standardizzato in modo da ottenere efficienza nel tempo. Scale di valutazione standard sia per l'accertamento del livello di condizioni cliniche del paziente sia per la rilevazione del grado di complessità assistenziale e di autonomia sono altamente raccomandate, soprattutto per pazienti provenienti da reparti di ospedale.

L'uso delle scale standardizzate di valutazione verrà praticato anche per il monitoraggio del paziente durante la permanenza in struttura e infine un'ultima

---

<sup>34</sup> Pesaresi F., *Gli Ospedali di Comunità – Come saranno “I luoghi della cura”*, 2022

valutazione verrà eseguita in fase di dimissione, in modo da poter documentare minuziosamente le terapie erogate durante la degenza in OdC.

Se ritenuto necessario, un'ulteriore valutazione da parte dell'equipe multidisciplinare potrà essere garantita per definire al meglio eventuali percorsi post-dimissione del paziente come attivazione servizio ADI (Assistenza Domiciliare Integrata, erogazione a domicilio di presidi sanitari o trasferimento nella struttura più adeguata nel rispondere alle esigenze del cittadino).

### 1.3.3 IL PERSONALE



#### REALIZZAZIONE DI 400 OSPEDALI DI COMUNITÀ (OdC)



1 OdC da 20 posti letto ogni 100.000 abitanti



- 7-9 infermieri (di cui 1 coordinatore infermieristico)
- 4-6 operatori socio-sanitari
- 1-2 unità di altro personale sanitario con funzioni riabilitative
- 1 medico per almeno 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7

#### Modello Organizzativo

Presenza di personale sanitario 7 giorni su 7 e 24 ore su 24, destinata a ricoveri brevi di pazienti, che necessitano di interventi sanitari di media/bassa intensità clinica.

L'OdC ha un numero di posti letto di norma tra 15 e 20 ed è possibile prevedere l'estensione fino a due moduli e non oltre (massimo 40 posti letto).

Come precedentemente affermato, l'Ospedale di Comunità dispone di 20 posti letto. L'assistenza medica sarà garantita in presenza durante il giorno per almeno 4-5 ore e 6 giorni su 7. Nelle ore notturne, festivi e prefestivi verrà erogata da unità mediche in pronta disponibilità, che possono ricoprire anche più strutture dello stesso distretto e territorio. L'assistenza nelle ore notturne può essere anche garantita dai Medici della Continuità Assistenziale o da medici appartenenti alla struttura stessa.

L'OdC disporrà inoltre di personale infermieristico equivalente a 9-10 unità che potranno godere di 6-7 figure di supporto come gli operatori sociosanitari e 1-2 unità di altro genere di personale tecnico.

Il coordinamento delle attività sarà garantito da un infermiere facente funzioni di coordinatore per tutti i moduli presenti nell'OdC, qualora ce ne fossero presenti più di uno.

La presenza e assistenza infermieristica sarà assicurata 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 in collaborazione degli operatori sociosanitari, come disciplina il PAI (Progetto di Assistenza individuale Integrato).

<b>Definizione</b>
L'Ospedale di Comunità (OdC) è una struttura sanitaria di ricovero che afferisce alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio.
<b>Posti letto</b>
Lo standard di riferimento prevede la presenza di almeno un Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 50.000 - 100.000 abitanti. È possibile prevedere l'estensione fino a due moduli e non oltre, ciascuno di norma con un numero di 15-20 posti letto. Le stanze sono da 1 o 2 o 4 letti. L'obiettivo complessivo è di realizzare 0,4 posti letto per 1000 abitanti da attuarsi in modo progressivo secondo la programmazione regionale.
<b>La responsabilità igienico sanitaria e clinica</b>
La responsabilità igienico sanitaria e clinica dell'OdC è in capo al medico e può essere attribuita ad un medico dipendente o convenzionato con il SSN, pertanto può essere attribuita anche a MMG/PLS purché privi di assistiti, SAI (Medici di Specialistica Ambulatoriale Interna).
<b>Responsabilità assistenziale</b>
La responsabilità assistenziale è in capo all'infermiere secondo le proprie competenze.
<b>Assistenza medica</b>
E' assicurata dai medici incaricati: medici di medicina generale o pediatri di libera scelta o medici dipendenti o convenzionati con il SSN.
<b>Consulenze specialistiche</b>
Garantite dal distretto sanitario.
<b>Standard di personale</b>
Per un Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto: <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'assistenza medica è assicurata dai medici incaricati, nel turno diurno (8-20) deve essere garantita per almeno 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7 mentre nel turno notturno (20-8) e diurno festivo e prefestivo in forma di pronta disponibilità. L'assistenza notturna può essere garantita anche da Medici della Continuità Assistenziale.</li> <li>• 9 Infermieri, 6 Operatori Sociosanitari, almeno 1-2 unità di altro personale sanitario.</li> </ul> Le attività di coordinamento sono assicurate da un infermiere con funzioni di coordinamento per uno o per i due moduli, se presenti nell'OdC.

Da disposizioni del PNRR, gli Ospedali di Comunità verranno ultimati entro la fine del 2026 e il personale dovrà essere inserito a partire dal 2027. Nel documento, la natura dei finanziamenti per coprire i costi del personale medico, infermieristico e tecnico, non è esplicitamente definita. Nel documento di sostenibilità allegato si chiarisce che le risorse verranno reperite a seguito di una riorganizzazione sanitaria da attuare.

Per rendere pienamente operativi gli Ospedali di Comunità si necessita di 3.600 infermieri alla quale dobbiamo aggiungere quelli per far funzionare le Case di Comunità e le Centrali Operative Territoriali. Agli infermieri possiamo aggiungere il bisogno di altre figure professionali quali medici, OSS, tecnici e amministrativi

che saranno fondamentali per avviare il motore del nuovo modello organizzativo territoriale dettato dal PNRR.

L'implementazione di questo modello, dei suoi nuovi servizi e l'evoluzione di quelli già attivi non sarà possibile senza la presenza di queste figure professionali<sup>35</sup>.

La grave insufficienza di infermieri, medici e OSS in Italia oggi, che è arrivata a mettere in discussione il funzionamento dei servizi già presenti, lascia presagire un futuro non facile per lo sviluppo dei nuovi servizi e delle nuove strutture dal punto di vista occupazionale.

L'ambito sociosanitario è il più preoccupante. In Italia vi sono già diverse realtà sanitarie nella quale si opera in carenza di personale infermieristico e sociosanitario<sup>36</sup> per la difficoltà con la quale si trova disponibilità di tali figure. Se si volesse sopperire alla mancanza di infermieri, ad esempio, bisognerebbe già da questo anno aumentare i posti di ammissione ai corsi di laurea infermieristica in modo che entro il 2027 possano laurearsi i nuovi infermieri da assumere per il corretto funzionamento degli Ospedali di Comunità e le altre strutture afferenti al nuovo modello organizzativo territoriale<sup>37</sup>.

Il problema dei costi del personale rimane per ora irrisolto. Negli Ospedali di Comunità saranno presenti un medico per 4-5 ore al giorno e 6 giorni su 7 (con

---

<sup>35</sup> Conferenza Stato-Regioni, Atto n. 17/CSR del 20 febbraio 2020: *Intesa, "sui requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunità"*.

<sup>36</sup> <https://www.fnopi.it/aree-tematiche/carenza-infermieristica-al-23-agosto-2022/>

<sup>37</sup> OECD (2008), *The Looming Crisis in the Health Workforce: How Can OECD Countries Respond?* OECD Publishing, Paris.

OECD (2016), *Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places*, OECD Publishing, Paris.

OECD (2019a), *Recent trends in International Migration of Doctors, Nurses and Medical Students*, OECD Publishing, Paris.

OECD(2019b), *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), *France: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels

Rapporto OCSE Health at a Glance Europe 2020.



reperibilità notturna), in più 9 infermieri e 6 OSS per 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 oltre a 1-2 unità di personale sanitario di altro tipo.

Analizzando la documentazione di sostenibilità allegata al PNRR ed approvata dalla Commissione europea, il costo del personale presente nell'OdC sarà di 688.000 € all'anno. Nel totale, per i 400 Ospedali di Comunità che dal 2027 saranno attivi in Italia il costo annuo sarà di 275.200.000 € di cui non troviamo indicazioni di reperibilità nel PNRR ma graveranno sul bilancio pubblico dello Stato.

Sempre secondo il documento di sostenibilità, qualora fosse corretto nei calcoli, si rileva che una giornata di degenza in Ospedale di Comunità costerebbe soli 86 €, addirittura meno della tariffa giornaliera media delle RSA italiane che è di 107,50 € e meno del costo medio giornaliero degli OdC già funzionanti equivalente a 133 €.

Si suppone quindi che il documento di sostenibilità sia largamente sottostimato nei costi degli Ospedali di Comunità per cui si ha ragione di pensare che saranno di almeno il 50% in più e quindi invece dei 275milioni previsti possiamo più realisticamente pensare ad oltre 400milioni annui, in media circa 1 milione all'anno per ogni Ospedale di Comunità presente su territorio italiano<sup>38</sup>.

---

<sup>38</sup> Nella Legge di Bilancio 2021, per coprire i costi del personale sanitario, viene autorizzato il finanziamento al SSN di 90,9 milioni di euro per il 2022, 150,1 milioni di euro per il 2023, 328,3 milioni di euro per l'anno 2024, di 591,5 milioni di euro per l'anno 2025 e di 1.015,3 milioni di euro per l'anno 2026. Nella teoria sarà la riorganizzazione del modello di assistenza sanitaria, quindi la riduzione di ricoveri impropri e codici bianchi in Pronto Soccorso, a produrre i risparmi necessari (stimati intorno a 850 milioni l'anno) per il finanziamento delle nuove strutture. Ma i costi più gravanti al SSN sono quelli degli interventi chirurgici, le tecnologie e i farmaci (fonte Report Istat) quindi il risparmio sugli accessi ospedalieri e in PS non potrà che essere marginale rispetto al fabbisogno previsto.

Descrizione personale	Unità di personale per ospedale di comunità	Incremento costi unitari (€)	Totale unità di personale	Costi addizionali (€)	Fonte del finanziamento (€)
Medico	4,5 h/die x 6 giorni/sett	88.000	561.600 h/anno	35.200.000	Risparmi riorganizzando il SSN
Infermieri	9	40.000	3.600	144.000.000	
OSS	6	30.000	2.400	72.000.000	
Altro personale sanitario	1,5	40.000	600	24.000.000	
<b>Totale</b>				<b>275.200.000</b>	

Come già prima accennato, il budget per il sostentamento degli OdC non è finanziato dal PNRR ma sarà acquisito, come definito dal Piano di sostenibilità allegato al PNRR stesso, da una riduzione dei costi della sanità dettata dalla riorganizzazione sanitaria che mira a ridurre le lunghe ospedalizzazioni di pazienti affetti da patologie croniche e che verranno invece seguiti dall'assistenza domiciliare; dalla riduzione di accessi con codici bianchi e codici verdi impropri nei Pronto Soccorso grazie alla presenza di nuove figure guida dei percorsi assistenziali come gli Infermieri di Famiglia e Comunità e le Case di Comunità; dalla riduzione di spesa farmaceutica, secondo il piano AIFA, che punta a diminuire l'inappropriatezza prescrittiva in base all'equivalenza terapeutica e alla riduzione delle disuguaglianze di spese regionali.

## 1.4 RIORDINO MEDICINA GENERALE E ASSISTENZA DOMICILIARE

Grazie agli investimenti resi possibili dal PNRR si potrà avere un potenziamento in termini qualitativi e quantitativi delle prestazioni sanitarie erogate direttamente al domicilio dei pazienti. In particolare, il target che ci si prefissa è quello di raggiungere una copertura di assistenza sanitaria domiciliare per il 10% di tutta la popolazione over 65, principalmente i cittadini affetti da patologie croniche o non autosufficienti.

Le finalità sono quelle di ricavare un modello uguale per tutti per l'erogazione dell'assistenza domiciliare e che possa usufruire delle nuove tecnologie come elettromedicali di nuova generazione, la telemedicina e l'estensione della digitalizzazione. Inoltre, si vogliono attivare le COT (Centrali Operative Territoriali), una per ogni distretto, con l'obiettivo di organizzare la presa in carico del cittadino e coordinare i collegamenti tra tutti i servizi sanitari territoriali, sociosanitari, ospedalieri e di emergenza-urgenza<sup>39</sup>.

Nel potenziamento dell'assistenza sanitaria domiciliare verranno dedicati 2 miliardi e 700 milioni di euro. All'implementazione e sviluppo della telemedicina andranno 1 miliardo di euro<sup>40</sup>.

---

<sup>39</sup> Decreto 23 Maggio 2022, n. 77, *Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale* Allegato 1, comma 8

<sup>40</sup>

<https://www.salute.gov.it/portale/pnrرسالute/dettaglioContenutiPNRRSalute.jsp?lingua=italiano&id=5876&area=PNRR-Salute&menu=investimenti>

Nel documento del PNRR ed in quello del Patto per la Salute 2019-2021, si evince la visione di una programmazione e di una struttura standard e omogenee nel setting di assistenza sanitaria per tutto il territorio regionale, limitando le possibilità che si creino situazioni di affollamento in determinate strutture centrali e quindi favorendo una diffusione capillare delle strutture che erogano servizi.

Il nuovo sistema di strutture e organizzazione (Ospedali di Comunità, Case di Comunità, telemedicina, potenziamento assistenza sanitaria domiciliare) dovrà contare su una maggior interazione tra professionisti delle cure primarie e il Sistema Sanitario Regionale. Il nuovo modello organizzativo che mira ad una presenza territoriale fisica attraverso le sue strutture e servizi, necessita quindi di un'adeguata definizione di profili di ruolo e delle funzioni dei professionisti impiegati nelle cure primarie.

Questo obiettivo deve però considerare la presenza di aree e territori che, per le loro caratteristiche morfologiche e/o demografiche, necessitano di una distribuzione più ampia dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta in modo da poter coprire interamente quella popolazione.

La nuova visione di modello territoriale, dettata dal PNRR, potrebbe però scontrarsi con l'attuale modello organizzativo di medici di medicina generale e pediatri di libera scelta a causa dei loro Accordi Collettivi Nazionali (ACN) che dal 2005 ad oggi hanno ricevuto modifiche poco sostanziose rispetto allo sviluppo dei bisogni di salute dei cittadini. Neanche la Legge Balduzzi del 189/2012 è riuscita a migliorare gli ACN, tale legge ha suggerito delle indicazioni di miglioria sulla struttura del rapporto tra MMG e Sistema Sanitario Regionale, tralasciandone però il lato giuridico. Tra le tante lacune dell'attuale sistema di cure primarie vi è quella di non avere una fase di valutazione che possa effettivamente spingere ad un'analisi

dei risultati e ad un miglioramento dei livelli di qualità degli output del sistema territoriale.

Durante la crisi sanitaria della pandemia di Covid-19 che ci ha colpiti, si è manifestato con ulteriore evidenza come il fatto che Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) sono liberi professionisti convenzionati, e non appartenenti direttamente al SSN, sia un modello inadeguato alla trasformazione del nuovo setting organizzativo sanitario verso cui andiamo incontro.

Il rapporto lavorativo dei MMG e dei PLS con i propri Sistemi di Sanità Regionali dovrà indirizzarsi verso un modello con una chiara regolamentazione del campo di attività e che preveda una fase di monitoraggio e valutazione delle performance sanitarie fornite. Ciò è necessario perché queste figure possano garantire l'erogazione delle prestazioni sanitarie richieste dalle Regioni e dalle stesse Aziende Sanitarie Locali in base ai bisogni della popolazione.

Nel PNRR, in merito alla riorganizzazione della Medicina Generale, vengono ritenuti cruciali i seguenti elementi da garantire per una migliore attuazione del nuovo modello sanitario territoriale: obbligo di appartenenza degli MMG e dei PLS a forme organizzate, l'erogazione di prestazioni programmate dal Sistema Sanitario Regionale e dalle ASL, rendicontazione sull'efficacia della presa in carico, integrare l'assistenza domiciliare e sociale alle attività, obbligo di inserimento alle Case e Ospedali di Comunità, riprogrammazione del Medico di Continuità Assistenziale, presenza e definizione del profilo di ruolo dell'Infermiere di Famiglia e Comunità<sup>41</sup>.

---

<sup>41</sup> Schema di decreto del ministro della Salute, di concerto con il ministro dell'Economia e delle finanze, relativo ai "Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale" (SSN), necessario per l'attuazione della misura PNRR M6 – C1 – Riforma Reti

## 1.5 TELEMEDICINA



### TELEMEDICINA PER UN MIGLIORE SUPPORTO AI PAZIENTI CRONICI



- Incentivare l'adozione della telemedicina durante tutto il percorso di cura con particolare attenzione ai casi cronici.
- Integrare le soluzioni di telemedicina con i sistemi digitali sanitari, in particolare con Fascicolo Sanitario Elettronico.
- Misurare gli interventi e incentivare quelli migliori, perché estendano i loro servizi a più regioni del SSN.

I continui cambiamenti demografici e i nuovi bisogni di salute da parte della popolazione, con un sempre più alto numero di anziani e patologici cronici, hanno reso necessario una riprogrammazione della rete territoriale sanitaria.

Le nuove tecnologie e l'avvento della digitalizzazione contribuiranno alla riorganizzazione del modello sanitario territoriale.

La tradizionale visita medica si unisce quindi alle nuove tecnologie di comunicazione originando il servizio di Telemedicina, l'insieme delle conoscenze mediche e delle tecniche informatiche che permettono l'assistenza sanitaria a distanza. La possibilità di eseguire visite mediche da remoto farà risparmiare tempo e spese a chi abita in aree isolate, sosterrrebbe chi ha difficoltà di trasporto o

---

di prossimità strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale. Cfr. Ferrari P., *Consiglio di Stato / DM71, via libera agli standard territoriali ma l'allegato va riscritto*, "Il Sole24Ore", 2022.

deambulazione ma aiuterebbe anche chi semplicemente non vorrebbe perdere tempo in coda ad uno sportello o nel traffico stradale.

Grazie all'utilizzo delle nuove tecnologie, con la Telemedicina oggi è possibile avere un colloquio diretto con audio e video tra medico e cittadino e ottenere la trasmissione di dati diagnostici, referti e documenti in maniera rapida e criptata

La possibilità di erogare prestazioni sanitarie tramite l'ausilio della telemedicina contribuirà ad assicurare una maggiore equità di accesso alle cure, un miglior supporto nella gestione delle patologie croniche, una facilitazione della continuità assistenziale grazie ai teleconsulti con approccio multidisciplinare e un dialogo diretto con la rete emergenza-urgenza<sup>42</sup>.

A livello europeo, l'importanza e risultati della telemedicina sulla salute sono riconosciuti. La stessa Commissione Europea sostiene gli Stati membri nello sviluppo della Telemedicina promuovendo fiducia nei suoi servizi, cercando di favorirne e diffonderne l'utilità, renderne più chiaro possibile le modalità e la normativa di riferimento, risolvere gli eventuali problemi di tipo tecnico e promuoverne la diffusione sul mercato. La Commissione Europea ha inoltre richiesto agli stati membri di valutare esigenze e stilare le priorità in ambito di Telemedicina in modo che diventino parte del piano strategico nazionale da presentare in merito ai finanziamenti del Next Generation EU<sup>43</sup>.

In alcuni paesi Europei la Telemedicina è già diffusa, sostenuta da interventi giuridici, documenti e progetti strategici a livello nazionale: in Svezia nel 2006 è stato pubblicato National E-Health, documento che descrive le strategie per

---

<sup>42</sup> Ministero della Salute *Telemedicina – Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni di telemedicina*, 2020

<sup>43</sup> [https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/eu-cooperation\\_it#:~:text=La%20Commissione%20intende%20sostenere%20lo,riferimento%20e%20valutazioni%20inter%20pares](https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/eu-cooperation_it#:~:text=La%20Commissione%20intende%20sostenere%20lo,riferimento%20e%20valutazioni%20inter%20pares)

un'accessibilità semplice e sicura alle informazioni sanitarie attraverso la telemedicina, nel 2008 la Telemedicina era in uso in oltre il 75% degli ospedali cui le funzioni più utilizzate erano la televisita e il telemonitoraggio; in Norvegia si è ricorsi all'estrema utilità della telemedicina in quanto nazione dalla bassa densità demografica e quindi elevate distanze per raggiungere un ospedale vicino, le funzioni più utilizzate sono il teleconsulto tra diversi specialisti medici e il teleconsulto radiologico; in Spagna negli ultimi 15 anni, i Sistemi Regionali che sono parte del Sistema Sanitario Nazionale, hanno definito programmi per lo sviluppo dei sistemi e dei servizi di Telemedicina<sup>44</sup>; nel 2008 in Gran Bretagna, The Department of Health stanziò risorse per un programma espansivo di Telemedicina, Telesalute e Teleassistenza, chiamato The Whole System Demonstrator, un programma che in due anni sostenne la ricerca su come la tecnologia potesse aiutare i cittadini nel gestire la propria salute preservando la propria autonomia, vennero coinvolti oltre 2000 pazienti e 200 medici e i risultati furono così soddisfacenti che lo stesso Department of Health finanziò un secondo programma, il "Three Million Lives", indirizzato ai 3 milioni di cittadini che potrebbero essere presi in carico dalla Telemedicina<sup>45</sup>; in Francia il Ministero della Salute, nel 2010, pubblicò un articolo sul giornale ufficiale della Repubblica Francese che definì l'organizzazione dei servizi di teleassistenza e telemedicina, riconoscendola come parte del proprio Sistema Sanitario<sup>46</sup>.

In Italia nel 2007 viene istituito dal Ministero della Salute l'Osservatorio E-Care con la collaborazione di regioni come l'Emilia-Romagna, la Toscana, Liguria, Marche e Campania cui in seguito si sono inserite Lombardia, Veneto e Sicilia<sup>47</sup>.

---

<sup>44</sup> [https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/overview\\_it](https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/overview_it)

<sup>45</sup> <https://www.medicaleconomics.com/view/three-million-lives-saved-in-u-s-by-covid-vaccines-study>

<sup>46</sup> <https://gnius.esante.gouv.fr/en/regulations/regulation-profiles/telehealth>

<sup>47</sup> <https://osservatoriosullasalute.it/>



Lo scopo di questa istituzione è quella di ricostruire una rete di cura, condividendo la conoscenza delle buone pratiche e delle tecnologie, in modo da facilitare l'accessibilità e l'efficacia dei servizi sanitari online. L'Osservatorio condivide il programma europeo per l'e-health e gli obiettivi del PSN (Piano Sanitario Nazionale), particolarmente concentrati su patologici cronici, non autonomi, continuità assistenziale<sup>48</sup>.

L'Osservatorio E-Care prevede anche una fase di valutazione attraverso la compilazione di schede rendicontative dei progetti e risultati realizzati nella Regione. In queste schede vengono descritte le strategie, il tipo di servizi e le aree di applicazione, la progressione del progetto e i target ai quali i servizi sono rivolti.

Le Forze Armate utilizzano da anni la Telemedicina nelle proprie operazioni militari. La Protezione Civile si avvale della Telemedicina durante le operazioni e interventi di emergenza.

---

<sup>48</sup> “Obiettivo generale dell'Osservatorio è assicurare l'avvio, il mantenimento nel tempo e il monitoraggio delle azioni previste dal Piano, aggiornando nel tempo gli obiettivi in base ai risultati raggiunti, in modo da fornire al Ministro della Salute gli elementi per riferire annualmente alle Camere.

Altri Obiettivi dell'Osservatorio sono:

assicurare il contributo delle diverse istituzioni centrali (Ministero della Salute, ISS, AGENAS, UVI, AIFA) e regionali (Conferenza Stato Regioni, tavoli tecnici regionali) anche attraverso la costituzione di gruppi di lavoro con rappresentanti dei soggetti istituzionali coinvolti

assicurare il monitoraggio del Piano e il suo aggiornamento periodico

garantire che tutte le Regioni italiane, in tutti i contesti appropriati, abbiano avviato programmi di diffusione della Medicina di Genere secondo le indicazioni del Piano

promuovere l'interattività delle azioni di diffusione della Medicina di Genere tra gli assessorati regionali

L'Osservatorio è presieduto dal Prof. Silvio Brusaferrò, Presidente dell'ISS ed è composto da 36 componenti, di cui 31 esterni all'ISS. Inoltre si avvale di una segreteria scientifica, di una segreteria di coordinamento e di una segreteria amministrativa.”, *Osservatorio sulla Medicina di Genere*, “L'Osservatorio”, 2021

## 1.5.1 SERVIZI E OPPORTUNITA' DELLA TELEMEDICINA

L'implementazione e sviluppo della Telemedicina permette di rispondere ai tradizionali problemi della medicina e di generare un'occasione per il potenziamento dei servizi sanitari grazie ad una rete di collegamenti più fitti tra professionisti sanitari e pazienti.

La Telemedicina permette equo accesso al sistema di cure, in modo omogeneo per tutto il territorio italiano, grazie ai possibili collegamenti. Basti pensare alle piccole isole, ai piccoli paesini di montagna o alle zone rurali con difficili connessioni verso la città<sup>49</sup>.

La Telemedicina può inoltre aiutare la riduzione dei costi all'assistenza sanitaria nelle carceri, che attualmente prevede un sistema organizzativo di trasferimenti dispendioso, accertamenti con lunghi tempi di attesa e una scarsa attività di prevenzione della salute<sup>50</sup>.

---

<sup>49</sup> In proposito si veda l'articolo online de "Il Sole 24 Ore" <https://connect-anything.ilsole24ore.com/una-nuova-telemedicina-per-le-aree-rurali/>

<sup>50</sup> "Naturalmente la telemedicina non ha lo scopo di sostituire la medicina in presenza, quindi le visite mediche e specialistiche dal vivo, ma la completa e in molti casi risulta più idonea perché permette riscontri rapidi.

È, per esempio, di grande beneficio e utilità per monitorare pazienti con malattie croniche come diabete, colesterolo alto o ipertensione.

Ecco alcune importanti applicazioni che oggi vedono la telemedicina al servizio della salute del paziente:

Visite di controllo: grazie a software sanitari è possibile oggi offrire assistenza domiciliare a distanza. Concetti nuovi come telemonitoraggio e telesalute sono entrati nel linguaggio medico.

Gestione remota delle malattie croniche: grazie alla telemedicina è oggi più semplice ed economico per i pazienti mantenere il controllo sulla propria salute.

Assistenza post-ospedaliera a distanza: consente agli operatori sanitari di monitorare a distanza e in tempo reale i cambiamenti nei dati sanitari di un paziente e utilizzarli in un piano di trattamento.

Supporto per cure preventive: possibilità di monitorare i pazienti con malattie croniche o a rischio di svilupparle, nei casi in cui la loro condizione richieda cambiamenti significativi nel loro stile di vita, come gestione del peso, cessazione del fumo o cambiamenti dietetici specifici.

Servizi di salute mentale: studi hanno rilevato l'efficacia della telemedicina nel trattamento della depressione e del disturbo da stress post-traumatico.

Assistenza medica scolastica: alcuni distretti scolastici utilizzano la telemedicina per fornire ai bambini visite video dalla scuola, permettendo così un notevole risparmio di tempo, se si pensa che

La continuità delle cure è il fulcro della Telemedicina; la possibilità di portare un medico nelle case dei pazienti senza che nessuno dei due si allontani dalle rispettive sedi. I programmi di telemonitoraggio dei pazienti con patologie croniche promuovono lo sviluppo dell'autonomia e gestione della propria malattia mirando ad evitare ospedalizzazioni improprie.

Una maggior efficacia, efficienza e appropriatezza sono gli obiettivi del sistema sanitario italiano che volge verso un progressivo invecchiamento della popolazione e una sempre più diffusione di patologie croniche rispetto alle patologie acute<sup>51</sup>.

La Telemedicina permette una comunicazione continua fra i diversi professionisti e i pazienti coinvolti, guida chi eroga le prestazioni sanitarie ad utilizzare in modo più efficiente le proprie risorse, riduce l'incidenza di complicanze, limita le ospedalizzazioni improprie e minimizza i tempi di attesa di diagnostica e consulenza<sup>52</sup>. Inoltre, la possibilità di ottenere indicatori di risultato rapidi permette una valutazione più efficace delle prestazioni sanitarie erogate.

L'utilizzo della Telemedicina può favorire anche una miglior compliance terapeutica del paziente migliorando i risultati farmacologici e diminuendo gli eventi avversi<sup>53</sup>.

Non possiamo più considerare la Telemedicina come un ambito separato dal resto del sistema sanitario ma bensì un indirizzo di specializzazione della Sanità Elettronica. Il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) è in Italia lo strumento di

---

prima si era costretti a chiamare un medico o far arrivare un genitore.” *Telemedicina: applicazioni e benefici nel sistema sanitario*, Redazione SISMED, 2021

<sup>51</sup> Cfr. Pubblicazione del Consiglio Superiore di Sanità – Sezione I, *Invecchiamento della popolazione e sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale*, 2020

<sup>52</sup> Coscioni E., Mantoan D., “Monitor – Elementi di analisi e osservazione del sistema salute “ *Telemedicina e intelligenza artificiale, indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina. Accordo Stato-Regioni*. 2021

<sup>53</sup> Plebani M., Report ISTAT, *over 75: ecco perché serve un approccio digitale*, 2021

sanità digitale più d'avanguardia che sta dando ottimi risultati in termini di efficacia ed efficienza a livello nazionale e regionale.

Tra i vantaggi del FSE e gli altri modelli gestionali di Telemedicina vi è il contenimento delle spese. La digitalizzazione dei servizi sanitari con la Telemedicina produrranno quindi un aumento dell'efficienza, diminuendo costi sanitari che potranno essere reindirizzati altrove<sup>54</sup>. Fondamentale, sempre in termini di efficienza, il contributo della Telemedicina alle dimissioni protette da ospedale, alla limitazione delle ospedalizzazioni di malati cronici (in sinergia con l'assistenza domiciliare integrata), ad una riduzione di ricovero presso case di residenza e cura per anziani, alla possibilità di evitare una mobilità per ricevere cure ai pazienti che vivono in zone isolate o che hanno difficoltà di trasporti e/o deambulazione.

---

<sup>54</sup> Camera dei deputati, *Il livello di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale*, “Servizio Studi XIII Legislatura”, 2022.

## 1.6 CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI



### REALIZZAZIONE DI 600 CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI (COT)



**1 COT ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il distretto abbia un bacino di utenza maggiore**



**1 coordinatore infermieristico, 3-5 infermieri, 1-2 unità di personale di supporto**

In Italia le Centrali Operative Territoriali (COT) esistono già da dieci anni , in regioni come Emilia-Romagna, Toscana, Veneto, Lazio, Lombardi, Piemonte e Umbria, senza un orientamento normativo comune e quindi ognuna diversa nelle funzionalità e nelle caratteristiche.

Le Centrali Operative Territoriali hanno la responsabilità di gestione della continuità assistenziale dei pazienti che dall'ospedalizzazione passano a diversi ambiti di cura, come il domicilio o altre strutture sanitarie.

Una prima introduzione formale delle COT nella normativa del Servizio Sanitario Nazionale è avvenuta durante la prima ondata della pandemia di Covid-19, nel maggio del 2020, dove venivano definite come sistemi di coordinamento delle

attività territoriali sanitarie e sociosanitarie avvalendosi anche dei servizi di telemedicina e godendo di un dialogo continuo con la rete emergenza-urgenza.

In quel frangente le Centrali operative dovevano potenziare l'offerta dei servizi sanitari sul territorio, fondamentale per contrastare al meglio l'emergenza della pandemia, garantendo una presa in carico tempestiva dei pazienti in isolamento sia obbligatorio che fiduciario, dei sintomatici non ospedalizzati o dei dimessi verso domicilio.

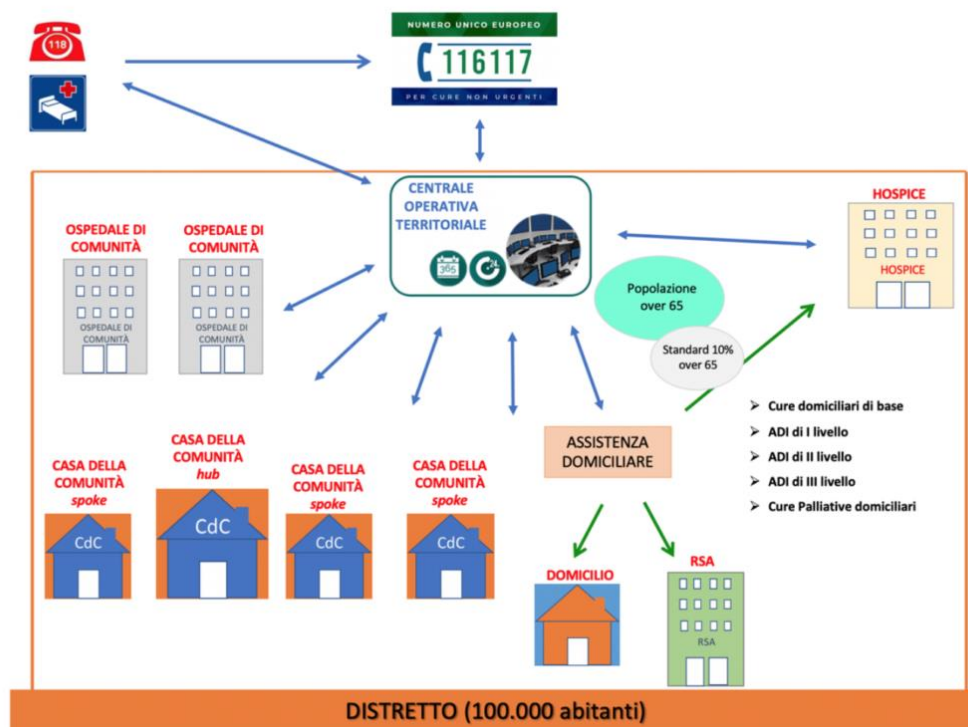
Durante la pandemia alcune regioni hanno attivato Centrali Operative strettamente legate alla gestione della pandemia da Covid-19.

Nel 2021, con la diffusione del documento sul Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), si promuove l'attivazione di 600 nuove Centrali Operative Territoriali, una per ogni 50.000-100.000 abitanti, con il compito di coordinare l'erogazione dei servizi sanitari territoriali con quelli ospedalieri dialogando con la rete emergenza-urgenza.

I finanziamenti previsti per le COT sono di 280 milioni di euro. Saranno dotate delle nuove tecnologie di comunicazione per la gestione in remoto dei dispositivi di telemedicina, per la condivisione di informazioni sanitarie tra tutti i professionisti coinvolti nel processo di cura e saranno il punto di riferimento per bisogni eventuali e vari del paziente.

Oltre al DM 77/2022 "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Sanitaria Territoriale" abbiamo una pubblicazione dell'Agenas che definisce le caratteristiche e fornisce le indicazioni guida per la realizzazione e la corretta gestione delle Centrali Operative Territoriali.

Ecco una rappresentazione grafica di come dovrebbe essere un modello tipo per un Distretto composto da 100.000 abitanti:



## 1.6.1 LA STRUTTURA DI UNA CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE

La Centrale Operativa Territoriale è titolare della gestione di coordinamento per la presa in carico del cittadino e interconnette tutti gli attori e i servizi relativi ai diversi ambiti sanitari: assistenza domiciliare, attività territoriali, ospedale per acuzie e comunica con la rete urgenze-emergenze.

Nel documento ministeriale vi sono una serie di raccomandazioni organizzative, strutturali e tecnologiche per le COT.

Nelle indicazioni standard è prevista una Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti e deve garantire continuità assistenziale, equità e semplificazione d'accesso oltre che integrare all'assistenza sanitaria e sociosanitaria.

La COT svolge il compito di collegamento tra i servizi che ricoprono i diversi ambiti sanitari con delle modalità e funzioni specifiche e interdipendenti tra di loro<sup>55</sup>.

Si occupa della presa in carico del paziente articolandosi tra i servizi e i professionisti sanitari che hanno contribuito al suo percorso, dell'ammissione e le dimissioni dalle strutture ospedaliere, del coinvolgimento in trattamenti a permanenza temporanea o residenziale e dell'accesso e reinserimento a domicilio dalle strutture di cura intermedia. In questa fase avviene anche il tracciamento e monitoraggio dei trasferimenti da un momento di cura ad un altro attraverso i diversi livelli clinici e assistenziali.

La COT ha la funzione di attivare i professionisti e le risorse appartenenti alla rete territoriale, ottimizzandone l'uso al meglio in termini di efficienza. Inoltre, supporta i professionisti a livello informativo e logistico in merito ai percorsi dei servizi nel territorio.

Infine, la Centrale Operativa gestisce, registra i progressi ed elabora le valutazioni in merito ai percorsi di cronicità, anche con l'ausilio della telemedicina, dei pazienti in assistenza sanitaria domiciliare. La COT è altresì amministratrice della piattaforma unica informatica (telemedicina, teleassistenza e strumenti di e-health in generale), usata anche dalle Case di Comunità, Ospedali di Comunità e gli altri

---

<sup>55</sup> Cfr. Pesaresi F., *Le Centrali Operative Territoriali (COT) – Come saranno*, “I Luoghi della Cura”, 2022



servizi collegati al distretto in modo da avere un database comune delle attività e dei bisogni.

Tutti i professionisti coinvolti nell'ambito della cura, dal personale territoriale a quello ospedaliero, possono avvalersi del supporto della COT.

La Centrale Operativa Territoriale è operativa 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, può godere di infrastrutture informatiche e tecnologiche come le piattaforme di gestione aziendale, accessibilità ai database del Sistema Sanitario Regionale, programmi di accesso al FSE (Fascicolo Sanitario Elettronico) e strumenti per la registrazione delle telefonate.

Per fornire al meglio un'accessibilità verso tutti i servizi sanitari, dalle situazioni di bassa intensità a quelle di emergenza, la COT deve essere in continuo collegamento col sistema gestionale e informativo della Centrale Operativa Regionale.

## **1.6.2 IL PERSONALE DELLE COT**

In una Centrale Operativa Territoriale che copra il bacino di 100.000 abitanti sono previsti 1 coordinatore infermieristico, 4-5 infermieri e 1-2 unità di personale tecnico.

La gestione del funzionamento della COT e del suo personale di servizio è responsabilità di un coordinatore infermieristico, appositamente formato con preferibilmente titolo di laurea infermieristica magistrale.

Per garantire al meglio le attività di raccordo ospedale-territorio, la COT deve poter usufruire di una collaborazione multidisciplinare e della partecipazione di figure sanitarie differenti: dall'infermiere case-manager al medico di medicina generale, dallo specialista all'assistente sociale, dal personale amministrativo a quello tecnico.

Il Decreto Rilancio, divenuto legge nel 2020, prevede che siano gli Infermieri di Famiglia e Comunità (IFeC) i professionisti cardine del nuovo modello organizzativo territoriale. L'IFeC è la figura professionale dedicata ad un approccio proattivo nei confronti di prevenzione e salute. Ruolo dell'Infermiere di Famiglia e Comunità è quello di rispondere ai bisogni di salute dei cittadini della propria comunità territoriale di riferimento, attivando i servizi sanitari e sociosanitari più idonei.

L'IFeC deve volgere i propri interventi all'intera comunità, oltre che al singolo individuo o alla famiglia, coinvolgendo tutti i membri di quella comunità e i professionisti coinvolti in una rete di connessioni formali e informali, sanitarie e sociali. In questo modo il concetto di salute viene trattato legato al contesto ambientale e sociale.

L'Infermiere di Famiglia e Comunità interagisce oltre che con i medici di medicina generale, gli specialisti, gli altri professionisti sanitari e assistenti sociali anche con le altre risorse presenti nella comunità come possono essere associazioni di volontariato, parrocchie, vicinato, famiglie disposte ad aiutare chi volge in condizioni di disagio.

Il personale infermieristico presente nelle Centrali Operative Territoriali sarà quindi composto da Infermieri di Famiglia e Comunità in vesti di titolari delle competenze trasversali necessarie all'attivazione e integrazione di tutti i

professionisti sanitari, sociosanitari, di tutte le risorse formali e informali, presenti  
nella comunità

## 2.1 MODELLO ORGANIZZATIVO DEGLI OSPEDALI DI COMUNITA'

Il modello organizzativo degli Ospedali di Comunità proposto è quello di una struttura con 20 posti letto, un punto prelievi, ambulatori specialistici di base, punto di Continuità Assistenziali e tecnologie di radiologia. Nella maggior parte dei casi gli Ospedali di Comunità verranno istituiti in quelle che erano le Case della Salute o in ex Ospedali<sup>56</sup>.

L'Ospedale di Comunità è un presidio sanitario, titolare delle cure intermedie, ovvero quel bisogno di cure non soddisfacibile con la semplice prestazione ambulatoriale ma che non necessita nemmeno di un ricovero in struttura ospedaliera per acuzie o residenziale che vada oltre i 30 giorni di degenza. La via di mezzo tra assistenza domiciliare e ricovero ospedaliero.

Gli obiettivi dell'Ospedale di Comunità sono<sup>57</sup>:

1. Prendere in carico il paziente in fase post acuta o di cronicità riacutizzata, con una situazione di stabilità e bassa imprevedibilità clinica;
2. Prevenire le ospedalizzazioni non necessarie;
3. Organizzare le dimissioni protette, utilizzare gli adeguati presidi per facilitare l'assistenza e il rientro a domicilio;

---

<sup>56</sup> Conferenza Stato-Regioni, Report del 30/02/2022

<sup>57</sup> Decreto Ministeriale 77 *Nuovi modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN*, 2022

4. Valutare ed eventualmente organizzare il ricovero in strutture protette laddove necessario;
5. Organizzare la continuità assistenziale condividendo i percorsi di cura e riabilitazione con il Medico di Medicina Generale, eventuali Medici Specialisti e Caregiver;

L'obiettivo principale dell'Ospedale di Comunità è quello del rientro a domicilio del paziente, integrando i servizi sanitari e sociali alle esigenze dell'individuo, promuovendo dove possibile la riacquisizione di autonomia propria del soggetto.

L'OdC eroga assistenza infermieristica e sociosanitaria 24h e 7 giorni su 7. Per 20 posti letto si avrà la presenza di 9 infermieri e 9 OSS. Inoltre, godrà anche di 1 coordinatore infermieristico, 1 infermiere case manager diurno, 1 fisioterapista per i pazienti che necessitano di riabilitazione e 1 assistente sociale per guidare il paziente nel setting di cura più adeguato alle sue necessità sociosanitarie.

L'assistenza medica è prevista 40 ore a settimana, 6 giorni su 7 e si tratterà prevalentemente di medici specialisti geriatri o internisti. Tuttavia, la reperibilità telefonica è garantita per 12 ore al giorno, 7 giorni su 7, qualora sia necessario un immediato intervento medico<sup>58</sup>.

---

<sup>58</sup> <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato2968052.pdf>

## **2.1.2 RESPONSABILI, OPERATORI SANITARI E OPERATORI SOCIOSANITARI**

L'organizzazione delle attività dell'Ospedale di Comunità è articolata su approcci multidisciplinari, multiprofessionali e interprofessionali che garantiscono l'integrazione di tutte le competenze dei professionisti coinvolti nel setting della cura.

Le responsabilità di gestione organizzativa dell'OdC è a carico di un medico individuato dalla direzione sanitaria dell'azienda locale, che è anche il raccordo comunicativo tra i responsabili sanitari, clinici ed assistenziali.

Le responsabilità dell'assistenza dell'OdC è a cura del coordinatore infermieristico.

Le responsabilità cliniche per ogni singolo paziente sono del Medico di Medicina Generale di fiducia dell'assistito oppure in carico ad un medico dipendente della struttura.

Il Responsabile Clinico dell'OdC è un Medico di Medicina Generale (o Pediatra di Libera Scelta nel caso di Ospedale di Comunità pediatrico) convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) oppure ad un dipendente medico operante stabilmente nella struttura. Il Responsabile clinico si occupa della raccolta dati sanitari dall'ingresso alla dimissione del paziente. Nella fase d'ingresso è responsabile di condividere il percorso assistenziale con il paziente e con i suoi familiari ed è disponibile per eventuali colloqui futuri previa appuntamento<sup>59</sup>. Si interfaccia e collabora con il Medico curante del paziente nella fase di dimissione

---

<sup>59</sup> <https://www.fnopi.it/2020/02/20/ospedale-comunita-gestione-infermieristica-cittadini-territorio-multiprofessionalita/>

che avviene nella modalità di dimissione protetta, valutando le eventuali necessità assistenziali post-dimissione. Inoltre, compila e chiude la cartella clinica del paziente e infine stila la lettera di dimissione. Il Responsabile Clinico ha a disposizione una corsia preferenziale nel rapporto con l'Ospedale per acuti di riferimento dell'OdC per quanto riguarda eventuali ricoveri, necessità di consulenze specialistiche o in caso di urgenze gestionali.

Anche la responsabilità della gestione dei farmaci nella struttura, del risk-management, del rispetto delle norme igienico-sanitarie, della documentazione clinica e normativa è a carico del Responsabile Clinico<sup>60</sup>.

In caso di necessità, l'infermiere può attivare nelle ore diurne l'intervento del Responsabile Clinico oppure, nelle ore notturne, nei festivi e prefestivi avvalersi del Servizio di continuità assistenziale.

Nell'Ospedale di Comunità è garantito un monitoraggio 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, ad ogni turnazione del personale avviene il passaggio di consegne e la possibilità di accedere alla documentazione clinica è aperta a tutte le figure sanitarie che interagiscono nell'OdC.

Ogni visita medica viene documentata nella cartella clinica condivisa e il percorso assistenziale del paziente va' disegnato assieme all'infermiere case-manager e gli altri professionisti, incluso il fisioterapista qualora si ritenesse necessaria una fase riabilitativa. Il percorso assistenziale è continuamente monitorato e rimodulato in base all'esigenze del paziente grazie a dei meeting multidisciplinari dove ogni professionista coinvolto contribuisce all'aggiornamento del percorso.

---

<sup>60</sup> Ministero della Salute, *Presidio sanitario di assistenza primaria a degenza breve/Ospedale di Comunità* "Direzione generale della programmazione sanitaria", Allegato A

La cartella clinica è informatizzata e collegata al Sistema Informativo Sanitario (SIS) in modo da rendicontare le prestazioni, la qualità dei servizi e gli interventi delle OdC nella sua area territoriale<sup>61</sup>.

Nelle ore in cui l'OdC non garantisce assistenza medica, ovvero in orario notturno che va dalle 20 alle 8, sarà l'Azienda Sanitaria di riferimento ad inviare il proprio medico di Continuità Assistenziale che interverrà in caso di urgenza, erogando l'adeguata prestazione e aggiornando di conseguenza la cartella clinica. Se la necessità di intervento medico si manifesta in orario diurno nei giorni di sabato, domenica o festivi, l'Azienda Sanitaria può concedere l'accesso programmato di almeno un'ora al giorno e, in caso di non urgenze, l'intervento medico entro 45 minuti su richiesta specifica e motivata del coordinatore infermieristico.

Il Responsabile Gestionale è il direttore del Distretto sanitario o un suo delegato.

Questa figura può avvalersi delle strutture e organizzazioni distrettuali e può in alcuni casi, organizzare ingressi rapidi in OdC da ospedale o da qualsiasi altro luogo di cura sempre in concordato con la direzione sanitaria dell'ospedale o il responsabile di struttura.

Il Medico Responsabile Gestionale deve avere competenze nell'organizzazione e gestione dei servizi e dev'essere supportato dall'amministrazione. I compiti del Responsabile Gestionale sono quelli di valutare le richieste di accesso in OdC provenienti da Aziende Sanitarie, strutture pubbliche o accreditate, dai Medici di Medicina Generale; deve gestire, valutare e stilare una priorità di richieste, riaggiornandole di giorno in giorno; redige la lista d'attesa formata dalle richieste accettate in condivisione con il Medico Responsabile Clinico di struttura con cui

---

<sup>61</sup>[https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_navigazioneSecondariaRelazione\\_3\\_listaCapitoli\\_capitoliItemName\\_6\\_scarica.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_navigazioneSecondariaRelazione_3_listaCapitoli_capitoliItemName_6_scarica.pdf)



gestirà l'ingresso in OdC; si occupa del rilevamento di performance di efficacia ed efficienza assieme al Medico Responsabile Clinico<sup>62</sup>.

Un team multidisciplinare si riunirà, durante la degenza del paziente in Ospedale di Comunità, presentando un percorso post-dimissione in collaborazione col medico curante del paziente che valuterà il paziente ed eventualmente programmerà degli interventi di assistenza domiciliare dopo il ricovero e collaborerà con i familiari e/o il caregiver favorendo la continuità assistenziale al paziente<sup>63</sup>.

Ospedale di Comunità, Ospedale per acuti e domicilio saranno collegati dal PUA (Punto Unico di Accesso) che si occuperà di gestire le liste di attesa e, in collaborazione con il coordinatore dell'OdC, valutare le richieste di accesso in struttura e programmare l'eventuale percorso assistenziale.

Il Distretto garantisce un collegamento 24h tra l'Ospedale di Comunità e gli studi dei Medici di Medicina Generale, garantisce inoltre ad ogni medico curante l'ingresso in OdC per la raccolta e la condivisione dei dati sanitari relativi al paziente<sup>64</sup>.

L'Infermiere Coordinatore è un infermiere in possesso di Master di Management delle Professioni Sanitarie (o titoli equipollenti) con competenze tecniche, relazionali ed ha funzioni organizzative e gestionali<sup>65</sup>. Egli è responsabile di programmare, pianificare e gestire il lavoro in OdC; gestisce il personale sanitario e sociosanitario; si occupa della formazione e del reclutamento del personale;

---

<sup>62</sup> [https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo\\_id=76256](https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=76256)

<sup>63</sup> Regioni.it, *Ospedali di comunità: il testo dell'Intesa*, 2020

<sup>64</sup> Fassari L., *Case e Ospedali di Comunità aperti h24 e collegati agli studi dei Medici di Medicina Generale*, "Quotidiano Sanità", 2022

<sup>65</sup> L. 43, *Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione*, "Gazzetta ufficiale", 2006

costruisce relazioni di collaborazione con tutti i professionisti sanitari e garantisce l'efficienza nella gestione delle risorse<sup>66</sup>.

L'Infermiere Case Manager è responsabile di coordinare il percorso assistenziale del paziente durante la presa in carico, all'ingresso e alla dimissione; è il raccordo nelle comunicazioni tra paziente, familiari o caregiver, servizio di assistenza domiciliare o ospedale nel caso di necessità di ricovero; può attivare il protocollo di dimissione protetta con servizio di assistenza domiciliare integrata e l'eventuale prescrizione degli ausili necessari al paziente una volta rientrato nel suo domicilio; redige in collaborazione con il personale infermieristico il programma assistenziale e terapeutico per il caregiver, istruendolo all'interno dell'OdC<sup>67</sup>.

L'infermiere è il responsabile dell'assistenza infermieristica al paziente. I compiti dell'infermiere sono la promozione della salute, l'educazione sanitaria, la prevenzione e l'assistenza al paziente. Partecipa attivamente all'identificazione dei bisogni del paziente e della collettività, individua un piano di assistenza infermieristica alla persona e ne stila gli obiettivi di salute, si occupa della gestione e della valutazione degli interventi infermieristici, si avvale degli strumenti e delle tecniche relazionali più efficaci per promuovere l'empowerment del paziente, si fa garante dell'applicazione di una corretta prescrizione terapeutica e agisce in collaborazione con gli altri professionisti sanitari avvalendosi delle figure di supporto laddove lo ritiene necessario<sup>68</sup>.

L'Operatore Socio-Sanitario (OSS) è l'operatore che favorisce la risoluzione dei bisogni primari del paziente, nell'ambito delle proprie competenze. Promuove il benessere e il recupero dell'autonomia della persona. I suoi compiti principali sono

---

<sup>66</sup> <https://nursetimes.org/ospedali-di-comunita-responsabilita-dellassistenza-agli-infermieri/71743>

<sup>67</sup> Cfr. De Carli S., *Infermiere di comunità: Case manager o Community manager?* Vita, 2021

<sup>68</sup> <https://www.dimensioneinfermiere.it/infermiere-di-famiglia-comunita/>

l'assistenza diretta e mansioni domestico-alberghiere in favore del paziente, interventi igienici o sociali, supporto organizzativo agli operatori sanitari. L'OSS gode di competenze tecniche e relazionali acquisite durante il corso di formazione per la qualifica professionale<sup>69</sup>.

Nell'area delle competenze tecniche e relazionali dell'OSS rientrano la concretizzazione dei piani di lavoro redatti dai professionisti sanitari, il supporto ai pazienti dipendenti per le cure igieniche, per il cambio vestiario, per assolvere i bisogni fisiologici e per ogni altra necessità primaria, collabora con gli altri professionisti sanitari nella raccolta dei bisogni dell'assistito, può eseguire medicazioni semplici su indicazione e supervisione dell'infermiere, può supportare il paziente durante l'assunzione di farmaci per via orale, mette in pratica gli interventi pianificati dagli altri operatori sanitari per la prevenzione di lesioni da decubito; è in grado di riconoscere i sintomi più comuni di malessere come pallore, eccessiva sudorazione ecc., si occupa della sterilizzazione e asciugatura dei ferri chirurgici, può eseguire interventi di primo soccorso, assiste il paziente durante i pasti, supporta l'infermiere nella composizione della salma, collabora nelle attività che promuovono la socializzazione e il recupero e/o mantenimento delle capacità psico-cognitive del paziente<sup>70</sup>.

Il Fisioterapista agisce su indicazione del Responsabile Clinico di struttura o del Medico Fisiatra e promuove interventi atti alla mobilizzazione e riabilitazione motoria per i pazienti che ne necessitano.

---

<sup>69</sup> Legge Regionale 16 agosto 2001, n.20 *La figura dell'operatore socio-sanitario*

<sup>70</sup> <https://www.nurse24.it/oss/operatore-socio-sanitario/chi-e-l-operatore-socio-sanitario.html>

### 2.1.3 LA DEGENZA E I COSTI

All'accesso del paziente in Ospedale di Comunità, verranno consegnati il Contratto di degenza, la Carta dei Servizi dell'OdC, la normativa per il trattamento dei dati personali e il documento per il consenso all'utilizzo dei dati sanitari del Fascicolo Elettronico Sanitario.

Il Contratto di degenza è un documento che deve essere necessariamente firmato dal paziente o dai suoi familiari/caregiver e dal Medico Responsabile Clinico dell'OdC.

Nel Contratto di degenza sono specificati durata e modalità di ricovero. Viene richiesta inoltre l'accettazione delle condizioni in caso di prolungamento del ricovero oltre i 30 giorni, dopo i quali la degenza non è più gratuita. Dal 31esimo al 60esimo giorno gli assistiti devono pagare una somma di 25 euro al giorno all'Azienda Sanitaria di riferimento dell'OdC. Dopo il 61esimo giorno di degenza la tariffa diventa di 45 euro giornalieri. Il giorno dell'accesso e il giorno della dimissione del paziente sono conteggiate nelle presenze in OdC. Tutte le prestazioni di cura e riabilitazione sono effettuate in regime di esenzioni a titolo di compartecipazione alla spesa sanitario (ticket) così come le prestazioni ambulatoriali, fino al 60esimo giorno di degenza<sup>71</sup>.

All'accesso del paziente viene formulato dal Responsabile Clinico, in collaborazione con i professionisti sanitari, il PAI (Piano Assistenziale Individualizzato) che viene rivalutato e aggiornato lungo il percorso, valutando gli obiettivi raggiunti. Nel caso questi obiettivi non vengano espletati entro i 60 giorni

---

<sup>71</sup> <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato2968052.pdf>

di degenza, il Responsabile Clinico e i professionisti sanitari dovranno riformulare il piano assistenziale nel quale vengono anche ridefiniti i giorni di ricovero in base alla situazione clinica, alle esigenze di riabilitazione e ai bisogni assistenziali dell'individuo<sup>72</sup>.

Come già citato nel paragrafo 2.1.1, il personale che dovrà essere attivo dal 2027, non è finanziato dal PNRR ma peserà sulla spesa corrente pubblica. Secondo il documento allegato al PNRR ed approvato dalla Commissione europea, il costo annuale per ogni Ospedale di Comunità sarà di 688.000 euro e quindi complessivamente per i 400 OdC previsti dal Piano la spesa sarà di 275.200.000 euro annui. Secondo i parametri del PNRR, una giornata di ricovero in OdC costerebbe quindi 86 euro, un importo perfino inferiore ad una giornata di degenza in RSA<sup>73</sup>.

Sembrerebbe quindi una stima imprecisa ed in forze a questa tesi vi è anche una recente ricerca sugli Ospedali di Comunità già attivi nella regione Marche da parte del Dr. Franco Pesaresi, che sostiene sia necessaria una spesa media di 133 euro giornalieri per una giornata di degenza in OdC<sup>74</sup>.

Alla luce di ciò, riteniamo che ulteriori finanziamenti siano necessari per il corretto sviluppo del nuovo modello organizzativo territoriale.

---

<sup>72</sup> F. Pesaresi, *Ospedali di Comunità: Quadro nazionale, PNRR, Regioni VI Conferenza Nazionale sulle Cure Domiciliari dei Distretti*, 2021

<sup>73</sup> <https://www.luoghicura.it/dati-e-tendenze/2019/09/le-tariffe-delle-residenze-sanitarie-assistenziali/>

<sup>74</sup> In base a delle ricerche effettuate da F. Pesaresi, Direttore dell'Azienda servizi alla persona "Ambito 9" di Jesi (AN), sulla rete degli Ospedali di Comunità delle Marche, nati nel 2013 dalla riconversione di alcuni presidi ospedalieri e già attivi prima del PNRR. Stiamo parlando degli OdC nei comuni di Sassocorvaro, Cagli, Fossombrone, Arcevia, Sassoferrato, Castelfidardo, Chiaravalle, Loreto, Recanati, Macerata, Cingoli, Tolentino, Treia, Matelica, Sant'Elpidio a Mare e Montegiorgio (DGR 960/2014 e DGR 139/2016).

## **2.1.4 DIFFERENZE TRA ODC, LUNGODEGENZA POST-ACUZIE E RSA**

Gli Ospedali di Comunità si pongono nel setting delle cure intermedie, tra le cure domiciliari e il ricovero ospedaliero.

La differenza sostanziale tra Ospedale di Comunità, Lungodegenze e RSA sta nella presenza del personale sanitario e tecnico. Nell'Ospedale di Comunità prevale una gestione infermieristica, quindi avremo una maggior presenza di infermieri e un minor numero di medici rispetto ad un Ospedale post-acuzie. Nelle strutture RSA prevale la presenza di personale assistenziale quindi troveremo più Operatori Sociosanitari che Infermieri e Medici.

In Italia vi sono importanti disuguaglianze degli standard di qualità assistenziale tra gli Ospedali di Comunità e le strutture RSA nelle diverse regioni<sup>75</sup>, per cui sarà necessario riorganizzare alcuni modelli gestionali in modo che le prestazioni di tali strutture possano risultare più omogenee in tutto il territorio prima di poter sperare che il nuovo modello organizzativo dia i risultati di efficacia ed efficienza preposti. Riteniamo infatti, che tra i fondamentali obiettivi del PNRR sia proprio quello di ridurre queste disuguaglianze nell'erogazione di servizi sanitari e assistenziali, cosa che altrimenti non renderebbe possibile poter assegnare ad ogni struttura la sua specifica funzione e utilizzare nel miglior modo le risorse a disposizione<sup>76</sup>.

Rilevante differenza possiamo trovare anche nelle modalità di accesso dove negli Ospedali di Comunità sono più rigide rispetto alle Lungodegenze post-acuzie ed

---

<sup>75</sup> Ministero della Salute, *Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza*, "Prestazioni residenziali e semiresidenziali"

<sup>76</sup> Cfr. Report Osservatorio GIMBE, "Livelli Essenziali di Assistenza: le disuguaglianze regionali in sanità", 2022

RSA. Questo per evitare un'occupazione inappropriata di posti letto avendone a disposizione, mediamente, in numero minore rispetto alle altre due strutture.

Per un miglior chiarimento, possiamo inserire l'Ospedale di Comunità nel setting delle strutture residenziali generali a differenza delle RSA che sono strutture residenziali per anziani o Lungodegenze che rientrano nel profilo della struttura ospedaliera.

	<b>LDPA</b>	<b>RSA</b>	<b>OSPEDALI DI COMUNITA'</b>
<b>Setting</b>	Ospedale	Struttura Residenziale (principalmente per anziani)	Struttura Residenziale
<b>Posti letto</b>	Almeno 2 posti letto ogni 10000 abitanti	Almeno 2 posti letto ogni 10000 abitanti	Almeno 4 posti letto ogni 10000 abitanti
<b>Durata massima della degenza</b>	60 giorni	Anche a tempo indeterminato	Degenza media di 15-20 giorni con eventuali proroghe a contributo dell'assistito
<b>Tariffario</b>	Mediamente 154,00 Euro e nessuna quota di partecipazione dell'assistito	Mediamente 103,00 Euro con partecipazione della quota alberghiera a carico dell'assistito	Valore intermedio tra Lungodegenza post-acuzie ed RSA. Il costo può suddividersi in una quota alberghiera e sanitaria per a carico dell'assistito

<b>Soglia minima posti letto</b>	Minimo 20 posti letto	Minimo 20 posti letto	Minimo 15-20 posti letto ed un massimo di 40 posti letto
----------------------------------	-----------------------	-----------------------	--

In questo paragrafo abbiamo riportato le principali differenze fra le tre tipologie di strutture in base a dati raccolti da Decreti Ministeriali e Normative regionali<sup>77</sup>.

<sup>77</sup> Ministero della Salute - Decreto ministeriale 5 aprile 2022. Decreto di approvazione dello schema di contratto istituzionale di sviluppo (CIS) con l'allegato comprensivo del Piano operativo e delle schede intervento.

Ministero della Salute – Decreto ministeriale 20 gennaio 2022. 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

Abruzzo – Decreto Commissario ad Acta n. 93 del 12/8/2016: Quote di compartecipazione relative all'assistenza territoriale residenziale per anziani non autosufficienti, disabili e pazienti Alzheimer e demenze in fase di lungodegenza e mantenimento.

Calabria – Decreto Commissario ad Acta n. 118 del 14/9/2017: Residenze assistenziali sanitarie (RSA) – nuovi requisiti minimi per l'autorizzazione e l'accreditamento e definizione della nuova tariffa massima regionale per le RSA.

Campania – Decreto Commissario ad Acta n. 97 del 16/11/2018: Assistenza sociosanitaria territoriale: Requisiti, criteri e procedure di accesso per le R.S.A.: Unità di cure residenziali per persone adulte non autosufficienti (R3), per persone adulte affette da Disturbi Cognitivi e Demenze (R2D), e per persone adulte non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate (RD3). Attuazione Programma Operativo 2016-2018 Intervento 19.1 DCA 14/2017.

Emilia-Romagna – D.G.R. 29/2/2016, n. 273: Approvazione sistema di remunerazione dei servizi socio-sanitari accreditati provvisoriamente e/o definitivamente.

Friuli-Venezia Giulia – D.G.R. 29/10/2015, n. 2151; L.R. 17/2014, art. 23. DGR 2673/2014. Linee guida per la gestione delle residenze sanitarie assistenziali.

Lazio – Decreto Commissario ad Acta n. 60 del 3/3/2016: Modifica del decreto del commissario ad acta n. 9/2016 avente ad oggetto 'Definizione delle tariffe per l'assistenza residenziale estensiva e assistenza residenziale e semiresidenziale estensiva per disturbi cognitivo comportamentali gravi rivolta a persone non autosufficienti anche anziane'.

Liguria – D.G.R. 9/7/2012, n. 941: Integrazioni e parziali modifiche alla DGR 15 luglio 2011 n. 862 e ss.mm. ii. in materia di residenzialità e semiresidenzialità sociosanitaria.

Molise – Decreto Commissario ad Acta n. 60 del 16/11/2017: DPCM 12 gennaio 2017. Definizione tariffe per prestazioni residenziali e semiresidenziali per persone non autosufficienti e disabili. Provvedimenti.

Puglia – D.G.R. 6/8/2014, n. 1797: DGR 8 marzo 2011, n. 359 – Modifiche schema tipo di accordo contrattuale per l'erogazione e l'acquisto di prestazioni sanitarie da parte di Residenze Socio Sanitarie Assistenziali.

Sardegna – D.G.R. 3/5/2017, n. 22/24: Modifica ed integrazione dei requisiti minimi organizzativi delle Residenze sanitarie assistenziali e dei centri diurni integrati. Aggiornamento delle 'Linee di indirizzo in materia di RSA e di CDI'. Aggiornamento del sistema tariffario delle prestazioni assistenziali erogate presso le RSA.

Toscana – D.G.R. 21/12/2018, n. 1481: Adeguamento dal 1° gennaio 2019 della quota sanitaria del modulo per la non autosufficienza stabilizzata, tipologia base, all'interno delle residenze sanitarie assistenziali (RSA).

Veneto – DGR 16 agosto 2017 n. 1336: Indicazioni alle Aziende ULSS della Regione del Veneto sui criteri e modalità con cui garantire l'assistenza medica nelle strutture residenziali in attuazione alla riorganizzazione avviata con L.R. n. 23/2012 (Piano Socio Sanitario regionale 2012-2016) e con L.R. n.19/2016.



I valori di Lungodegenza post-acuzie e RSA sono calcolati in media regionale mentre per gli Ospedali di Comunità, essendo oggetto di interesse di questo elaborato, abbiamo cercato di riportare dati più precisi per ogni Regione.

Tra le prime differenze di Lungodegenza post-acuzie, RSA e Ospedali di Comunità possiamo trovare la soglia minima di assistiti. La Lungodegenza e l’RSA partono da una soglia minima di 20-30 posti letto mentre un Ospedale di Comunità ha nella norma 15-20 posti letto con possibilità di ampliamento fino a 40 posti letto. Sul PNRR è indicato che un Ospedale di Comunità debba possedere uno standard di 4 posti letto per 10.000 abitanti a differenza dei 6 posti letto su 10.000 delle Lungodegenze e dei 15 posti letto su 10.000 delle RSA.

<b>ENTE</b>	<b>Soglia minima posti letto</b>	<b>Dimensione massima</b>	<b>Posti letto per modulo</b>
Media-Regioni	15-20	30-40	15-20
Abruzzo		20	
Bolzano	15-20	30-40	
Emilia-Romagna			15-20

P.A. di Trento – DGP 27/12/2018, n. 2481: Approvazione delle ‘Direttive per l’assistenza sanitaria ed assistenziale a rilievo sanitario nelle Residenze Sanitarie e Assistenziali (RSA) pubbliche e private a sede territoriale ed ospedaliera del Servizio sanitario provinciale (SSP) per l’anno 2019 e relativo finanziamento’.

Valle d’Aosta – DGR 12 marzo 2018 n. 267: Approvazione delle direttive all’AUSL per l’istituzione della rete di servizi per il trattamento e l’assistenza delle persone affette da disturbi cognitivi e/o demenza e dei requisiti minimi per l’autorizzazione all’esercizio di attività socio-sanitarie nei nuclei residenziali e semiresidenziali per il trattamento delle persone affette da demenza, e delle relative tariffe. Modificazioni alla DGR 495/2017, parziale revoca delle DGR 2050/2011 e 876/2013 e revoca delle DGR 2419/2006, 1030/ 2007 e 3745/2007.

Friuli V. G.	20	120	20
Liguria	18		18-25
Lombardia	15-20	30-40	20
Marche	20		
Puglia	< 20	40	
Sardegna	60		30
Toscana	8		
Veneto	24		24

78

Per quanto riguarda la durata massima della degenza, in Lungodegenza è di 2 mesi ed è totalmente a carico del SSN. Nelle RSA il ricovero può anche essere stabilito a tempo indeterminato. In Ospedale di Comunità, nella maggior parte delle regioni, la degenza è sostenuta dal SSN solo nel primo mese, diventa poi a carico dell'assistito nel secondo mese con una tassa di permanenza di 25,00 euro al giorno e sempre a carico dell'utente dal terzo mese di ricovero in poi con una tassa di permanenza di 60,00 euro giornalieri<sup>79</sup>.

Mediamente la spesa del SSN per una giornata di degenza nelle Lungodegenze è in media di 154,00 euro e completamente gratuita per il cittadino. In RSA la spesa media è di 107,00 euro al giorno e all'utente spetta la compartecipazione della quota alberghiera<sup>80</sup>.

Per l'Ospedale di Comunità, così come per le altre due strutture, non esiste una normativa unitaria che stabilisca un tariffario comune sul territorio nazionale, ogni Regione può decidere con proprie modalità budget, costi e tariffe. La media

<sup>78</sup> Pesaresi F, *Modelli regionali di strutture di cure intermedie a confronto*, 2019

<sup>79</sup> Legge Regionale 22/2022, "Accreditamento strutture intermedie"

<sup>80</sup> Pesaresi F, *Le tariffe delle Residenze sanitarie assistenziali*, 2019

regionale prevede una spesa giornaliera di 130,00 euro e la compartecipazione da parte del cittadino di quota sanitaria e alberghiera dopo il primo mese di ricovero.

ENTE	Tariffa giornaliera in Euro	Note
AGENAS	Un valore intermedio tra lungodegenza ospedaliera e strutture residenziali	Il costo può essere suddiviso in una quota sanitaria ed una quota alberghiera a carico dell'assistito
Bolzano	234,85 € (pubblico), 213,5 € (privato)	Superati i 30 giorni di degenza l'assistito contribuisce con il 50% della tariffa giornaliera
Friuli Venezia Giulia	134,00 €	
Lazio	144,00 €	
Lombardia	130,00 € (livello base), 190,00 € (avanzato)	
Marche	145,00 €	Superati i 60 giorni di degenza il cittadino contribuisce per la quota alberghiera pari a 42,50 € giornalieri
Piemonte	120,00 € 130,00 € +20,00 €	Pazienti con moderata/lieve complessità clinico-assistenziale Pazienti con alta complessità clinico-assistenziale Quota alberghiera dopo il 30esimo giorno di ricovero
Sardegna	138,00 €	La quota alberghiera a carico dell'assistito è nulla nei primi 10 giorni di ricovero o per pazienti con prognosi in exitus, in fase di definizione diagnostica dello stato vegetativo o di completamento di terapie iniziate in fase di ricovero per acuzie; successivamente dall'11esimo giorno o dal completamento delle terapie iniziate in ricovero per acuzie sino al 40esimo giorno di ricovero incluso, sarà di 15 euro giornalieri. Se la degenza si prolungherà oltre questi termini allora l'assistito pagherà il 50% della tariffa giornaliera
Toscana	119, 00 € (RAI); 132,00 € (RSI); 154,00 € (Low care)	RAI - Resident Assessment Instrument RSI - Resident Services Incorporated Low care - Bassa intensità

Veneto	145,00 €	La quota alberghiera dell'OdC di 25,00 € a carico dell'assistito a partire dal 61esimo giorno di degenza e che aumenta a 45,00 € giornalieri dopo il 90esimo giorno
--------	----------	---

81

La regione che ha investito di più nel piano finanziario disposto per gli OdC è il Veneto, su proposta dell'Assessore alla Sanità e al Sociale Manuela Lanzarin e con approvazione della Giunta regionale, dove le tariffe giornaliere a carico dell'assistito partiranno dal terzo mese di ricovero piuttosto che dal secondo mese e il budget stanziato sarà ampliato a 145,00 euro per ogni giorno di degenza in Ospedale di Comunità invece che dei 133,00 euro previsti dalla media nazionale<sup>82</sup>.

Lo standard nazionale di personale sanitario prevede in Lungodegenza, per un numero di 32 posti letto, 13 infermieri più un coordinatore infermieristico, 4 tecnici di riabilitazione e 8 operatori sociosanitari. Nelle RSA gli standard del personale sanitario variano molto da regione in regione, mediamente la presenza di almeno un infermiere è fissa sia di giorno che di notte, le figure sociosanitarie sono presenti con un rapporto di 1 OSS ogni 6 posti letto e le visite mediche sono garantite circa 2-3 volte a settimana. In Ospedale di Comunità lo standard, per 20 posti letto, è di 9 infermieri più un coordinatore infermieristico, 6 operatori sociosanitari e un medico presente in struttura per almeno 4 ore al giorno, 6 giorni su 7.<sup>83</sup>

L'assistenza medica nelle strutture di Lungodegenza post-acuzie è garantita 24 ore su 24. Nelle RSA il medico è solitamente uno specialista geriatra che si accinge a

<sup>81</sup> Decreto Ministro della Salute 20/01/2022

<sup>82</sup> C. Fassari *Giunta alza da 130 a 145 euro il budget per ogni giorno di ricovero in Ospedale di Comunità* "Quotidiano Sanità Veneto", Dicembre 2019  
[https://www.quotidianosanita.it/veneto/articolo.php?articolo\\_id=79853](https://www.quotidianosanita.it/veneto/articolo.php?articolo_id=79853)

<sup>83</sup> Ministero della Salute, Decreto 2 aprile 2015, n. 70: Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

far visita agli ospiti della struttura dalle 2 alle 3 volte a settimana. Negli Ospedali di Comunità le modalità adottate sono differenti in base alla scelta delle regioni che possono essere suddivise in tre gruppi:

<b>GRUPPI</b>	<b>REGIONI</b>	<b>ASSISTENZA MEDICA (10'-20' al giorno per paziente)</b>
1	Friuli V. G., Liguria, Lombardia (OdC avanzato), Piemonte, Toscana, Veneto	Garantita da medici dipendenti soprattutto geriatri. In Toscana l'assistenza medica è più elevata. In Lombardia è di 90 minuti al giorno, 6 giorni su 7.
2	Abruzzo, Campania, Emilia-Romagna, Puglia, Toscana, Umbria	Garantita da Medico di Medicina Generale. Nella maggioranza dei casi con l'ausilio del Medico di Continuità Assistenziale. In Puglia un accesso settimanale per ospite.
3	Lazio, Lombardia (OdC base), Marche, Molise, Sardegna	Garantita da Medico di Medicina Generale o da medici dipendenti della struttura soprattutto geriatri. Spesso con supporto del Medico di Continuità Assistenziale. In Lombardia 60 minuti al giorno, 5 giorni su 7 più reperibilità nell'OdC livello base.

84

Rilevanti differenze troviamo anche nelle modalità di accesso per le tre tipologie di strutture. Nella Lungodegenza post-acuzie, i pazienti sono inviati dall'ospedale previo accordi tra i medici della struttura ospedaliera e Responsabile della Lungodegenza. In RSA, invece, l'accesso è regolato dall'Unità di Valutazione Multidimensionale e l'assistito può essere trasferito sia da una struttura ospedaliera

<sup>84</sup> Pesaresi F, *Modelli regionali di strutture di cure intermedie a confronto*, 2019

che dal proprio domicilio Nell’Ospedale di Comunità, le modalità di accesso e approccio multidimensionale variano molto tra le diverse regioni<sup>85</sup>.

Perché un Ospedale di Comunità possa accettare un paziente è necessario che quest’ultimo abbia una diagnosi e una prognosi ben definite, una valutazione del carico assistenziale e clinico già stabilito e un programma di trattamento e terapie già concordato e condiviso con il paziente e suoi familiari, eccezion fatta per un accesso proveniente dal Pronto Soccorso<sup>86</sup>.

Le componenti di lavoro multidisciplinare e multidimensionale delle tre tipologie di strutture sono in qualche modo simili. In Lungodegenza post-acuzie si l’approccio multidisciplinare e multidimensionale si basa sul PAI (Piano Assistenziale Individualizzato) e sul PRI (Piano di Riabilitazione Individualizzato). In Ospedale di Comunità avviene una valutazione multidimensionale e multidisciplinare all’ingresso dell’utente con la compilazione di un PAI e periodiche revisioni. In RSA vi è una valutazione multidimensionale all’ingresso e la formulazione di un PAI per tutti gli ospiti della struttura<sup>87</sup>.

<p><b>1a.</b> Le strutture invianti (ospedaliere e residenziali) o il Medico di Medicina Generale (domicilio) compilano la richiesta di ricovero</p>	<p>Abruzzo, Bolzano, Friuli V. G., Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte (no MMG), Puglia (no proveniente da domicilio), Sardegna, Veneto</p>
<p><b>1.b</b> Anche direttamente dal pronto soccorso</p>	<p>Bolzano, Lombardia, Marche, Puglia, Toscana, Sardegna</p>

<sup>85</sup> Pesaresi F, *Gli ospedali di comunità nel PNRR, grande sviluppo e qualche problema* 2021

<sup>86</sup> Pesaresi F., *Modelli regionali di strutture di cure intermedie a confronto*, 2019, in Banchieri G., Colaavita F., Massaro G., (a cura di) *Ospedali di comunità, case della salute e cure primarie: esperienze regionali a confronto*, Edizione Joelle 2019

<sup>87</sup> Fondazione Cenci Galligani, *L’Assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, 6° Rapporto* 2018, in Pesaresi F., *Modelli regionali di strutture di cure intermedie a confronto*, 2019

<b>2a.</b> Si accede alle Cure intermedie previa valutazione della Unità di Valutazione Multidimensionale	Bolzano, Emilia-Romagna, Friuli V. G., Lombardia, Marche, Molise, Toscana, Veneto
<b>2b.</b> L'UVM si riunisce e valuta la situazione dell'assistito dopo il ricovero in OdC	Lombardia, Marche (per accessi dal Pronto Soccorso)
<b>3a.</b> Viene redatto il Piano di Assistenza Individualizzato (PAI) o altro progetto assistenziale previsto dalla struttura prima dell'accoglienza	Emilia-Romagna, Liguria, Puglia, Sardegna
<b>3b.</b> Il PAI viene redatto solo dopo il ricovero in OdC	Lombardia, Marche, Veneto
<b>4.</b> Prima del ricovero viene definito un percorso per l'assistito in accordo con lo stesso e i suoi familiari	Liguria

88

## 2.2 LE PROSPETTIVE DELLE CASE DI COMUNITA'

Le Case della Comunità sono una parte fondamentale del piano di riforma delle cure primarie e del nuovo modello di organizzazione delle cure territoriali. Nella prospettiva di queste strutture ci sono però diversi interrogativi che richiederebbero delle risposte concrete.

<sup>88</sup> Pesaresi F., *Il quadro normativo nazionale sugli Ospedali di Comunità*, 2022

L'interrogativo principale sul futuro delle Case di Comunità riguarda il personale che opererà nella struttura. Nel documento PNRR non ci sono riferimenti a finanziamenti dedicati per l'assunzione del personale prima del 2027. Anche da quell'anno però, permangono molte incertezze dato che è previsto uno stanziamento di soli 94,5 milioni di euro quando la copertura necessaria alle assunzioni previste per i numeri del personale indicati dal PNRR è di oltre 600 milioni di euro. La restante somma, necessaria per ricoprire i costi di tutto il personale che opererà nelle nuove strutture, sarà reperita dal più efficiente utilizzo di risorse umane e finanziarie ottenute grazie al nuovo modello organizzativo<sup>89</sup>.

Sostanzialmente, da ciò che si evince dal documento PNRR, entro il 2026 avverrà la realizzazione delle Case di Comunità che verranno attivate solo a partire dal 2027 perché mancano le coperture per finanziare il personale<sup>90</sup>. Quindi abbiamo solo pochi anni per trovare una soluzione e riteniamo che una riorganizzazione del personale sanitario e l'assunzione di nuovi infermieri siano essere le opzioni più plausibili.

Un altro fronte su cui interrogarsi è l'ambito di integrazione dei servizi socio-sanitari nelle Case di Comunità. A nostro avviso il PNRR ne riporta una programmazione un po' troppo debole e vaga. Nel documento, infatti, non sono concretamente specificati i criteri di scelta, le modalità né le risorse che verranno messe in campo<sup>91</sup>.

Nel profilo organizzativo, indicato nel PNRR, delle Case di Comunità viene data la garanzia di una risposta ai bisogni di salute del cittadino anche attraverso l'integrazione dei servizi sanitari e sociali nell'ottica di coinvolgimento della

---

<sup>89</sup> DM 77/2022 – Allegato 1

<sup>90</sup> Camera dei Deputati, *Case della salute ed Ospedali di Comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale* n.144, 2021

<sup>91</sup> Geddes M., *Case della Comunità: la lunga marcia*, SoS Sanità 2022



comunità locale, delle libere associazioni di cittadini, dei caregiver e dei pazienti stessi. Tutto ciò non trova riscontro poi nel piano di attuazione degli interventi sugli standard dell'assistenza territoriale, mancano inoltre richiami all'integrazione sociosanitaria nelle altre parti di bozza del decreto e troviamo riscontro discordante anche con la programmazione di un Punto di Accesso Unico solo sanitario.<sup>92</sup>

Il futuro delle Case di Comunità sarà in ogni caso molto legato all'interpretazione che ne daranno le regioni, ai tempi di attuazione delle normative nazionali sugli standard di assistenza territoriale, dai tempi di sviluppo delle reti di Case di Comunità e dall'importanza che ogni regione vorrà dare a questo nuovo modello di assistenza territoriale.

Nel quadro delle norme nazionali, vengono lasciati ampi margini di manovra alle regioni che si sono sempre comportate diversamente, soprattutto in ambito sanitario, adottando modelli differenti tra loro avendo da sempre avuto vincoli di comportamento più generalmente dal punto di vista finanziario e dell'assistenza che dal punto di vista gestionale. Nel caso del PNRR invece, vengono indicati anche vincoli temporali e gestionali da rispettare per la realizzazione delle strutture ma per quanto riguarda l'organizzazione del personale e l'erogazione di servizi bisogna ci sia un maggior controllo a livello centrale di quello che in sanità c'è stato finora poiché, lo ricordiamo, è importante mirare a limitare le disuguaglianze regionali perché il PNRR dia i risultati sperati.

---

<sup>92</sup> Pesaresi F., *Le case della comunità: cosa prevede il PNRR. Qualche criticità significativa*, 2021

## 2.2.1 I COSTI DEL PERSONALE NELLE CDC

Il documento PNRR, indica uno standard di personale nelle Case di Comunità hub con la presenza di 7-11 Infermieri, 1 Assistente Sociale e 5-8 unità di Personale di Supporto come, ad esempio, Operatori Sociosanitari o Amministrativi, di cui almeno 5 dovranno essere amministrativi secondo quanto riportato dalla documentazione allegata al PNRR.

Nella stessa documentazione, sullo stesso capitolo delle Case di Comunità, troviamo però una diversa indicazione sullo standard di personale infermieristico dove si sostiene che al fine di garantire il servizio, gli infermieri delle CdC hub possono aumentare anche fino ad un numero di 8-12 unità IFeC secondo il seguente schema:

- 1 Coordinatore infermieristico;
- 1-2 Infermieri per le attività di triage e di valutazione dei bisogni di salute;
- 2-3 Infermieri per le attività ambulatoriali specialistiche;
- 4-6 Infermieri di famiglia per l'assistenza domiciliare integrata, le attività di promozione della salute, prevenzione e teleassistenza.

A questi dobbiamo aggiungere i costi del personale per gli altri servizi previsti dal PNRR, che variano tra Case di Comunità Hub e Case di Comunità Spoke, già citato nel paragrafo 1.2.1 (pag. 18).

Indicati gli standard di personale e servizi, nel PNRR è presente una voce di finanziamento di 2.363 infermieri per 94,5 milioni di euro<sup>93</sup>. Per il finanziamento del restante personale, che secondo quanto previsto dallo stesso documento PNRR

---

<sup>93</sup> D.L. 34/2020 art.1 c.5

equivale ad oltre 14.000 unità per un costo stimato di 567 milioni di euro, non vi è alcun riferimento ma si afferma che le risorse verranno dai risparmi frutto del risultato di una riorganizzazione più efficiente di risorse umane e finanziarie nel setting delle cure primarie.

Ma questa riorganizzazione basata su riduzione di ricoveri inappropriati, riduzione del consumo di farmaci e riduzione di codici bianchi nei Pronto Soccorso basterà a reperire le risorse necessarie? Secondo l'organizzazione sindacale dei dirigenti medici, la Cimo-Fesmed, i conti non tornano: le risorse necessarie per coprire i costi del personale sanitario nel territorio non ci sono. La stessa organizzazione denuncia la possibilità di “riempire il paese di nuove strutture che poi non siano in grado di funzionare perché carenti di medici e tecnologie” (Cimo-Fesmed, 2022)<sup>94</sup>.

Nel documento ministeriale è previsto un Infermiere di Famiglia e Comunità ogni 2.000-3.000 abitanti, questo vorrebbe dire assumere circa 20.000-30.000 infermieri. Togliendo le 9.600 assunzioni pianificate dal Decreto Rilancio<sup>95</sup> rimarrebbero 10.400-20.400 Infermieri di Famiglia e Comunità da assumere. Secondo il report del Conto Annuale da parte del Ministero di Economia e Finanze del 2019<sup>96</sup>, il costo medio di un infermiere è pari a 45.539 euro lordi l'anno. Se volessimo assumere 10.400 infermieri ciò comporterebbe una spesa di 473 milioni di euro l'anno mentre se vorremo arrivare ad assumerne 20.400 allora la spesa sarà di 929 milioni di euro l'anno. Nella Legge di Bilancio per l'anno finanziario 2022<sup>97</sup> viene autorizzata la spesa per la copertura del personale nelle Case di Comunità e Ospedali di Comunità di 2.176 milioni di euro entro il 2026. Considerando che oltre all'assunzione degli infermieri bisognerà anche garantire l'adesione dei Medici di Medicina Generale

---

<sup>94</sup> <https://ilmanifesto.it/case-di-comunita-i-fondi-stanziati-non-bastano-per-il-personale>

<sup>95</sup> D.L. 34/2020 *Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da Covid-19*

<sup>96</sup> <https://contoannuale.rgs.mef.gov.it/spese-e-retribuzioni/retribuzione-media>

<sup>97</sup> Legge 30 dicembre 2021, n.234

alle attività interne delle Case di Comunità, cosa che probabilmente comporterà un nuovo tipo di convenzione, il che probabilmente potrebbe risultare in ulteriori costi. Mancherebbero anche i finanziamenti per gli altri professionisti sanitari, gli OSS, il personale amministrativo e di supporto e viene difficile pensare che la somma stanziata sarà sufficiente per coprire tutti questi costi relativi al personale.

<b>Descrizione del personale</b>	<b>Unità di personale per struttura</b>	<b>Incremento di costo unitario (in Euro)</b>	<b>Unità di personale totali</b>	<b>Costi aggiuntivi (in Euro)</b>	<b>Fonte di Finanziamento</b>
Amministrativi	5		6.440		Nessun onere aggiuntivo per il SSN a causa del risultato della riorganizzazione di risorse finanziare e umane delle cure primarie
Medici di Medici Generale	10		12.880		
Infermieri di famiglia	6		7.728		
	2	40.000	2.236	94.500.000	D.L 34/2020 art. 1 c.5
<b>Totale</b>				<b>94.500.000</b>	

98

<sup>98</sup> Tabella di nostra riproduzione da un'elaborazione della documentazione del Governo inviata all'UE a corredo del PNRR; Camera dei Deputati, 2021

La riorganizzazione sanitaria<sup>99</sup> che garantirà una riduzione del numero di accessi impropri in Pronto Soccorso e dei ricoveri ospedalieri non produrrà i risparmi necessari per coprire i costi della nuova organizzazione territoriale poiché le spese più gravanti al SSN sono quelle degli interventi chirurgici, dei farmaci di ultima generazione e delle tecnologie innovative. Si rischia quindi che non vi siano coperture a sufficienza per garantire l'adeguato numero di personale sanitario nelle nuove strutture.

## **2.2.2 I COSTI DI REALIZZAZIONE STRUTTURALE DELLE CDC**

Considerato che nel PNRR sono previsti due miliardi di investimento per le Case di Comunità, ognuna di esse costerà a livello strutturale e tecnologico 1,6 milioni di euro. Sempre secondo il documento PNRR ognuna di queste CdC sarà disposta di 10-15 sale per consulenze mediche ed esami, servizi diagnostici di base e specialistici, punti prelievo, ambulatori ed il tutto sarà interconnesso da un sistema database e comunicazione innovativo che coprirà anche altre CdC e gli operatori in prima linea sul territorio (ad esempio gli infermieri di Assistenza Domiciliare Integrativa). All'approvazione del PNRR, nel 2021, in base a precedenti esperienze, la stima prevista dal documento era di 351.098.496 euro per ciò che riguarda le tecnologie nelle Case di Comunità di cui 80.592 euro per lo sviluppo dei collegamenti tra gli operatori sanitari impiegati sul territorio e 60.260 euro per

---

<sup>99</sup> D.M. 77/2022 Allegato 1

l'acquisto del pacchetto tecnico destinato ai MMG comprensivo di installazione, avviamento, formazione e migrazione dati.<sup>100</sup>

Nel 2022, con il Decreto del Ministero della Salute, le Case di Comunità previste passano da 1.288 a 1.350 ma i finanziamenti rimangono gli stessi. Di conseguenza, per ogni singola Casa di Comunità il finanziamento medio passa dagli 1,6 milioni ad una media di 1,5 milioni di euro. Curiosamente però, ogni singola Casa di Comunità viene finanziata con una somma differente, a seconda della regione. Ad esempio, si parte da un massimo per la Valle d'Aosta dove il finanziamento per una singola Casa di Comunità è di 1.746.789 euro e si va ad un minimo per le Marche che riceverà 1.465.189 euro per la realizzazione di ogni CdC. Le motivazioni di queste disuguaglianze non sono rese note.

<b>Intervento 1.1 (Case della Comunità) - 2.000.000.000 euro</b>			
<b>Regioni e Province Autonome</b>	<b>Riparto risorse</b>	<b>Target regionale obiettivo (n. CdC)</b>	<b>Costo di ogni singola CdC</b>
Piemonte	121.794.657,55	82	1.485.300,00
Valle d'Aosta	3.493.579,03	2	1746789
Lombardia	277.203.041,64	187	1482369
Bolzano	14.376.609,77	10	1437660
Trento	14.996.634,75	10	1499663
Veneto	135.401.849,69	91	1487932
Friuli V.G.	34.256.093,22	23	1489395

<sup>100</sup> Dal PNRR, Missione 6 Salute, Componente 2 (C2), 2021

Liguria	44.030.926,66	30	1467697
Emilia-Romagna	124.671.950,69	84	1484189
Toscana	104.214.655,81	70	1488780
Umbria	24.570.823,57	17	1445342
Marche	42.494.802,81	29	1465338
Lazio	158.494.374,81	107	1481255
Abruzzo	58.901.493,13	40	1472537
Molise	13.775.507,72	9	1530611
Campania	249.721.198,08	169	1477640
Puglia	177.224.470,44	120	1476870
Basilicata	25.046.297,48	17	1473311
Calabria	84.677.262,22	57	1485566
Sicilia	216.998.374,36	146	1486290
Sardegna	73.655.396,58	50	1473107
<b>Totale</b>	<b>2.000.000.000</b>	<b>1.350</b>	<b>1481481</b>

101

## 2.3 I RISPARMI DELLA RIORGANIZZAZIONE SANITARIA

Come accennato nei paragrafi precedenti, i costi del personale che opererà nelle nuove strutture verranno sostenuti dai risparmi ottenuti grazie alla riorganizzazione sanitaria. Il nuovo modello territoriale mirerà così a ridurre in maniera significativa

---

<sup>101</sup> Ripartizione sulla base del PNRR – Missione 6, Componente 1

gli accessi impropri in pronto soccorso, a rendere più efficiente la gestione delle patologie croniche e ad evitare i ricoveri impropri in ospedale.

Prendiamo in esame ognuna di queste tre fragilità del nostro SSN, analizzandone i costi che gravano sul servizio sanitario e quanto ipoteticamente sia possibile risparmiare grazie ad una riorganizzazione sanitaria.

### **2.3.1 ACCESSI IMPROPRI AL PRONTO SOCCORSO**

Con accesso improprio definiamo il recarsi in pronto soccorso per una situazione non urgente che potrebbe essere tranquillamente gestita in altre strutture territoriali<sup>102</sup>. Un eccessivo numero di accessi impropri causa uno sperpero di risorse sia finanziarie che umane a discapito di ciò che può essere davvero urgente, con un incremento dei tempi di attesa in generale. Dopo l'introduzione del triage infermieristico si è riusciti a classificare i pazienti attraverso dei codici di priorità ed in questo modo i casi più urgenti hanno avuto precedenza; la gestione delle attività è quindi migliorata grazie alla differenziazione dei casi più urgenti da quelli meno urgenti ma ciò non è stato sufficiente a raggiungere l'obiettivo di ridurre l'inappropriatezza degli ingressi.

In letteratura, attraverso numerosi studi, è stato dimostrato come un accesso improprio al pronto soccorso dipenda principalmente da una serie di cause: dolore, ansia e fragilità emotiva (o anche fisica) del cittadino; scarse competenze, mancanza di autorevolezza e breve tempo a disposizione da dedicare al paziente da

---

<sup>102</sup> Bianco A, Pileggi C, Angelillo F, *Non-urgent visits to a hospital emergency department in Italy*, "Public Health", 2003



parte del Medico di Medicina Generale; difficoltà degli operatori sanitari del Pronto Soccorso nel rispettare gli standard assistenziali e nel respingere pazienti senza condurre alcuni accertamenti ed esami; difficoltà di organizzazione dei servizi sanitari come scarsa coordinazione tra ospedale e territorio ed eccessivi tempi di attesa per le prestazioni specialistiche; scarse informazioni sui percorsi di salute da parte dei cittadini<sup>103</sup>.

Riportiamo uno studio condotto dall'Assessorato della Salute della Provincia di Bolzano con autori Carla Melani, responsabile dell'Osservatorio regionale per la Salute e il suo collaboratore Mirko Bonetti. Lo studio condotto nel 2017 analizza la banca dati del flusso ministeriale. Nello studio, la definizione di accesso improprio è determinata sulla base di criteri risultati da uno studio italiano condotto nel 2008: viene considerato improprio ogni accesso in pronto soccorso che dal triage infermieristico veniva valutato come codice bianco e tutti i codici verdi che non prevedevano un evento traumatico, con orario di accesso dalle 8 alle 20 nei giorni feriali.<sup>104</sup> Questi accessi sono poi stati divisi in categorie basati su sesso, cittadinanza, età, pazienti con più di tre accessi nei precedenti tre giorni, pazienti inviati dal Medico di Medicina Generale o dal Pediatra di Libera Scelta, pazienti che effettuano l'accesso su propria decisione, tipologia di caso clinico (senza cronicità, con cronicità o multi patologie).

È risultato come Bolzano, nel 2017, con 399,08 accessi in PS per 1.000 residenti sia stata una delle province con il più alto tasso di accessi impropri a livello

---

<sup>103</sup> Di Tommaso F, Falasca P, Calderone B, *Pronto Soccorso: verso un uso responsabile. Prospettive Sociali e Sanitarie*, 2008

<sup>104</sup> Di Tommaso F, Falasca P, Calderone B, *Analisi dei fattori psico-sociali e sanitari che hanno indotto i cittadini all'uso non appropriato del pronto soccorso nell'AUSL di Ravenna 2008*, ISS 2010

nazionale. Gli accessi impropri sono stati infatti il 22% degli accessi totali e dimostra l'inefficace risposta assistenziale a livello territoriale.

Il valore si discosta poco dal livello medio europeo, una percentuale di accessi impropri tra il 19 e il 40% e gli Stati Uniti, con una percentuale media di 9-54%.<sup>105</sup>

Secondo un'indagine dell'Adnkronos Salute Simeu (Società Italiana Medicina d'Urgenza), 7 italiani su 10 si recano in pronto soccorso in modo superfluo mentre le vere emergenze non vanno oltre il 15% degli accessi.<sup>106</sup>

Per quanto riguarda i costi di triage dei vari codici di Pronto Soccorso, l'ultimo report sui costi medi standardizzato per codice triage è stato elaborato su proposta per la valutazione dei costi dell'emergenza da parte del Ministero della Salute (Progetto Mattoni SSN, 2007)<sup>107</sup>. Il Report ha calcolato come la spesa media nazionale a carico del SSN per la gestione di un accesso classificato in triage come Codice Bianco sia di 226,00 euro.

Abbiamo inoltre raccolto le statistiche degli accessi in Pronto Soccorso nel territorio della Provincia di Bologna negli ultimi otto anni, presenti nel database della Centrale Operativa Emilia Est (Bologna, Ferrara Modena)<sup>108</sup>.

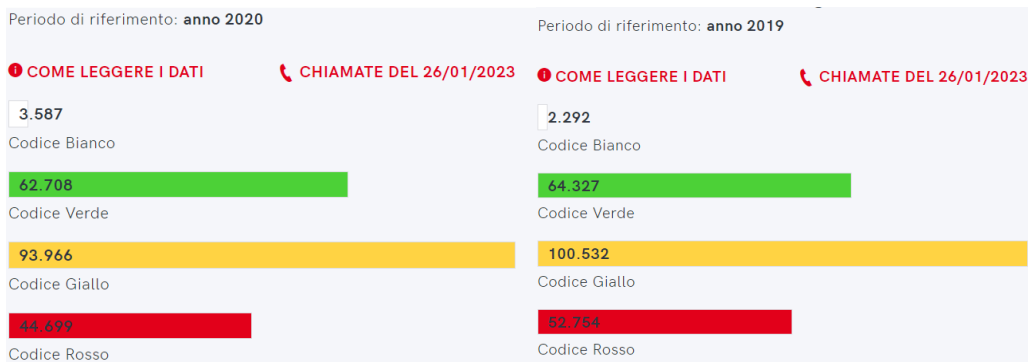
---

<sup>105</sup> <https://www.epicentro.iss.it/ben/2019/aprile/accessi-impropri-ps-bolzano>

<sup>106</sup> [https://www.quotidianosanita.it/cronache/articolo.php?articolo\\_id=935](https://www.quotidianosanita.it/cronache/articolo.php?articolo_id=935)

<sup>107</sup> [http://www.mattoni.salute.gov.it/mattoni/documenti/11\\_Valutazione\\_costi\\_dell\\_emergenza.pdf](http://www.mattoni.salute.gov.it/mattoni/documenti/11_Valutazione_costi_dell_emergenza.pdf)

<sup>108</sup> <https://www.118er.it/emiliaest/statistiche?t=5&a=2022>



Con i dati rilevati abbiamo elaborato una tabella calcolando i risparmi che si sarebbero potuti ottenere negli ultimi 8 anni, nella sola Città di Bologna, nel caso non ci fosse stato alcun accesso improprio in Pronto Soccorso, ipotizzata una percentuale di accessi impropri del 20%, in linea con la media nazionale.

<b>Anno</b>	<b>Codici Bianchi</b>	<b>Costi totali</b>	<b>Accessi impropri (stimati al 20%)</b>	<b>Costi degli accessi impropri (in euro)</b>
<b>2022</b>	2642	597092	528.4	119418.4
<b>2021</b>	2842	642292	568.4	128458.4
<b>2020</b>	3587	810662	717.4	162132.4
<b>2019</b>	2292	517992	458.4	103598.4
<b>2018</b>	2434	550084	486.8	110016.8
<b>2017</b>	2612	590312	522.4	118062.4
<b>2016</b>	2045	462170	409	92434
<b>2014</b>	2882	651332	576.4	130266.4
<b>Totale</b>	21336	4821936	4267.2	964387.2

Dunque, se si stima come improprio il 20% dei codici bianchi totali, negli ultimi 8 anni nella Città di Bologna ci sarebbero stati un totale di 4267.2 accessi in Pronto Soccorso che avrebbero potuto essere gestiti più efficientemente a livello territoriale. Questi accessi impropri sono costato al nostro Servizio Sanitario Nazionale la somma di 964.387,2 euro. Poco meno di un milione di euro. Senza contare che questi casi, anche se più efficientemente gestiti a livello territoriale, comporterebbero comunque dei costi per il SSN.

In base a questi dati, se volessimo ipotizzare quanto questa cifra possa contribuire al budget per le spese del personale nelle CdC e OdC nella Città di Bologna, proviamo a calcolare quanti infermieri servirebbero e quali costi comporterebbero

considerato che nel progetto della città è in programma una Casa di Comunità per ogni quartiere<sup>109</sup> e un Ospedale di Comunità per ogni distretto<sup>110</sup>.

Se il progetto venisse portato a termine completamente, a Bologna nel 2027 ci saranno attive 9 Case di Comunità (Borgo Panigale, Navile, San Donato, San Vitale, Saragozza, Porto, Reno, Savena, Santo Stefano) e 6 Ospedali di Comunità (Borgo-Reno, Navile, San Donato-San Vitale, Porto Saragozza, Santo Stefano, Savena).

Rileviamo il numero minimo di 7 infermieri necessari per un Ospedale di Comunità e di 8 infermieri per una Casa di Comunità, per la città di Bologna servirebbero 42 infermieri per coprire tutti gli Ospedali di Comunità e 72 infermieri per le Case di Comunità. Dato che un singolo infermiere costa 45.539 lordi all'anno<sup>111</sup>, il totale della spesa per sostenere tutto il personale infermieristico nelle nuove strutture territoriali equivarrebbe a 5.191.446 euro l'anno.

Ora stimato che con la definitiva eliminazione degli accessi impropri negli ultimi 8 anni, la Città di Bologna avrebbe risparmiato 964.387 euro, che in un solo anno per il personale infermieristico servirebbero almeno 5.191.446 euro, considerato che nei nostri calcoli non sono previste le spese per il resto del personale e dato che la totale eliminazione degli accessi impropri comporterebbe comunque un costo per il SSN anche se gestiti a livello territoriale, riteniamo che una più efficiente gestione dei Codici Bianchi sia irrisoria nella composizione di un budget per il finanziamento del personale per coprire le nuove strutture.

---

<sup>109</sup> <https://www.bolognatoday.it/cronaca/Lepore-Savena-casa-comunita-linee-mandato.html>

<sup>110</sup> <https://www.ilrestodelcarlino.it/bologna/cronaca/la-nuova-sanita-ospedali-di-comunita-con-venti-posti-letto-1.7587208>

<sup>111</sup> <https://contoannuale.rgs.mef.gov.it/spese-e-retribuzioni/retribuzione-media>

### 2.3.2 LA SPESA DELLE PATOLOGIE CRONICHE

Le patologie croniche sono la principale causa di morte in quasi tutti i paesi del mondo. Delle patologie croniche fanno parte malattie come cardiopatie, ictus, cancro, diabete e malattie respiratorie, disturbi muscolo-scheletrici, disturbi dell'apparato gastro-intestinale, difetti di vista e udito e le malattie genetiche.

Genericamente sono malattie che hanno cause e origine in età giovanile ma che possono impiegare anche decine di anni prima di manifestarsi clinicamente. Hanno lungo decorso e per cui richiedono un tipo di assistenza a lungo termine<sup>112</sup>.

Le malattie croniche in Italia assorbono l'80% della spesa sanitaria nazionale<sup>113</sup>. Una situazione che difficilmente cambierà dato che l'Italia è un paese tendenzialmente "vecchio" con 13,6 milioni (il 22,3% della popolazione) over 65 anni<sup>114</sup> e patologie croniche ed invecchiamento della popolazione sono strettamente correlati.

---

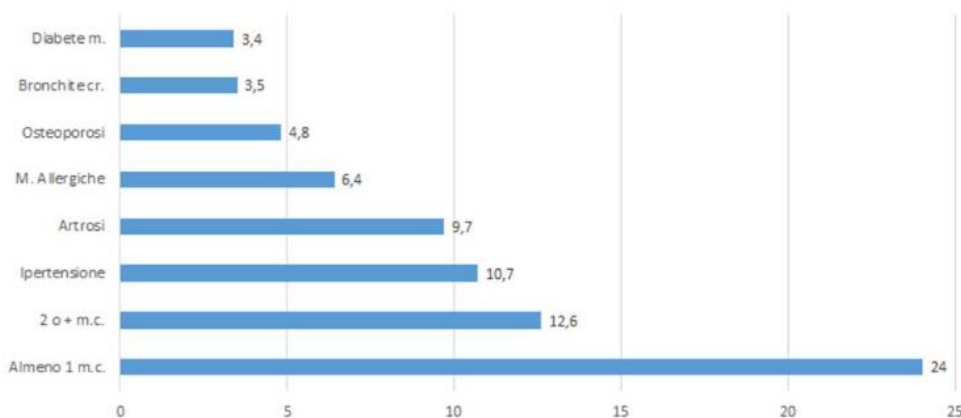
<sup>112</sup>

<https://www.epicentro.iss.it/croniche/#:~:text=Si%20tratta%20di%20un%20ampio,udito%2C%20le%20malattie%20genetiche.>

<sup>113</sup> Rapporto Osservasalute 2018 – Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane

<sup>114</sup> Centro Studi Confindustria, *Nota dal CSC – scenari geoeconomici*, 2/20, 2020

Prevalenza delle malattie croniche in Italia, anno 2017 (in milioni)



Fonte: elaborazione su dati Istat "Indagine Aspetti della vita quotidiana. Anno 2017" contenuti nel Rapporto Osservasalute 2018.

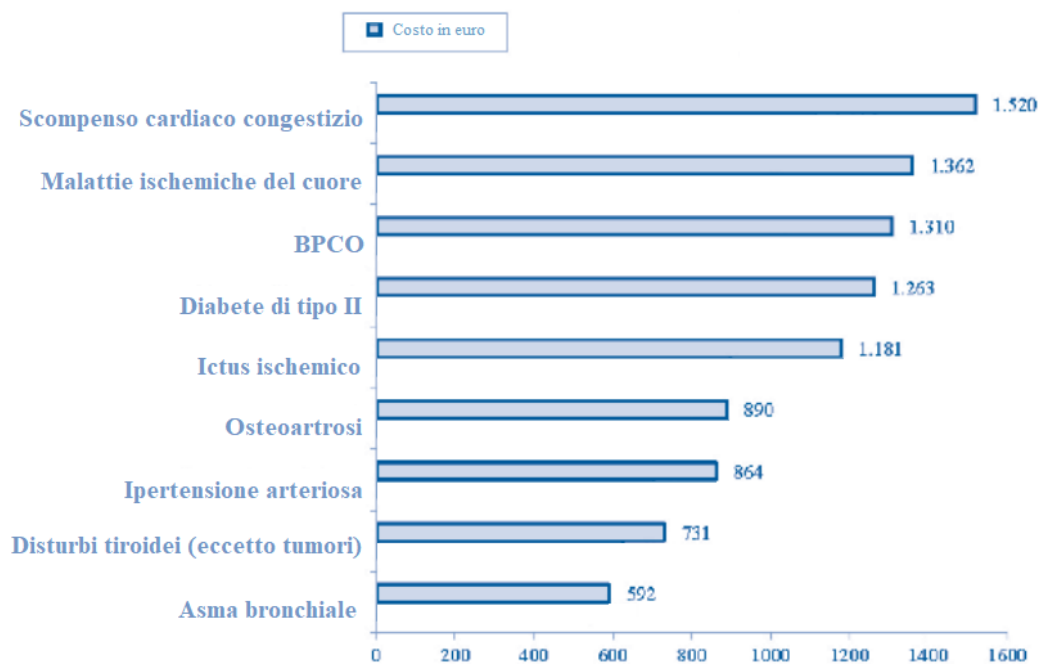
Secondo i dati forniti dai Medici di Medicina Generale al Network Health Search, la spesa media annua per l'assistenza ad un cittadino affetto da almeno una patologia cronica è di 708 euro e la spesa è progressivamente crescente all'aumentare dell'età con un picco tra gli 80 e gli 84 anni (1.129 euro spesa annui per il SSN) e tra i 75 e 79 anni (1.115 euro annui)<sup>115</sup>.

Dallo stesso database rileviamo come la spesa media annuale per un paziente affetto da scompenso cardiaco congestizio sia di 1.500 euro e che questi pazienti assorbono il 5,6% di tutte le prescrizioni farmaceutiche a carico del Servizio Sanitario Nazionale, il 4% di tutte le visite specialistiche e il 4,1% di tutte le prescrizioni per esami diagnostici.

Un paziente affetto da malattie ischemiche cardiache costa 1.400 euro annui al SSN con un 15% di assorbimento della spesa farmaceutica; per un paziente affetto da diabete di tipo 2 la spesa è di 1.300 euro annui ed un 24,7% della spesa farmaceutica; 864 euro annui sono invece le spese a carico del SSN per un paziente

<sup>115</sup> Database Health Search, 2017  
[https://www.healthsearch.it/documenti/documenti\\_ricercatori/Newsletter/2019/2\\_2019.pdf](https://www.healthsearch.it/documenti/documenti_ricercatori/Newsletter/2019/2_2019.pdf)

affetto da ipertensione arteriosa che assorbe il 68,2% di tutte le prescrizioni farmacologiche.



In Italia, secondo il Rapporto 2019 dell'Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane<sup>116</sup>, all'incirca il 40% della popolazione è affetto da almeno una malattia cronica. Ciò significa che 24 milioni di cittadini italiani hanno bisogno di assistenza a lungo termine per la propria patologia. Inoltre, nel rapporto risultano anche 12,5 milioni di cittadini italiano con più patologie croniche. Numeri destinati a crescere nei prossimi anni dove si prevede che nel 2028 i malati cronici arriveranno a 25 milioni e i multi-cronici a 14 milioni.

Se traducessimo il tutto in spesa sanitaria, parliamo di 67 miliardi di euro all'anno che il SSN dovrà sostenere<sup>117</sup> per le visite, i farmaci, gli accertamenti diagnostici e

<sup>116</sup> <https://osservatoriosullasalute.it/osservasalute/rapporto-osservasalute-2019>

<sup>117</sup> Considerato che la Legge di Bilancio del 2023 è costata 35 miliardi, la spesa sanitaria a carico del SSN per le patologie croniche è quasi il doppio.



l'assistenza di base a questi pazienti. Costi che si prevede possano arrivare ad oltre 70 miliardi l'anno tra dieci anni<sup>118</sup>.

Oltre alla crescente tendenza del fattore invecchiamento nel nostro paese, le spese a carico del SSN per le cronicità vengono anche alimentate dalla scarsa compliance<sup>119</sup> e dalla difficoltà di coordinazione tra ospedale centrale e territorio<sup>120</sup>. Il miglioramento di questi ultimi due fattori, tra gli obiettivi principali del nuovo modello di organizzazione sanitaria, contribuirà secondo PNRR a reperire le risorse necessarie per il finanziamento del personale nelle nuove strutture sanitarie.

### **2.3.3 RICOVERI IMPROPRI IN OSPEDALE**

I ricoveri in ospedale effettuati per problematiche cliniche che si sarebbero potuti gestire con miglior efficacia, minor rischi di effetto iatrogeno, maggior efficienza nell'impiego delle risorse e ad un livello assistenziale di minor intensità, sono definiti impropri dal punto di vista della gestione dell'organizzazione sanitaria.

Superare il modello ospedale-centrico a favore del territorio è tra gli obiettivi da perseguire e raggiungere secondo l'attuale Ministro della Salute, Orazio Schillaci, che in un intervento alla 39esima Assemblea annuale ANCI (Associazione Nazionale Comuni italiani) ha sostenuto quanto sia importante ridurre l'inappropriatezza dei ricoveri ospedalieri e far sì che gli ospedali tornino ad occuparsi di pazienti affetti da patologie acute o del trattamento di patologie

---

<sup>118</sup> Rapporto Osservasalute 2019, Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane

<sup>119</sup> <https://www.aifa.gov.it/-/aderenza-alle-terapie-e-strategie-per-migliorare-l-uso-sicuro-ed-efficace-dei-farmaci>

<sup>120</sup> [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2584\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf)

complesse, in modo da reperire risorse economiche da poter reindirizzare nei percorsi e strutture territoriali e per i servizi sociosanitari.<sup>121</sup>

Secondo l'Osservatorio della terza età, dietro i ricoveri impropri troviamo quasi sempre situazioni drammatiche di persone anziane che non hanno altri riferimenti, ne' familiari ne' istituzionali, al di fuori dell'ospedale più vicino al loro domicilio.

L'Osservatorio della terza età si è occupato anche di analizzare la spesa del SSN per la gestione dei ricoveri impropri e ha calcolato come ogni anno vengano spesi all'incirca undici miliardi di euro per tale fenomeno.

L'Osservatorio della terza età, oltre che denunciare il fenomeno dei ricoveri impropri per il peso economico che comporta sulla spesa pubblica, cerca anche di motivare le cause per cui molti anziani pensano di rivolgersi all'ospedale piuttosto che intraprendere percorsi di cura a livello territoriale.

Secondo il 7imo Rapporto RBM del Censis sulla Sanità Pubblica, il motivo principale per cui si ricorre impropriamente a recarsi in ospedale è perché l'ospedale in sé emana enorme senso di sicurezza, soprattutto per gli anziani<sup>122</sup>.

Una rilevazione dell'Ageing Society, dal Rapporto Monitor Biomedico del 2004, riporta un aspetto comune per tutte le regioni italiane: la maggior sicurezza che da' l'ospedale rispetto ad altre strutture.

Il secondo motivo, sempre secondo il Censis, è la scarsa presenza di servizi e percorsi territoriali, scarsa assistenza territoriale domiciliare e riabilitazione. Una questione maggiormente percepita al Centro o al Sud, ma anche in alcune località del Nord Italia.

---

<sup>121</sup> [https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo\\_id=109181](https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=109181)

<sup>122</sup> VII Rapporto RBM – Censis sulla Sanità Pubblica – Il futuro del Sistema Sanitario in Italia tra universalismo, nuovi bisogni di cura e sostenibilità

Sempre secondo statistiche del Censis, il terzo motivo per cui gli anziani prediligono rivolgersi all'ospedale in caso di necessità, riguarda la qualità di assistenza medica che si riceve. L'Ospedale è la scelta preferita, anche nei casi in cui non sia necessario, perché è preferibile sia per il paziente che per il medico curante rivolgersi ad un'unica struttura quando si tratta di dover fare più consulenze o analisi di laboratorio piuttosto che rischiare di disperdersi tra una struttura e l'altra nel territorio.

L'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle regioni italiane ha analizzato anche il funzionamento dei pronto soccorso su tutto il territorio nazionale. In base alle analisi effettuate, risulta che solo il 20% degli abitanti si atterrebbe nel rivolgersi al PS solo in caso di vera necessità. Comportamenti molto disomogenei tra le varie regioni dove passiamo da un'11% di accessi impropri nella Provincia Autonoma di Trento ad un 40% nella regione del Molise. Sempre secondo le analisi dell'Osservatorio, quasi il 90% della popolazione italiana ritiene fondamentale la presenza dell'Ospedale come struttura di riferimento e di rassicurazione<sup>123</sup>.

---

<sup>123</sup> Rapporto Osservasalute 2019, Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane

## **3.1 MODELLI SANITARI A CONFRONTO**

### **3.1.1 TRE MODELLI SANITARI CHE HANNO GIÀ FUNZIONATO E SU CUI IL PNRR VUOLE PUNTARE**

Il PNRR prevede la creazione di nuovi modelli gestionali sanitari e il potenziamento di modelli già esistenti per lo sviluppo di una nuova organizzazione sanitaria.

Alcuni dei modelli già esistenti che il PNRR intende potenziare sono presenti in alcune regioni italiane da 20 anni (come l'Infermiere di Famiglia e Comunità in Friuli-Venezia Giulia) e altri da 10 anni (come le Case della Salute in Emilia-Romagna). Abbastanza tempo da poterne analizzare e valutare i risultati ottenuti a livello locale. L'obiettivo principale del potenziamento di questi due modelli (insieme al modello Hub & Spoke) è quello di decentralizzare l'ospedale, ridurre i ricoveri impropri nella struttura ospedaliera e alleggerire il carico dei Pronto Soccorso.

Il dossier allegato al PNRR, inviato dal governo italiano alla Commissione Europea, prevede una riduzione di codici bianchi del 90% e di codici verdi del 60%<sup>124</sup>. Queste cifre, rapportate al totale degli ingressi nei Pronto Soccorso, comporterebbe un calo degli accessi del 60%<sup>125</sup>. Una cifra inverosimile e soprattutto difficilmente raggiungibile nel breve termine.

Tra le cause di sovraffollamento dei Pronto Soccorso, ci sono le domande di prestazioni mediche che non trovano risposte in tempi accettabili, l'offerta illimitata

---

<sup>124</sup> Dossier XIX Legislatura, *Disposizioni urgenti per l'attuazione del PNRR e del Piano nazionale degli investimenti complementari al PNRR (PNC)*, 2023

<sup>125</sup> Mangia M, *PNRR e assistenza territoriale: cosa dicono i numeri, che non tornano*, Salute Digitale 2021

di prestazioni possibili in Pronto Soccorso nonché dislivello tra prestazioni e tecnologie dell'Ospedale rispetto alle strutture territoriali. Altra causa, di enorme rilievo, del sovraffollamento dei PS è il fenomeno del “boarding”, ovvero l’attesa da parte di un paziente di un posto letto in reparto a seguito della decisione di ricovero da parte del medico<sup>126</sup>. Un’attesa che si può protrarre anche oltre i cinque giorni. La carenza dei posti letto comporta una certa rigidità nelle selezioni d’ammissione al ricovero e in alcuni casi, il dover trattenere in attesa dei pazienti meritevoli di posto letto in reparto perché non decada la priorità di ricovero<sup>127</sup>.

Non possiamo essere sicuri che la realizzazione di Case della Comunità e Ospedali della Comunità nel territorio possa comportare un’importante riduzione degli accessi in PS, come promette il PNRR. Questo perché riteniamo che una Casa di Comunità ogni 40.000-50.000 abitanti non potrà ridimensionare in maniera concreta i codici bianchi e verdi senza un’adeguata diversificazione delle stesse CdC alle caratteristiche demografiche del territorio, senza un’efficace organizzazione e senza che nasca una nuova concezione sanitaria della popolazione verso le nuove strutture a livello locale.

Un modo per valutare le effettive potenzialità di CdC e OdC sarebbe quello di emulare in qualche modo l’esperienza del Servizio Sanitario Regionale dell’Emilia-Romagna con la sua rete territoriale di Case della Salute seguendo il modello hub & spoke. Secondo una ricerca del 2020, le Case della Salute in Emilia-Romagna hanno evitato il 16,1% degli accessi in Pronto Soccorso, fino ad una riduzione del 25,7% di accessi tra i cittadini che avevano il proprio Medico di Medicina Generale

---

<sup>126</sup> I fattori di ingresso (input), i fattori interni strutturali (throughput) e i fattori di uscita (output) possono concorrere a determinare il prolungato stazionamento dei pazienti già valutati e in attesa del posto letto all’interno del Pronto Soccorso (boarding) che determina un notevole assorbimento di risorse operative soprattutto all’interno dei servizi di emergenza dei presidi sede di DEA di II livello (*Linee di indirizzo nazionale per lo sviluppo del piano di gestione del sovraffollamento in PS*, Ministero della Salute)

<sup>127</sup> [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_3143\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3143_allegato.pdf)

operante all'interno di una delle Case della Salute. Meno efficace l'effetto ottenuto da queste strutture per gli assistiti affetti da patologie croniche come BPCO, malattie ischemiche del cuore, scompenso cardiaco, diabete e polmoniti batteriche con una riduzione di solo 2,4%. Considerati i dati rilevati da questa ricerca, è possibile ipotizzare una riduzione, che avverrà grazie alla presenza di CdC e OdC, di circa il 20% dei ricoveri impropri in ospedale, meno della metà di quanto prevede il PNRR<sup>128</sup>.

Un altro modello che verrà sviluppato su tutto il territorio nazionale e potenziato tramite i finanziamenti del PNRR è quello dell'Infermiere di Famiglia e Comunità. La figura dell'Infermiere di Famiglia e Comunità è nata nell'ASL n.5 Bassa Friulana, in Friuli-Venezia Giulia, ottenendo in venti anni di attività dei buoni risultati in termini di efficacia ed efficienza. In questo capitolo osserveremo i dati rilevati in quel territorio da quando questa figura è stata introdotta e analizzeremo il programma del PNRR per quanto riguarda il suo sviluppo e potenziamento<sup>129</sup>.

Osserveremo come lo sviluppo e il rafforzamento di questi tre modelli possano migliorare il Servizio Sanitario Nazionale nell'adempiere a principi fondamentali dell'economia aziendale come creare unità e finalismo all'interno dell'azienda in modo che risorse e operazioni siano saldamente collegate e coordinate in modo da collimare verso un unico obiettivo che è quello di soddisfare e regolare i bisogni sanitari di tutti i cittadini.

Inoltre, la dimensione di efficientamento nell'impiego di risorse umane e materiali che si vuole raggiungere con la riforma dell'assistenza sanitaria territoriale, volge verso un altro principio dell'economia aziendale, quello di economicità, che

---

<sup>128</sup> Dossier n. 269/2020 – *Valutazione di impatto delle Case della Salute su indicatori di cura 2009-2019*, Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

<sup>129</sup> [https://www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/articolo.php?articolo\\_id=108146](https://www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/articolo.php?articolo_id=108146)

attraverso la decentralizzazione ospedaliera e un dirottamento di risorse sul territorio, punta al miglioramento del rapporto tra risorse impiegate e valore dei risultati ottenuti<sup>130</sup>.

### **3.1.2 L'ESPERIENZA DECENNALE DELLE CASE DELLA SALUTE IN EMILIA-ROMAGNA**

Il nuovo modello, proposto dal PNRR, di Casa della Comunità prende spunto dal preesistente modello delle Case della Salute presente in Emilia-Romagna. Strutture di riferimento per l'accesso alle cure primarie che verranno potenziate per permettere alla sanità territoriale di avvicinarsi sempre di più al cittadino.

Le Case della Salute sono il luogo dove i cittadini possono trovare i servizi sanitari e sociosanitari di base offerti dal Servizio Sanitario Regionale. Sono delle strutture decentralizzate rispetto all'ospedale e collocate nel territorio, cui l'accesso ai servizi è unico e questi sono programmati e organizzati in modo concentrato e integrato.

Nella Casa della Salute lavorano professionisti sanitari e tecnici che collaborano formando un team multidisciplinare per garantire una presa in carico globale del cittadino, la continuità assistenziale tra ospedale e territorio, l'assistenza sanitaria e l'assistenza sociale.

---

<sup>130</sup> Come ogni azienda anche l'ospedale è gestito nel perseguimento dei criteri di economicità, dell'efficienza e dell'efficacia (D.lgs. 502/1992 – Art. 3 1ter). La gestione di un dipartimento sanitario o per meglio dire di un Centro di Responsabilità (CdR) è efficiente quando i ricavi, derivanti dai servizi resi, coprono i costi per produrli. Altrimenti la gestione non è considerata efficiente. L'efficacia è la seconda dimensione dell'economicità ed esprime la capacità di un CdR di realizzare gli obiettivi ottenendo i risultati attesi. Se il CdR non raggiunge gli obiettivi, non si può considerare efficace e quindi non soddisfa il criterio di economicità. Il PNRR punta ai servizi territoriali perché li ritiene più efficaci ed efficienti, in ambito di casistiche non complesse, rispetto alla struttura Ospedale (DM 77/2022)

Con il DGR 291 del 2010, in Emilia-Romagna viene avviata la realizzazione delle Case delle Salute. Nel 2016, la Giunta regionale, ha rinnovato le indicazioni sulle Case della Salute individuando nuove modalità organizzative e assistenziali volte a potenziare l'integrazione della presa in carico degli assistiti<sup>131</sup>.

Nel Piano Sociale e Sanitario 2017-2019 dell'Emilia-Romagna vi è la volontà di realizzare nuovi strumenti per l'integrazione dei servizi sanitari e sociali, con lo scopo di avvicinarli sempre di più al cittadino e alla comunità. Le Case della Salute sono il fulcro di questo ravvicinamento.

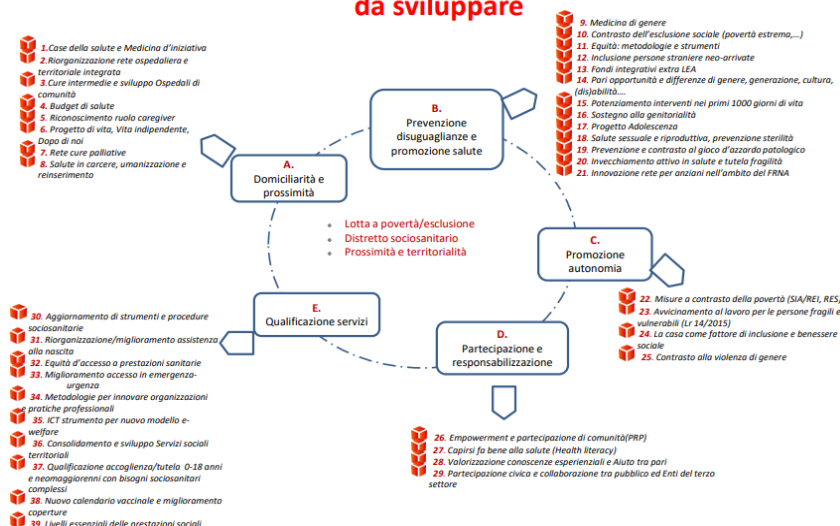
La caratteristica di questo piano è la pianificazione di interventi e politiche che guardano in favore del cittadino come, ad esempio, la riduzione delle disuguaglianze, le attività di promozione della salute e dell'autonomia del cittadino e l'erogazione di servizi sanitari e sociali sempre più vicini al domicilio.



<sup>131</sup> DGR 291/2010, *Casa della Salute: Indicazioni regionali per la realizzazione e l'organizzazione funzionale*, Giunta della Regione Emilia-Romagna



## Gli interventi sono descritti da schede che individuano le azioni da sviluppare



132

Tra gli obiettivi, vi è inoltre, la realizzazione di evidenze sull'impatto che le Case della Salute hanno avuto sui cittadini e sui professionisti attraverso un modello regionale di valutazione. Questo modello è stato articolato in due parti<sup>133</sup>:

1. L'impatto dell'attività delle Case della Salute sugli indicatori di sanità regionali in base ai flussi amministrativi della regione.
2. Un'indagine statistica che valuti la percezione dei cittadini, sui risultati in termini di qualità da parte delle Case della Salute.

Nel 2019 vengono pubblicati i risultati che analizzano l'impatto delle Case della Salute sugli indicatori socio-sanitari della regione, rilevati dai flussi informativi dell'amministrazione regionale nel periodo 2009-2016, basati su 64 Case della Salute presenti nel territorio regionale dell'Emilia-Romagna, escluse quelle situate nei capoluoghi di provincia<sup>134</sup>. L'indagine ha mostrato risultati positivi con una riduzione degli accessi impropri in Pronto soccorso da parte dei cittadini che

<sup>132</sup> Fabbo A, Brambilla A, *Servizio assistenza territoriale direzione generale Cura della persona, Salute e Welfare Regione Emilia-Romagna*, Il modello della regione Emilia-Romagna, 2017

<sup>133</sup> <https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/report-regionale-2019/emilia-romagna-2019.pdf>

<sup>134</sup> Dossier n. 266/2019 – Analisi dell'impatto delle Case della Salute su indicatori di cura, 2009-2016

risiedevano nel territorio vicino alle Case della Salute, una riduzione dei ricoveri per le situazioni compatibili con interventi ambulatoriali, l'aumento di assistiti presi in carico dall'assistenza domiciliare integrata infermieristica. L'indagine ha, inoltre, rilevato come i risultati siano stati migliori nel caso di chi aveva il proprio Medico di Medicina Generale che operava all'interno delle Case della Salute<sup>135</sup>.

Nel settembre 2018 è stato avviato il progetto regionale "CaSa Qualità" che consiste in un'indagine volta a raccogliere le opinioni degli utenti in merito ai servizi e caratteristiche delle Case delle Salute. Dall'indagine è risultato un alto grado di apprezzamento dei servizi da parte dei cittadini, anche se in alcuni territori viene percepita una minor qualità dei servizi sanitari e sociosanitari<sup>136</sup>.

L'obiettivo del progetto è valutare se il trend delle Case della Salute è rimasto positivo, anche negli anni 2017-2019, prendendo stavolta in esame anche le Case della Salute site nei capoluoghi di provincia e quelle attivate dopo il 2016.

Il progetto ha analizzato una coorte di cittadini di età uguale o maggiore ai diciotto anni, che nel corso di quegli anni hanno mantenuto lo stesso comune di residenza e lo stesso Medico di Medicina Generale.

Nell'esame vengono valutate due differenti tipologie di popolazione:

1. Una popolazione residente nei comuni non capoluogo di provincia. Sono stati considerati come coorte di coinvolti tutti i residenti facenti parte del bacino territoriale di una Casa della Salute per i comuni non capoluogo di provincia, dalla nascita della Casa della Salute in poi. Sono stati, invece,

---

<sup>135</sup> Dossier n. 269/2020 – Valutazione di impatto delle Case della Salute su indicatori di cura, 2009-2019

<sup>136</sup> <https://assr.regione.emilia-romagna.it/notizie/2018/casaqual>

considerati come non esposti tutti i residenti nei territori non capoluoghi di provincia quando la Casa della Salute non era ancora nata.

2. Una popolazione residente nelle città capoluogo di provincia (Bologna, Ferrara, Reggio-Emilia, Parma, Ravenna, Rimini, Modena, Piacenza). Sono stati considerati come esposti i residenti assistiti da un Medico di Medicina Generale che operava in una delle Case della Salute dei comuni capoluogo di provincia. Vengono considerati non esposti i residenti che non avevano un Medico di Medicina Generale operante in una Casa della Salute.

Gli indicatori di risultato sono: gli accessi impropri in Pronto soccorso, ovvero casi di codice bianco definiti come non urgenti alla dimissione; i ricoveri di assistiti in condizioni compatibili con il trattamento ambulatoriale; casi di assistiti coperti dall'assistenza domiciliare; cittadini di età maggiore o uguale a sessantacinque anni in terapia multifarmacologica (consumo giornaliero di cinque o più principi attivi diversi di farmaci); consumo inappropriato di farmaci in pazienti di sessantacinque anni o più; cittadini di sessantacinque anni o più che hanno subito più ricoveri nell'anno precedente. Gli ultimi tre indicatori non hanno sortito alcuna differenza tra gli "esposti" e i "non esposti" alla presenza di una Casa della Salute e sono stati, quindi, esclusi dalla presentazione dei risultati finali<sup>137</sup>.

L'indagine ha affermato come tra gli assistiti residenti in un territorio in cui è presente una Casa della Salute il numero degli accessi al Pronto soccorso è del -16,1%, il numero di ospedalizzazioni di casi compatibili con trattamenti ambulatoriali del -2,4% e i casi di presa in carico per assistenza domiciliare integrata del +9,5%. Per il primo indicatore, si è rilevato un dato più consistente

---

<sup>137</sup> <https://assr.regione.emilia-romagna.it/notizie/2018/casaqual>

negli assistiti che avevano il proprio Medico di Medicina Generale operante nella Casa della Salute (-25,7% degli accessi in Pronto soccorso). Si è osservata anche un'ampia differenza tra gli effetti nei vari territori e fra le diverse Case della Salute, imputabile all'adozione di diversi modelli di organizzazione aziendale e ad alcune peculiari caratteristiche territoriali.

Nelle analisi atte a valutare il risultato delle Case della Salute nelle città capoluogo di provincia, si sono osservati effetti meno importanti e altresì disomogenei tra le varie città. Gli accessi impropri in Pronto soccorso si sono comunque rilevati in diminuzione del 10,3%, ma non si è osservata alcuna differenza nel numero di ricoveri dei casi compatibili al trattamento ambulatoriale né un maggior numero di assistiti presi in cura dall'assistenza domiciliare integrata. La causa di questa differenza sostanziale è molto probabilmente dovuta alla facilità di accesso ai servizi di Pronto soccorso e ricovero ospedaliero nelle grandi città e dalle differenze dei vari modelli organizzativi adottati tra città e città e dalla loro attivazione (ad esempio a Parma già nel 2003 erano presenti ambulatori di prima accoglienza che in minima parte potevano rispondere a domande di bisogno di bassa intensità assistenziale alleviando il carico nei Pronto soccorso)<sup>138</sup>.

In conclusione, l'osservazione ha mostrato risultati positivi per quanto riguarda la riduzione di accesso improprio in Pronto soccorso, la riduzione di ricoveri in casi compatibili con l'intervento ambulatoriale e l'aumento delle prestazioni di assistenza domiciliare integrata. Altresì gli assistiti hanno percepito una miglior qualità dell'assistenza sanitaria mostrandosi soddisfatti dei servizi sociosanitari ricevuti. Possiamo quindi affermare che il modello delle Case della Salute è

---

<sup>138</sup><https://assr.regione.emilia-romagna.it/attivita/innovazione-sociale/cambiamento-partecipato/ricerca-sociale/casa-qual>

funzionale e che l'obiettivo del PNRR di potenziarle ed estenderle in tutto il territorio italiano, trasformandole in Case della Comunità, è affine alla ricerca di un modello sanitario più efficace ed efficiente che il Paese si è preposto.

Il modello di Casa della Salute si è rivelato un luogo di riferimento dove rivolgere domanda per i propri bisogni primari da parte dei cittadini, nodo fondamentale della rete di continuità assistenziale, centro di gestione delle patologie croniche e luogo di cura dove possibile intraprendere i principali percorsi diagnostici. I professionisti che vi operano sono Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Infermieri, Medici specialisti, Ostetriche, Fisioterapisti e Operatori socio-assistenziali.

La valutazione dei risultati ottenuti dai dieci anni di attività delle Case della Salute in Emilia-Romagna può diventare elemento di supporto per la programmazione e la sostenibilità del nuovo modello di organizzazione sanitaria previsto dal PNRR. In particolar modo, la valutazione positiva da parte dei professionisti sanitari e sociosanitari; la percezione di qualità dei servizi manifestata dalla comunità di riferimento; l'interconnessione, il coordinamento e la coerenza dei servizi sanitari e sociosanitari erogati convergono verso il principio di finalismo e unità aziendale che è fondamentale perseguire per garantire la soddisfazione dei bisogni umani e un minor spreco di risorse sia materiali che umane<sup>139</sup>. La Sanità, perseguendo i principi dell'economia aziendale, dovrebbe operare con modalità connesse tra loro e deve convergere verso un obiettivo ben preciso. Il principio di unità è correlato alla concezione aziendale che vi sia un finalismo comune<sup>140</sup>. Il Servizio Sanitario Nazionale ha

---

<sup>139</sup> Paolone G, *L'evoluzione dei principi dell'economia aziendale pura e i legami di correlazione con i principi della ragioneria*, in "L'Economia Aziendale"

<sup>140</sup> Il principio di unità si basa sul coordinamento e collegamento di tutte le operazioni coinvolte nel processo aziendale. Ognuna di queste operazioni deve convergere in un unico obiettivo. Tale

come fine ultimo il compito di garantire condizioni di salute e risposte ai bisogni uniformi su tutto il territorio nazionale con livelli di prestazioni sanitarie appropriati per tutti i cittadini.

### **3.1.3 I RISULTATI DELL'INFERMIERE DI FAMIGLIA E COMUNITA' IN FRIULI-VENEZIA GIULIA**

Un altro modello che verrà sviluppato è quello dell'Infermiere di Famiglia e Comunità all'interno delle Case della Comunità, gli Ospedali di Comunità e nell'Assistenza Domiciliare Integrata.

La figura dell'Infermiere di Famiglia e Comunità è stata implementata per la prima volta nella regione del Friuli Venezia-Giulia dove risulta operante già dalla fine degli anni '90.<sup>141</sup>

Il progetto "Infermiere di Famiglia e Comunità" (IFeC) nasce nel 1999 nell'ASL numero cinque "Bassa Friuliana", una piccola Azienda Sanitaria Locale con un bacino d'utenza di 110mila abitanti, come nuovo modello di cure relativo all'assistenza primaria, che con i suoi risultati si è aggiudicato la parte di attore protagonista nello sviluppo della nuova Sanità Territoriale, dettata dal PNRR e definita dal D.M. 77/2022.

Il progetto dell'Infermiere di Famiglia e Comunità ha validato nuove tecniche di educazione terapeutica, ha reso più efficiente la risposta ai bisogni sanitari e

---

principio è collegato alla concezione che l'azienda si muova in direzione di un obiettivo, un fine ultimo.

<sup>141</sup> Pellizzari M, *L'infermiere di comunità, dal Friuli un modello di assistenza per il resto d'Italia*, Infermieri News 2019

sociosanitari, grazie alla collaborazione con Medico di Medicina Generale, gli Infermieri di Assistenza Domiciliare e gli Assistenti sociali<sup>142</sup>.

Le prospettive per l'inserimento dell'allora nuova figura dell'Infermiere di Famiglia e Comunità, è stata la congiuntura di una serie di fattori favorevoli come le ridotte dimensioni del bacino d'utenza dell'ASL che per prima conferì questo ruolo, correlato alla mancanza di grandi centri di riferimento ospedaliero nel territorio circoscritto; alla presenza e al supporto dell'Area Welfare, una tecnostuttura appena nata che si occupava di sviluppo e ricerca nel campo della welfare community e ai Dirigenti sanitari che in quegli anni furono lungimiranti in merito al progetto e al loro impegno in termini organizzativo-gestionale<sup>143</sup>.

Le principali caratteristiche e motivazioni che spinsero alla sperimentazione di questo nuovo modello organizzativo di Assistenza Territoriale Sanitaria, derivarono anche dall'importante cambiamento demografico ed epidemiologico che in quei territori, in cui il progressivo aumento degli anni di vecchiaia, il prevalere di nuove forme familiari mononucleari e il crescente aumento di malati affetti da patologie croniche e di cittadini non autosufficienti<sup>144</sup>.

L'attività nel territorio locale di un professionista sanitario deputato all'integrazione dell'assistenza domiciliare, al garantire maggior fluidità nei rapporti tra assistiti e Medici di Medicina Generale e a rinforzare il ruolo dell'assistente sociale, ha consentito un più agevole accesso alle cure primarie e maggior collaborazione e integrazione fra i professionisti sanitari coinvolti, facendo risparmiare anche nei tempi dei trasferimenti dalle diverse sedi

---

<sup>142</sup> Pletti L, Pellizzari M, *Il progetto infermiere di comunità: elemento di una strategia di welfare community*, 5° Congresso CARD 2006

<sup>143</sup> Pellizzari M, *La continuità assistenziale nel percorso ospedale, residenzialità, casa: l'esperienza dell'ASL n.5 Bassa Friulana dell'Infermiere di Famiglia e Comunità*, 9° Congresso CARD 2011

<sup>144</sup> [https://www.quotidianosanita.it/friuli\\_venezia\\_giulia/articolo.php?articolo\\_id=108146](https://www.quotidianosanita.it/friuli_venezia_giulia/articolo.php?articolo_id=108146)

distrettuali alla propria residenza per gli assistiti con difficoltà di mobilitazione<sup>145</sup>.

Appena dopo l'avvio del nuovo progetto di Infermiere di Famiglia e Comunità, si realizzò l'importanza di ulteriori fattori utili alla sanità territoriale. In particolare, il poter godere di un ambulatorio infermieristico come struttura sanitaria decentrata rispetto all'ospedale che faceva da sede di incontro e colloquio con i cittadini in grado di poter eseguire brevi tragitti, dei loro familiari, dei caregivers e con vie preferenziali di comunicazione con le associazioni di solidarietà e volontariato attive in quel territorio. Tutti questi attori trovano nell'Infermiere di Famiglia e Comunità il tramite di interlocuzione e una figura di incentivazione alla partecipazione sociale<sup>146</sup>.

L'Infermiere di Famiglia e Comunità è in continua connessione con l'equipe di infermieri dell'assistenza domiciliare, nonostante operi per la maggior parte del suo orario lavorativo nella comunità di cui è referente. Il ruolo di coordinamento del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata rimane quindi essenziale a promuovere continuità e omogeneità del servizio sociosanitario in tutto il territorio del distretto e poter consentire una programmazione degli interventi mirata alla comunità, rilevati su un modello di Valutazione Multidimensionale (UVM) e del Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI).

Il modello dettava una ridefinizione del concetto di presa in carico, superando la logica della cura a prestazioni e si concretizzava in una visione d'insieme del profilo relazionale. L'assistenza domiciliare integrata deve garantire un'attiva partecipazione da parte dell'assistito, come soggetto e non oggetto di cura, e dei

---

<sup>145</sup> Pordenon M, *L'infermiere di Comunità in Friuli-Venezia Giulia a 20 anni dalla sua sperimentazione: il modello, l'esperienza, i risultati e gli sviluppi*, 16° Congresso CARD 2018

<sup>146</sup> Pellizzari M, *L'infermiere di Comunità: dalla teoria alla prassi*, Ed Mc Grow Hill 2008



suoi familiari o caregivers e non deve essere incentrata sulla singola prestazione professionale dissociata da tutti gli altri interventi che appartengono alla gestione della cura del cittadino. Grazie a queste premesse, il modello dell'Infermiere di Famiglia e Comunità ha diffuso la conoscenza delle tecniche di educazione terapeutica, che hanno garantito all'assistito ed ai suoi familiari/caregivers, gli strumenti e le capacità per riconoscere e comprendere i problemi legati alla gestione della salute, in modo da agevolare il cittadino stesso a restare più a lungo possibile nel suo domicilio, tra i suoi comfort, difendendo la propria autosufficienza. Basterebbe pensare all'impiego di terapie farmacologiche complesse entrate ormai nell'uso abituale del contesto domiciliare. Questa divulgazione di conoscenze e competenze aiuta a rassicurare anche il familiare o il caregiver che assiste, le cui difficoltà non vanno sottovalutate né messe in secondo piano rispetto al caso dell'assistito<sup>147</sup>.

Per questo fine, la figura professionale di riferimento è proprio l'Infermiere di Famiglia e Comunità, riconoscibile dai cittadini e stabilmente presente nel territorio in cui opera. Questa facciata, più facilmente realizzabile in un setting di sanità pubblica, permette la realizzazione di uno dei principi della Primary Health Care<sup>148</sup>. Il principio di longitudinality è un concetto che associa continuità di cura e la continuità nel tempo della terapia e del rapporto fra professionista e assistito. Un ruolo tipicamente ricoperto dal Medico di Medicina Generale che però può essere integrato, in un setting di equipe

---

<sup>147</sup> Pletti F, *Infermieristica di comunità e di continuità: l'educazione terapeutica del care giver quali strumenti di empowerment nel percorso di dimissione*, Sistema Salute 2013

<sup>148</sup> Starfield B, *Primary Care – Balancing Health needs services and technology*, “Oxford University Press”, 1998

multiprofessionale, dall’Infermiere di Famiglia e Comunità, per tutte quelle attività che non richiedono la competenza specifica del medico<sup>149</sup>.

I risultati del progetto si sono potuti osservare sul piano organizzativo e gestionale. Dal lato dell’offerta, si è osservato un servizio sanitario più efficiente con una copertura superiore al 10% della popolazione over-sessantacinquenne, con il rapporto di un infermiere ogni 2500-3000 abitanti e che oggi rappresenta uno dei criteri fondamentali dettato dal DM 77/2022 per il potenziamento del modello sanitario<sup>150</sup>.

Altro risultato evidente è stato l’aumento della risposta ai bisogni sociosanitari, grazie a una rete e più ampi canali di comunicazione tra Medico di Medicina Generale, Infermiere di Famiglia e Comunità, Assistenti sociali e Assistenti domiciliare del Servizio Comunale. Con ciò si è ottenuta la programmazione e la definizione del modello PUA (Punto Unitario di Accesso), luogo in cui si prende in carico l’assistito con tutti i suoi bisogni sanitari sociali e dove avviene l’integrazione sociosanitaria, grazie all’articolazione di una rete tra Infermiere di Famiglia e Comunità, Medico di Medicina Generale, Assistenti sociali e sociosanitari; e al modello di PUA diffuso, dove più Punti di Accesso hanno collegamento ad un nodo centrale di raccordo<sup>151</sup>.

Un positivo effetto latente è stato il coinvolgimento attivo da parte della Comunità nel territorio, attraverso sia amministratori pubblici che organizzazioni di volontariato, molte delle quali nate proprio dopo l’avvio del

---

<sup>149</sup> Starfield B, Shi L, *Policy relevant determinants of health: an international perspective*, Health Policy 2002

<sup>150</sup> Pordenon M, *L’infermiere di Comunità in Friuli-Venezia Giulia a 20 anni dalla sua sperimentazione: il modello, l’esperienza, i risultati e gli sviluppi*, 16° Congresso CARD 2018

<sup>151</sup> Pletti L, *Sperimentazione del Punto di Accesso nel Distretto Est – Azienda per i servizi sanitari n.5 Bassa Friulana*, “Individuazione ed implementazione di un sistema di accesso unitario alla rete dei servizi sociosanitari integrati della persona con disabilità”, 2011

progetto Infermiere di Famiglia e Comunità, dando origine a quella che verrà poi denominata Primary Health Care Community Centered<sup>152</sup>.

Una ricerca condotta nel 2006 ha, inoltre dimostrato, un netto miglioramento negli indicatori sanitari nelle aree in cui operava l’Infermiere di Famiglia e Comunità. L’analisi compara il modello sperimentale condotto nel territorio dell’ASL “Bassa Friulana”, basata sul solo servizio sanitario pubblico, con quello in parte convenzionato di un altro distretto della stessa regione, l’ASL di Udine<sup>153</sup>. Il modello sperimentale si è dimostrato anche efficace nell’intercettare precocemente le situazioni di fragilità sociosanitaria su cui era necessario agire<sup>154</sup>.

Il modello di Infermiere di Famiglia e Comunità, sperimentato nella Bassa Friulana, si è poi esteso anche in altri distretti e regioni. La figura dell’IFeC è stata orientata nella gestione manageriale dei casi di bisogno più complessi come, ad esempio, persone difficilmente trasportabili o totalmente impossibilitate al trasporto, assistiti con multipatologie in condizioni gravi, malati terminali e persone non autosufficienti in situazioni di disagio, avvicinandosi alle funzioni della figura di Infermiere Case Manager. In seguito, è stato attuato il ruolo di Infermiere di Famiglia e Comunità care manager, incaricato della gestione proattiva delle patologie croniche più diffuse come diabete, ipertensione, scompenso cardiaco che mira a prevenire o tardare lo sviluppo della malattia. Viene realizzata la funzione dell’Infermiere di Famiglia e Comunità Disease Manager, che supporta gli assistiti affetti da patologie

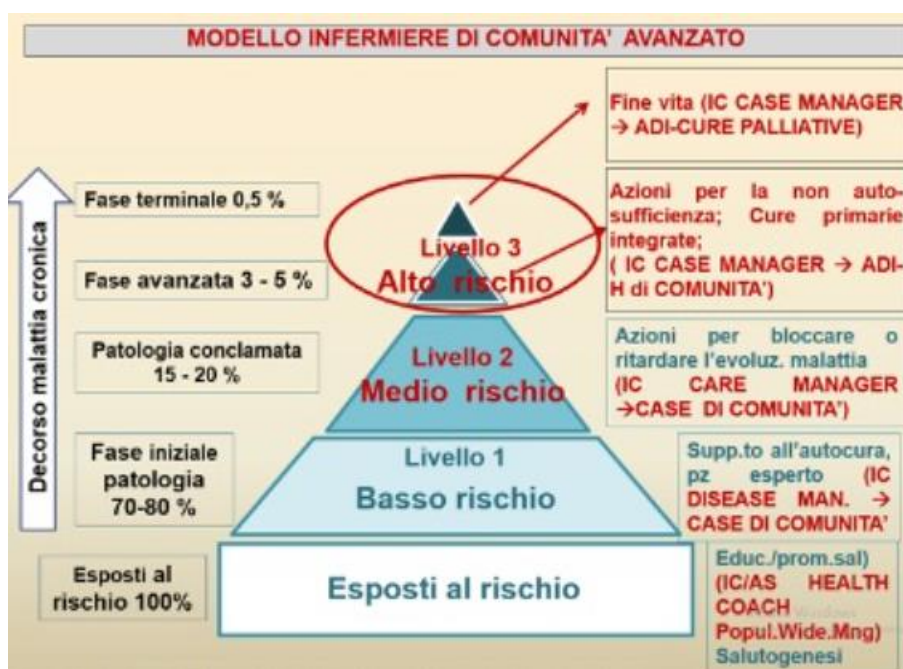
---

<sup>152</sup> Hing E, Hooker R S, Ashman J J, *Primary health care in community health centers and comparison with office-based practice*, 2011

<sup>153</sup> Pordenon M, *Efficacia del modello organizzativo delle cure infermieristiche di comunità nella gestione dei pazienti oncologici terminali: trial di intervento in comunità*, Tesi di Laurea in Infermieristica – Facoltà di Medicina e Chirurgia degli Studi di Udine, 2006/07

<sup>154</sup> Pletti L, *La mappatura della fragilità. Un’esperienza di proattiva e sistematica intercettazione ei bisogni assistenziali inespresi dagli anziani in un distretto della “Bassa Friulana”*, 2018

croniche e promuove alla loro autocura. Infine, si è iniziato a progettare la figura dell'Infermiere di Famiglia e Comunità Population Wide Manager, un infermiere dedicato completamente al setting della Promozione della Salute<sup>155</sup>.



Per concludere, il DM 77/2022 vuole implementare, per tutto il territorio nazionale, il modello di Infermiere di Famiglia e Comunità Case Manager nell'ambito dell'assistenza domiciliare e l'Infermiere di Famiglia e Comunità Disease manager e Population wide manager per quanto riguarda le Case di Comunità. Questo nuovo modello sarà inoltre avvantaggiato dall'auspicabile potenziamento del sistema di medicina generale basato sulla collaborazione di un'equipe multiprofessionale di

<sup>155</sup> Pordenon M, *L'infermiere di Comunità in Friuli-Venezia Giulia a 20 anni dalla sua sperimentazione: il modello, l'esperienza, i risultati e gli sviluppi*, 16° Congresso CARD 2018

<sup>156</sup> [https://www.quotidianosanita.it/friuli\\_venezia\\_giulia/articolo.php?articolo\\_id=108146](https://www.quotidianosanita.it/friuli_venezia_giulia/articolo.php?articolo_id=108146)

medici, operatori sanitari e sociosanitari che avrà come obiettivo principale il miglioramento, in termini di qualità e copertura, della sanità pubblica<sup>157</sup>.

Dal punto di vista dell'economicità, se con la riforma dell'assistenza territoriale otterremo a livello nazionale dei risultati simili a quelli che abbiamo osservato nel territorio circoscritto dall'ASL Bassa Friulana con il suo modello di Infermiere di Famiglia e Comunità nei suoi venti anni di vita, avremo garantita una maggior efficienza dei servizi in favore di una razionalizzazione delle risorse a livello centrale e verso un reindirizzamento delle risorse a livello territoriale.

Inoltre, lo sviluppo di un modello proattivo alla salute con la sua programmazione di educazione terapeutica e promozione della salute volgono a raggiungere un maggior livello di efficacia dei risultati in termini di prevenzione e benessere della popolazione.

Il risultato auspicabile è quello di una riduzione degli sprechi nella spesa sanitaria data da un efficientamento e riorganizzazione delle risorse e una miglior qualità dell'assistenza sanitaria grazie ad una rete territoriale più fitta di professionisti e servizi e grazie ad una copertura della popolazione più omogenea in tutto il territorio.

---

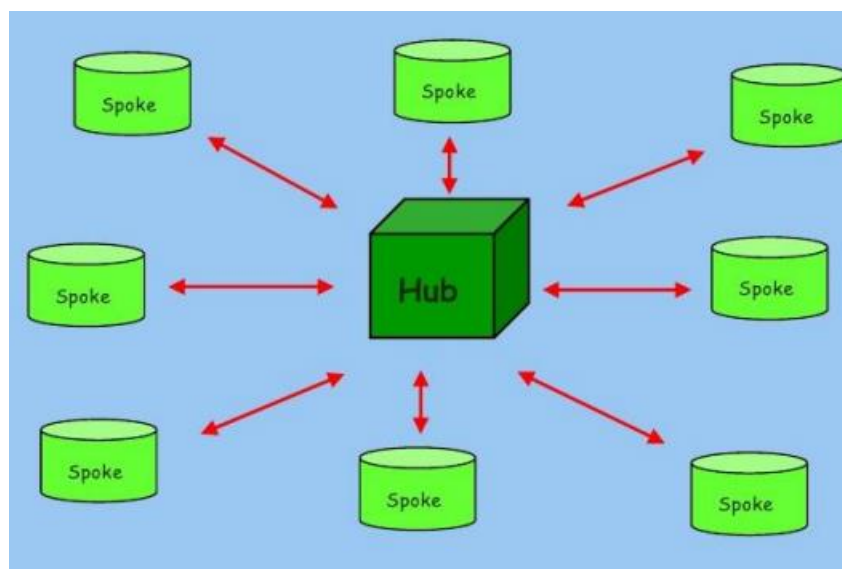
<sup>157</sup> Pellizzari M, *L'infermiere di comunità nella Primary Health Care: le esperienze maturate e le prospettive nel distretto del DPCM 21/04/2022*, Webinar CARD Triveneto

### 3.1.4 IL MODELLO HUB & SPOKE OGGI E L'EVOLUZIONE PREVISTA DAL PNRR

Il sistema Hub & Spoke è un modello organizzativo sanitario nato su emulazione dell'omonimo modello utilizzato nell'aviazione civile americana.

Il fondamentale di questo modello sanitario è il riconoscimento di alcune malattie più complesse che necessitano di cure e competenze specialistiche e più costose e che non possono essere garantite in modo diffuso e capillare nel territorio.

Alla luce di questo presupposto, le casistiche più complesse vengono concentrate in una sede centrale Hub che, una volta assistito il cittadino sino al superamento di un certo grado di complessità, lo indirizza per la presa in carico da uno dei centri periferici Spoke.



Nella sanità italiana sono attualmente presenti alcune regioni che hanno sviluppato il modello Hub & Spoke, come in Emilia-Romagna, e in particolare per i servizi sanitari speciali come donazione e trapianto di organi e tessuti, banche dei tessuti, grandi ustioni, grandi traumi, centri di riabilitazione per gravi cerebrolesioni e

mielolesioni, neuroscienze, cardiologia, emofilia e malattie emorragiche congenite, genetica medica, malattie rare, malattie metaboliche rare, malattie scheletriche rare, assistenza perinatale pediatrica, glicogenosi, fibrosi cistica, assistenza al paziente colpito da ictus e infine per la rete emergenza-urgenza.

L'esistenza di queste sedi centrali Hub ha l'obiettivo di migliorare l'articolazione e la qualità dei servizi sanitari territoriali esaltando il ruolo dei piccoli ospedali periferici in modo che possano anch'essi svolgere un ruolo fondamentale nella rete dell'assistenza territoriale.

Il modello Hub & Spoke costituisce una razionalizzazione della produttività nel sistema sanitario, concentrando casistiche cliniche e procedure complesse nei centri Hub di riferimento. Per ognuno di questi centri Hub è necessario stabilire un determinato bacino d'utenza, stilare adeguati percorsi assistenziali e definire le modalità organizzative di trasferimento dalla sede centrale Hub alla struttura Spoke periferica e viceversa. Obiettivo di questo modello è quello di generare un'assistenza sanitaria uniforme sul territorio, di garantire l'efficacia dei trattamenti e curare l'assistito in una sede che sia il più vicino possibile al suo territorio di residenza.

Nel PNRR è previsto che per ogni distretto, composto ognuno da centomila abitanti, ci dovranno essere almeno quattro Case della Comunità di cui una di queste sarà denominata Casa della Comunità Hub, che sarà attiva 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, e tre Case della Comunità Spoke.

Casa della Comunità Hub e Case di Comunità Spoke erogheranno servizi sanitari diversi. Nella Casa della Comunità Hub avremo il servizio di Continuità Assistenziale che mancherà alla CdC Spoke, una presenza medica e infermieristica 24 ore al giorno nella CdC Hub e 12 ore al giorno nella CdC Spoke.

Servizi speciali come il Punto Prelievi, l'Assistenza Domiciliare Integrata e la Diagnostica per il monitoraggio di patologie complesse (ecografie, elettrocardiografie, retinografie, spirometria ecc.) saranno presenti solo nella CdC Hub.

### **3.1.5 NUOVI MODELLI E STANDARD PER LO SVILUPPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE NEL SSN (DM 77/2022)**

La programmazione di potenziamento dei tre modelli di cui abbiamo parlato in questo terzo Capitolo, viene espressamente definita dal DM 77/2022 denominato "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN", approvato dal Ministero della Salute nel maggio del 2022.

In questo DM vengono determinati gli standard per l'assistenza sanitaria territoriale, introdotti nuovi modelli organizzativi e assistenziali come le Case di Comunità e gli Ospedali di Comunità, viene definito il contesto organizzativo e professionale nel quale si sviluppano i finanziamenti del PNRR e detta le attività per lo sviluppo della riorganizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale.

Il DM 77/2022 contiene, inoltre, la programmazione organizzativa delle Case di Comunità e Ospedali di Comunità, delle nuove Centrali Operative Territoriali e dei nuovi strumenti di Telemedicina. Modelli di cui abbiamo ampiamente discusso nel Capitolo 2.



Nel Decreto è riportata anche l'introduzione sperimentale del metodo del budget di salute per la realizzazione di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati, di cui tratteremo in questo paragrafo.

La normativa in cui si parla chiaramente di Budget di Salute è l'articolo 1 del DL 32/2020 convertito nella Legge 77/2020 in cui si fa riferimento alla sperimentazione di strutture di prossimità incaricate della promozione e della prevenzione della salute che nulla hanno a che fare con le Case della Comunità o gli Ospedali di Comunità. Sono strutture che, per breve tempo, verranno utilizzate dalle regioni per la presa in carico e riabilitazione dei pazienti più fragili. Di recente sono state anche approvate le linee guida per l'organizzazione di queste strutture di prossimità, per programmare modalità di intervento atte a ridurre l'istituzionalizzazione degli assistiti fragili, ne favoriscano le cure in un luogo più vicino possibile al loro domicilio e consentano una valutazione dei risultati con strumenti come il Budget di Salute individuale e di comunità<sup>158</sup>.

Il Budget di Salute individuale e di comunità è stato definito dall'Osservatorio nazionale come “strumento di definizione quantitativa e qualitativa delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per innescare un processo volto a restituire centralità alla persona, attraverso un progetto individuale globale”<sup>159</sup>

Il Budget di Salute è costituito dalle risorse economiche, umane, professionali e relazionali necessarie per il coinvolgimento relazionale, familiare e sociale dell'assistito in modo da favorirne l'inclusione sociale e promuovere un percorso

---

<sup>158</sup> Camera dei deputati XVIII Legislatura, *Introduzione sperimentale del metodo del budget di salute per la realizzazione di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati*, Dossier n° 327/II edizione 2021

<sup>159</sup> Osservatorio nazionale, *Linee programmatiche: progettare il budget di salute con la persona – proposta degli elementi qualificanti*, Conferenza Unificata Stato-Regioni-Comuni 2022

di cura personalizzato in modo da garantirgli quel diritto alla salute possibile solo grazie a interventi sanitari e sociosanitari integrati.

La letteratura internazionale sostiene studi per cui gli assistiti con disturbi di salute mentale su cui si è utilizzato il modello del Budget di Salute, hanno dimostrato l'ottenimento di diversi risultati positivi in merito al controllo del paziente nel suo percorso di riabilitazione. Si è osservato che l'utilizzo del Budget di Salute ha responsabilizzato l'assistito migliorandone il coinvolgimento nelle cure, ha migliorato l'impegno professionale del personale e reso più adeguato il trattamento<sup>160</sup>.

Inoltre, si è dimostrato un certo grado di soddisfazione da parte degli utenti per lo sviluppo del Budget di Salute. Si hanno avuto miglioramenti in termini di esiti clinici, qualità della vita ritrovata, impegno in un lavoro retribuito, ritorno all'autonomia e un effetto positivo anche sui familiari dell'assistito.

Le evidenze hanno anche mostrato come il Budget di Salute abbia favorito l'efficientamento nell'utilizzo delle risorse con l'approccio di intervento personalizzato determinando risparmi della spesa sanitaria<sup>161</sup>.

Il Budget di Salute ha come obiettivo quello di promuovere la permanenza dell'assistito nel proprio domicilio coinvolgendo i diversi soggetti e organi di cura della sua comunità. Si può rivolgere a tutti i cittadini con bisogni sociosanitari complessi che sono stati presi in carico dalla rete dei servizi sanitari territoriali.<sup>162</sup>

La richiesta di attivazione per il cittadino del Budget di Salute, avviene su proposta dello stesso o di un suo rappresentante legale e attivata da un Equipe sociosanitario

---

<sup>160</sup> Castegnaro C, Pasquinelli S, Pozzoli S, *Il Budget di Salute: dalle promesse a quale realtà?* Welforum.it 2021

<sup>161</sup> Starace F, *Il Budget di Salute come strumento per l'integrazione sociosanitaria*, 2021

<sup>162</sup> Griffo G *Il nuovo welfare di inclusione e i progetti personalizzati*, 2021

che dev'essere composta da almeno un operatore sanitario e un operatore sociale. La parte sanitaria è composta dagli operatori sanitari che hanno effettuato la sua presa in carico, la parte sociale è composta da assistenti sociali dell'ente locale.

Nel caso questi componenti non abbiano possibilità di gestione delle fonti di finanziamento allora si attiva l'Unità di Valutazione Multiprofessionale. Quindi l'Equipe sociosanitaria o l'UVM diventano il soggetto responsabile di accompagnare l'assistito alla ricerca dei servizi e interventi più adeguati nelle risposte al suo bisogno<sup>163</sup>.

Il Budget di Salute unisce il percorso delle cure al progetto di vita della persona. Nella fase di valutazione si raccolgono dati sui determinanti sociali dell'assistito quali dimora, lavoro, formazione, socialità e capacità comunicative in base a cui gli viene costruito un percorso tenendo conto anche delle sue preferenze. Questo percorso prende il nome di Percorso Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (PTRI).

Il PTRI deve avere obiettivi relativi a ciascuno dei determinanti sociali della salute; specificare le abilità richieste per il raggiungimento di tali obiettivi; definire le risorse umane, ambientali ed economiche per la realizzazione degli obiettivi; la stesura dettagliata del piano, evidenziando le priorità; gli operatori sanitari e sociali da coinvolgere; il programma temporale del piano e il Case Manager che sarà responsabile del PTRI<sup>164</sup>.

---

<sup>163</sup> Santuari A, *Il budget di salute e la presa in carico delle persone fragili*, 2022

<sup>164</sup> Starace F, *Manuale pratico per l'integrazione sociosanitaria, il modello del Budget di salute*, 2022

Dopo la fase di valutazione e di programmazione degli obiettivi, per rendere attuativo il PTRI è necessaria la sottoscrizione di un accordo che determini impegni, obiettivi e risorse di ogni attore coinvolto.

Ogni PTRI deve essere gestito da un Case Manager che se ne assume la responsabilità. Il Case Manager può essere sia un operatore sanitario che un operatore sociale<sup>165</sup>.

Gli obiettivi del PTRI devono essere condivisi tra entri pubblici, organizzazioni no profit e stakeholders. Il Percorso si realizza in due fasi: la fase di co-programmazione e la fase di co-progettazione<sup>166</sup>.

Nella fase di co-programmazione, le Aziende Sanitarie, gli Enti Locali ed Enti del Terzo Settore condividono i percorsi supportati dal Budget di Salute stilando un programma comune che ha come finalità la rilevazione dei bisogni da soddisfare, le risorse da attuare e gli interventi da applicare.

Nella fase di co-progettazione, oltre ad Aziende Sanitarie, Enti Locali ed Enti del Terzo Settore vengono coinvolti tutti gli stakeholders del Budget di Salute come cooperative, comitati, associazioni e familiari.

Il Budget di Salute, raggiunta la fase di attuazione, deve essere monitorato in modo costante e valutato dall'equipe con la partecipazione attiva dell'assistito. Questa fase di monitoraggio dev'essere coordinata dal Case Manager e definita già in fase di progettazione<sup>167</sup>.

Analizzando il modello del Budget di Salute e il progetto PTRI da un punto di osservazione economico aziendale, riteniamo tali strumenti più che adeguati al

---

<sup>165</sup> Francescutti C, *Porre le persone al centro dei processi di cura. Oltre un consenso acritico*, 2022

<sup>166</sup> Bollani M, *Il Budget di Salute nell'esperienza inglese dei Personal Budget*, 2022

<sup>167</sup> Pozzoli F, Rasconi M, *La sperimentazione del Budget di Salute in Toscana. Una prima valutazione*, 2022

perseguimento del principio di finalità considerando tutti gli attori che esso coinvolge per concorrere allo scopo unico della soddisfazione dei bisogni umani.

Tuttavia, riteniamo che lo strumento del Budget di Salute contenga alcune criticità attuative. In primo luogo, le Linee Programmatiche del Budget di Salute approvate in Conferenza Unificata nascono per l'ambito della salute mentale e quindi hanno bisogno di essere riadattato agli altri settori sanitari adeguandone il linguaggio. Altra criticità si evidenzia sul concetto di costruzione del Budget di Salute poiché è poco chiara la sua relazione con il PTRI: nell'intesa della Conferenza Unificata Stato-Regioni-Comuni per implementare il modello organizzativo del Budget di Salute si evince che quest'ultimo sia un documento di successiva compilazione al PTRI, che contiene l'accordo sottoscritto dagli attori coinvolti nel progetto e la definizione delle risorse necessarie. Inoltre, si sostiene che l'accordo è parte integrante del Budget di Salute ma non si precisa quali siano gli altri contenuti del documento. Per giunta, nel progetto non vi è alcuna menzione alle modalità di raccoglimento e utilizzo delle diverse risorse. In ultimo, non si hanno indicazioni sul potere decisionale del Case Manager, coordinatore delle risorse, una figura già conosciuta ma che nel DM 77/2022 si decide di potenziare e quindi riteniamo che le sue nuove funzioni e poteri debbano essere chiaramente definiti.

## 4.1 ANALISI CRITICA DEL NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO E PROPOSTE

Nei criteri organizzativi dell'assistenza territoriale viene favorito il domicilio del cittadino come luogo di cura. L'assistenza domiciliare garantisce interventi di diversa complessità assistenziale seguendo percorsi personalizzati all'assistito.

L'assistenza domiciliare si divide in Assistenza Domiciliare Programmata (ADP) che prevede accessi periodici definiti dal Medico di Assistenza Primaria (da 1 a 4 accessi al mese) e in Assistenza Domiciliare Integrata che prevede oltre alle visite del Medico di Assistenza Primaria (anche più volte alla settimana) la presenza di altri professionisti sanitari (infermieri, fisioterapisti, operatori sociosanitari)<sup>168</sup>. I pazienti seguiti dall'ADP sono quattro volte più dei pazienti coperti dal servizio ADI<sup>169</sup>. Questo vuol dire che la maggior parte dei pazienti seguiti a domicilio sono pazienti multipatologici, anziani fragili, per lo più non autosufficienti che sono già seguiti da una badante con il supporto di familiari o caregiver e non hanno bisogno di frequenti interventi sanitari ma di poche visite mensili da parte del Medico di Assistenza Primaria o dell'Infermiere<sup>170</sup>.

La maggior parte della popolazione anziana ha bisogno soprattutto di aiuti nell'ambito socioassistenziale per soddisfare i propri bisogni primari come nutrirsi, vestirsi, lavarsi ed espletare i propri bisogni fisiologici. Questa parte della

---

<sup>168</sup> Gazzetta Ufficiale, *Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza*, 2017

<sup>169</sup> FNOPI, *L'Assistenza Domiciliare in Italia: chi la fa, come si fa e buone pratiche*, 2018

<sup>170</sup> Italia Longeva, *Anziani cronici. Ancora troppe carenze nell'assistenza domiciliare*, 2019

popolazione (stimata attorno al 2-3% di quella italiana) necessiterebbe di assistenza sociosanitaria 24 ore su 24<sup>171</sup>.

L'assistenza sociosanitaria è prendersi cura, accudire, far compagnia alle persone che si sentono sole e aiutarle nel soddisfare i propri bisogni primari. Nel PNRR vi è solo un riferimento all'assistenza sociale con la proposta di professionalizzazione di badanti e caregiver attraverso un percorso di formazione per migliorarne le competenze e promuoverne l'inserimento in cooperative o società di servizi sociali ma manca la parte dedicata al settore socioassistenziale, fondamentale per il supporto dei pazienti cronici e le loro famiglie<sup>172</sup>.

Ciò che dovrebbe essere ampliato è soprattutto l'ambito delle prestazioni sociosanitarie per il soddisfacimento dei bisogni primari della persona non autosufficiente come il prendersi cura di sé nel lavarsi, vestirsi, nutrirsi e il prendersi cura del proprio ambiente come fare la spesa e pulire la casa. Questi interventi non possono limitarsi alle poche ore settimanali coperte dall'assistenza di un Operatore Sociosanitario (OSS) del servizio ADI. Gli assistiti non autosufficienti avrebbero bisogno di aiuti quotidiani e per più ore al giorno. Se l'assistenza territoriale continua a prevedere solo pochi interventi a settimana, da parte degli OSS, allora questi assistiti non autosufficienti saranno ben presto costretti a ricorrere alle strutture di assistenza residenziale (RSA) o ad un ricovero improprio in Ospedale se le loro famiglie non sono in grado di star loro vicini o se non possono permettersi delle badanti. Anche l'erogazione di sostegni creditizi non sarebbe una soluzione efficace poiché non è detto che tutte le famiglie siano in grado di spendere il denaro in modo efficiente per il sostegno del proprio caro non autosufficiente.

---

<sup>171</sup> Motta M, *Riforma per la non autosufficienza e assistenza domiciliare*, "Osservatorio nazionale sulle politiche sociali", 2023

<sup>172</sup> Pavolini E, *Il PNRR e gli anziani non autosufficienti*, "Salute internazionale" 2021

Una proposta potrebbe essere di introdurre strumenti atti ad offrire un pacchetto di diversi interventi sociali partendo da una prima valutazione multidimensionale in cui si individua il grado di autosufficienza della persona e in seguito programmare un budget che si impiegherà negli interventi più adeguati, con successive rivalutazioni nel tempo<sup>173</sup>.

Il pacchetto di interventi sociali sarà parallelo al servizio ADI che si occuperà più di interventi sanitari. Gli interventi sociali consisteranno in assegni di cura per la famiglia con cui assumere badanti, un supporto per reperirli e coordinarne il rapporto di lavoro; contributi economici ai familiari che hanno le possibilità di assistere in prima persona il proprio caro; l'apertura di canali con associazioni di volontariato; buoni per ricevere servizi da fornitori accreditati come pasti a domicilio, trasporti, accompagnamenti e aiuto nelle pulizie domestiche.

Spesso l'assistenza alla persona non autosufficiente è composta da tre tipi di interventi non comunicanti tra loro: la cura da parte dei familiari, il lavoro delle badanti ed i servizi pubblici<sup>174</sup>. Questi tre tipi di interventi dovrebbero meglio integrarsi e svilupparsi da un budget di cura attraverso un programma comune, composto in parte dal SSN e in parte dalle risorse dell'utente compresi i sostegni economici contenuti nel pacchetto di interventi sociosanitari<sup>175</sup>.

Un'altra proposta potrebbe essere quella per cui i servizi sociosanitari quotidiani a tutela della persona non autosufficiente richiedano una compartecipazione da parte del SSN e che non siano solo a carico di famiglie e Comuni. Così come secondo i LEA è previsto che l'SSN partecipi coprendo per la metà i costi delle degenze in

---

<sup>173</sup> L'impiego di interventi sociali per le aziende sanitarie contribuisce al vasto campo della prevenzione sanitaria. Basti pensare a quegli anziani che non riuscendo ad occuparsi del proprio igiene personale o della propria alimentazione si ammalano e ricorrono ad accessi in Pronto Soccorso per un ricovero ospedaliero o a richieste di ammissione a Residenze assistenziali (RSA).

<sup>174</sup> Pasquinelli S, *La strada per una nuova assistenza a domicilio*, 2020

<sup>175</sup> Il pacchetto di interventi sociosanitari assegnati all'utente fa parte delle risorse dell'utente stesso da integrarsi agli interventi di natura pubblica erogati dal SSN.



RSA<sup>176</sup>, allo stesso modo potrebbe coprire una parte dei costi dell'assistenza domiciliare sociosanitaria.

Altra criticità è quella di spingere i Medici di Medicina Generale a collaborare con il progetto delle Case di Comunità. In queste strutture, nel PNRR, viene garantita la presenza del MMG per 12 ore al giorno e 6 giorni su 7 ma non è chiaro come si convinceranno i medici a limitare la loro presenza nei propri ambulatori dove magari hanno investito le loro risorse per anni. Verranno costretti oppure queste Case di Comunità rischieranno di rimanere sprovviste della figura di MMG? Inoltre, il 32% dei MMG esercita la propria professione in forma singola piuttosto che in forma associata<sup>177</sup> e quindi molti ambulatori medici restano aperti solo poche ore al giorno, che costringe molto spesso i residenti di quel territorio a rivolgersi al Pronto Soccorso.

Una totale adesione dei MMG al SSN è di difficile realizzazione. Sarebbe qualcosa che difficilmente verrebbe accettato dal punto di vista culturale, politico e soprattutto sindacale ma obbligarli ad esercitare in forma associata, rivedendo l'Accordo Collettivo Nazionale, potrebbe essere più semplice e farebbe in modo che l'ambulatorio possa aprire al pubblico 12 ore al giorno per 5 giorni su 7, infatti uno studio medico in forma associata con almeno quattro medici garantirebbe le 60 ore a settimana per rendere possibile un'apertura dalle 8,00 alle 20,00 per 5 giorni a settimana. Si dovrebbe ampliare poi il campo d'applicazione delle prestazioni erogabili in un ambulatorio di Medicina Generale (allegato D dell'Accordo Collettivo Nazionale dei MMG) dotando la struttura degli elettromedicali necessari per la diagnostica di base (ecocardiografo, ecografo ecc.). In questo modo i pazienti dovrebbero rivolgersi all'ambulatorio del proprio MMG per le prestazioni sanitarie

---

<sup>176</sup> Secondo i Livelli Essenziali di Assistenza è previsto che metà della spesa per la degenza in RSA sia a carico del SSN (DPCM 12 gennaio 2017, Art. 29 e Art. 30).

<sup>177</sup> FIMMG, *Il medico di medicina generale nei nuovi servizi sociosanitari territoriali*, 2022

non complesse e il Pronto Soccorso limiterebbe gli accessi potendo reindirizzare gran parte dei codici bianchi al loro MMG.

Si potrebbe infine proporre di collegare le Case di Comunità a strutture private convenzionate formando una sorta di Case di Comunità accreditate dove far operare le forme associate di MMG.

Altra spinosità che ci dà a pensare di questo nuovo modello organizzativo territoriale è la carenza del personale infermieristico.

Il PNRR prevede che per il funzionamento delle Case di Comunità, Ospedali di Comunità, Centrali Operative Territoriali, Telemedicina e potenziamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata serviranno 36.153 infermieri in aggiunta a quelli già in forza<sup>178</sup>.

Nel 2020 il personale infermieristico totale in attività, tra SSN e strutture sanitarie private, era di 332.292 unità<sup>179</sup>. A questi numeri bisogna tener conto il personale che dovrà sostituire gli infermieri che andranno in pensione negli anni a venire.

Il documento allegato al PNRR ed inviato alla Commissione europea ha effettuato una stima degli infermieri che andranno in pensione da qui al 2027, l'anno in cui il PNRR dovrà essere attuato in maniera definitiva. Questa stima è basata sugli infermieri che nel 2021 avevano un'età uguale o superiore ai 60 anni ed è stato considerato che andranno in pensione a 67 anni. Con questi calcoli il PNRR prevede che entro il 2027 sarà andato in pensione il 7,83% del personale infermieristico per un totale di 26.018 infermieri<sup>180</sup>, ma non è stato calcolato che l'età media di pensionamento degli infermieri è di 63 anni e in questo caso il numero di infermieri

---

<sup>178</sup> La stima di questi numeri è stata direttamente fatta dal Governo nel documento allegato al PNRR inviato alla Commissione europea considerato i requisiti di personale dettati per CdC, OdC e COT e la copertura di almeno il 10% degli ultrasessantacinquenni prevista dall'Assistenza territoriale (DM 77/2022)

<sup>179</sup> Corte dei conti, *Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica*, 2021

<sup>180</sup> Documento allegato al PNRR inviato alla Commissione europea nl 2021

che andrà in pensione entro il 2027 potrebbe essere addirittura il doppio di quello stimato dal PNRR <sup>181</sup>.

Bisogna inoltre calcolare il numero degli infermieri che da qui al 2027 termineranno gli studi universitari. Considerato il numero degli studenti iscritti al Corso di Laurea di Infermieristica nel 2018/19 e ipotizzando che i posti disponibili e le iscrizioni rimangano costanti, allora avremo un numero di 90.168 nuovi laureati nel 2027 <sup>182</sup>.

Ma non possiamo non tenere conto degli studenti che abbandonano il percorso di Laurea o ne intraprendono un altro. Ad esempio negli anni 2018-2021 molti infermieri hanno scelto di non proseguire gli studi (o di cambiare indirizzo di laurea) e ne è risultato che nel 2020 e nel 2021 gli infermieri laureatisi sono stati in un numero minore rispetto ai medici quando in condizioni di normalità dovrebbero essere almeno il doppio <sup>183</sup>.

Ci sono sicuramente problemi alla base della programmazione del fabbisogno del personale sanitario da parte di Governo e Regioni. Le Università sono in grado di sostenere i costi di 15.000 studenti all'anno contro una domanda di 18.000 candidati e chi riesce ad essere ammesso nel 25% dei casi abbandona il percorso di studi (il 33% nel 2021) <sup>184</sup>. Di questo passo il numero dei nuovi laureati non sarà sufficiente neanche per eseguire il turnover di chi andrà in pensione.

Una buona proposta potrebbe constatare nella riprogrammazione da parte del Governo del fabbisogno di personale infermieristico se non vogliamo trovarci in

---

<sup>181</sup> Bozzi M, *Il PNRR va sostenuto, ma servono dati certi e rigore metodologico*, Quotidiano Sanità 2021

<sup>182</sup> Calcoli elaborati da Pesaresi F nell'E-Book "DM 77/2022 – la norma, gli approfondimenti, le valutazioni", 2022

<sup>183</sup> Bartoloni M, *Emergenza nuovi infermieri, meno laureati che tra i medici*, "Il Sole24Ore" 2022

<sup>184</sup> Corte dei conti, *Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica*, 2021

grave carenza dal 2027 in poi rischiando di non poter adempiere al PNRR a causa della di mancanza di Infermieri<sup>185</sup>.

Una conferma di questa necessità sono i dati OCSE del 2022 che stabiliscono un rapporto adeguato di 8,8 infermieri ogni 1000 abitanti per cui il nostro fabbisogno nazionale sarebbe di 524.825 infermieri. La situazione nel 2027 sarà all'incirca di 365.000 infermieri pari a circa 6 infermieri per 1000 abitanti. Valori lontani dai criteri elaborati dall'OCSE<sup>186</sup>.

## **4.2 LE AZIENDE SANITARIE VERSO UN'ORGANIZZAZIONE PER PROCESSI**

I processi sanitari non sono qualcosa di freddo e inanimato, fatti di attrezzature, elettromedicali, attività, tecniche e procedure. I processi prendono vita in quanto gli attrezzi, le procedure e le tecniche sono strumenti nelle mani di professionisti.

Questo modello applicato all'interno di un'azienda sanitaria ne permette la suddivisione dei processi gestionali e dei processi sanitari. Tale approccio permette una visione d'insieme dell'organizzazione aziendale sanitaria come delle attività gestionali, mediche, infermieristiche e amministrative collegate e coordinate tra loro che hanno il paziente come destinatario<sup>187</sup>. Sono questi processi a creare valore e non le funzioni. Passare quindi da una visione per funzioni ad una gestione per processi garantirebbe un miglior risultato ai fini dell'efficacia<sup>188</sup>.

---

<sup>185</sup> Riprogrammare il fabbisogno di infermieri e destinare più risorse alla formazione infermieristica è necessario poiché nell'attuale programmazione non sono considerati fattori come gli infermieri che abbandonano gli studi o i prepensionamenti.

<sup>186</sup> OCSE, *Health at a Glance: Europe 2022*

<sup>187</sup> Un'organizzazione per processi permetterebbe di visualizzare tutti i tasselli dell'operato di un'azienda sanitaria e quindi riuscire a distinguere meglio tutte quelle attività che lo compongono.

<sup>188</sup> Il processo economico è il ciclo che gli attori del processo economico percorrono nello svolgimento di attività al fine di soddisfare i bisogni: partendo dalle risorse, passando per la produzione e terminando con il consumo.

Nell'ambito sanitario, una buona gestione dei processi sia ospedalieri che territoriali è fondamentale trattandosi di diverse strutture e servizi che sfruttano molteplici collegamenti tra procedure sanitarie, database e sistemi informativi che possono supportare anche servizi di telemedicina.

La gestione per processi, quindi, implica che le fasi di analisi, valutazione e programmazione di un'organizzazione aziendale siano fondate su operazioni strettamente correlate tra loro e che insieme danno specifici risultati. In questo modo si sviluppa un modello dove ogni attività produce un output di prodotti e informazioni che a loro volta si sviluppano in input per un'attività successiva<sup>189</sup>.

I processi sanitari sono raramente svolti da un solo professionista o da una sola disciplina. Molto spesso un percorso diagnostico o un percorso di cura sono elaborati in ottica multidisciplinare dove prendono parte diversi professionisti, diverse discipline, diverse categorie professionali e diverse Unità Operative<sup>190</sup>.

Quando lo spettro multidisciplinare si fa molto ampio, aumentano relazioni e collegamenti e maggiore diventa la possibilità di commettere errori di continuità o di integrazione. La gestione per processi tornerebbe utile per limitare questi errori e rappresenterebbe uno strumento per esaminare e valutare l'adeguatezza delle attività e le finalità aziendali<sup>191</sup>.

L'organizzazione per processi, inoltre, è uno strumento per coordinare e orientare i manager verso risultati non solo a livello amministrativo. Dall'esame dei processi è possibile determinare diversi criteri di valutazione:

- la valutabilità ovvero quanto quel processo produca dati e informazioni con cui si possono elaborare degli indicatori di risultato;

---

<sup>189</sup> Giorgio M, Biroli M, *Organizzazione e gestione per processi*, 1996

<sup>190</sup> Basti pensare alla rete urgenza-emergenza. Si parte da un segnale della Centrale Operativa Territoriale che può mettere in moto l'Unità del 118 che a sua volta coinvolge le Unità di Terapia Intensiva o Rianimazione proseguendo con il decorso clinico verso un'Unità di Area Medica fino alle eventuali Cure domiciliari.

<sup>191</sup> Approccio per processi ISO 9001 2015

- la costanza, cioè la capacità di originare lo stesso risultato in uno stesso periodo se non ci sono state variazioni;
- la flessibilità, ossia la possibilità di rimodulare attività e tempi in base al mutare delle esigenze degli utenti;
- l'efficacia, vale a dire il grado di realizzazione degli obiettivi prefissati (in sanità può considerarsi efficace un trattamento che migliora la salute di un individuo attraverso le risorse e le conoscenze disponibili in quel momento);
- l'efficienza, ossia la relazione tra risorse impiegate e risultati raggiunti (in sanità, l'efficienza è un buon rapporto tra i costi e gli esiti di salute).

#### **4.3 APPROCCIO PER PROCESSI, LE PERFORMANCE CHE POTREBBERO MIGLIORARE**

Nella riforma dei Nuovi Modelli e Standard per lo Sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel SSN (DM 77/2022), i collegamenti tra professionisti sanitari e sociosanitari (medici, infermieri, le altre professioni sanitarie, assistenti sociali, OSS) sono previsti in misura maggiore e saranno fondamentali per la buona riuscita del progetto. Gli approcci multidisciplinari alle casistiche cliniche saranno sempre più utilizzati e l'operato di ogni professionista diventa interdipendente al lavoro di un altro: il MMG attiva Infermieri e Medici specialisti che daranno poi feedback al MMG, gli specialisti collaborano con il MMG o chiedono il consulto di altri specialisti, gli Infermieri chiedono al MMG o agli specialisti di valutare l'attivazione di determinati protocolli, gli assistenti sociali e tutte le altre professioni sanitarie si interfacciano tra loro per un'assistenza integrata e tutto ciò che viene attivato e misurato viene poi rivalutato nel tempo.

In un contesto del genere possiamo dire che la Sanità si dirige verso una gestione aziendale per processi dove ogni attività viene sottoposta ad una chiara valutazione, il che è fondamentale per un miglioramento delle performance:

- L'analisi dei benefici che l'assistito riceve dall'intero processo rileva il grado di soddisfacimento dei suoi bisogni e quindi permette di determinare se l'intero processo può essere eliminato oppure procura vantaggi al paziente. In sanità l'analisi dei benefici valuta se il processo migliora lo stato di salute (come alleviamento dal dolore o aumento della longevità) o il comfort (riduzione accessi per esami, interventi diagnostici ecc.) del paziente e quindi se è vantaggioso mantenere quel processo in vita.
- Considerare se ci sono disomogeneità tra Unità Operative (UO) di una stessa azienda (nel caso ci siano più UO che lavorano sullo stesso processo o su una stessa fase del processo), tra i diversi professionisti e tra diversi contesti all'interno della stessa UO. Valutare se le cose sembrano funzionare meglio o peggio degli standard e sequenziare il processo per esaminare quale parte ha comportato la differenza.
- Esaminare una possibile riduzione dei tempi di attuazione del processo e quindi valutare se si possono ridurre i tempi delle singole attività o i tempi delle "fasi di traslazione" tra un'attività all'altra del processo spostando in altri momenti alcune attività o eseguendole in parallelo piuttosto che in serie.
- Studiare e se necessario imitare le best practice aziendali<sup>192</sup> di altre organizzazioni che ottengono risultati migliori.

---

<sup>192</sup> Nel campo dell'economia aziendale, il modello best practice è la tecnica di riferimento per l'ottimizzazione dei risultati. Le best practice di un'azienda possono essere imitate da un'altra azienda che produce un prodotto simile per migliorare i propri risultati (Bastia P, *Principi di economia aziendale*, 2013)

- Stabilire il valore aggiunto delle singole attività e la loro appropriatezza e considerare delle alternative che potrebbero avere più efficacia. In economia aziendale un'attività aggiunge valore se attende alle aspettative dell'utente, non è superflua, non è duplicata (alcune attività possono produrre lo stesso o minor valore di altre attività già presenti), non è sostituibile da una tecnologia superiore e infine se rispetta il principio di economicità ossia se il suo costo non supera il valore realizzato<sup>193</sup>.

Alla luce di ciò, una gestione per processi potrebbe apportare più vantaggi al nuovo modello organizzativo piuttosto che un approccio per funzioni. Nella riforma dell'assistenza territoriale dettata dal PNRR sono i collegamenti tra strutture, servizi e professionisti a voler fare la differenza. Basti pensare al progetto delle Centrali Operative Territoriali per migliorare i collegamenti tra le strutture, al modello dell'Infermiere di Famiglia e Comunità per potenziare la comunicazione tra servizi e professionisti, alla realizzazione delle Case di Comunità e Ospedali di Comunità per avvicinare l'assistito al proprio domicilio e allo sviluppo del servizio di Telemedicina per accorciare le distanze tra medico e paziente. In un setting di questo genere, dove sono i collegamenti tra persone la chiave per l'erogazione di servizi di qualità, la letteratura gestionale sostiene l'impiego di un'organizzazione per processi<sup>194</sup>. Si passa quindi da un contesto di funzioni aziendali ad un quadro di azioni processuali, con l'obiettivo di rendere l'azienda sanitaria più flessibile in relazione al mutamento delle condizioni situazionali e vicina ai bisogni del cittadino.

---

<sup>193</sup> Flanigan E, Scott J, *Process improvement: enhancing your organization's effectiveness*, 1995.

<sup>194</sup> Vagnoni E, Maran L, *Il controllo di gestione nelle aziende sanitarie pubbliche*, 2013



## CONCLUSIONI

Nel Capitolo 1 abbiamo osservato come il nostro SSN sia stato messo alla prova dalle difficoltà presentate dalla pandemia di Covid-19 e come l'Unione Europea abbia elaborato un programma di aiuti per gli stati membri colpiti duramente, a livello economico, in seguito delle politiche di lockdown che sono state necessariamente applicate.

Nello stesso Capitolo abbiamo inoltre analizzato come l'immediata reazione delle Regioni ai problemi sanitari, ha dimostrato che un sistema sanitario decentralizzato e più vicino ai bisogni dei cittadini sia in grado di garantire una risposta più diretta e adeguata piuttosto che un sistema sanitario centralizzato. Tuttavia, sono stati proprio l'eccessiva regionalizzazione e le deboli possibilità decisionali del Ministero della Salute ad aver accentuato i limiti della capacità redistributiva di un sistema sanitario regionalizzato. Limiti quali se ne è potuto percepire di più il peso in una situazione grave come quella della pandemia dove le disuguaglianze dei sistemi sanitari territoriali hanno fatto la differenza tra la vita e la morte dei cittadini.

Ad ogni modo possiamo sostenere che aver avuto un Servizio Sanitario Nazionale come il nostro, nel caso della pandemia, possa essere valutato in modo positivo. Avere lo Stato come garante per le spese delle cure necessarie ai cittadini è senza dubbio stato favorevole. Basti pensare agli USA, dove un singolo test di rilevazione Covid-19 è costato al cittadino (o alla sua assicurazione) tra i 1000 e i 4000 dollari<sup>195</sup>. Un costo disincentivante per i molti statunitensi che spesso devono rinunciare all'assistenza sanitaria perché non possono permettersela e che, nel caso

---

<sup>195</sup> <https://www.agi.it/estero/news/2020-03-06/coronavirus-usa-costi-tampone-7338462/>

della pandemia da Coronavirus, ha sicuramente ostacolato il rallentamento della diffusione del virus.

Possiamo quindi affermare che il nostro SSN si sia dimostrato efficace ma abbia evidenziato anche le sue fragilità dovute all'eccessiva regionalizzazione e al definanziamento costante nel corso degli anni.

Per quanto riguarda i tre modelli descritti nel capitolo 3 e che secondo il PNRR si è deciso di potenziare a supporto del nuovo modello organizzativo territoriale, potrebbero promuovere livelli di efficacia ed efficienza in grado di garantire al SSN i risparmi di cui ha bisogno per finanziare il nuovo modello stesso, evitare ulteriori tagli di budget nelle successive Leggi di Bilancio e migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria per il cittadino. Infatti, se questi tre modelli funzionassero a livello nazionale nello stesso modo in cui hanno prodotto risultati a livello locale, come abbiamo esaminato nel capitolo 3, si potrà garantire un Servizio Sanitario Nazionale più vicino ai bisogni del cittadino grazie all'efficacia della territorialità dei servizi e più favorevole per il Bilancio dello Stato in merito ad un miglior gestione e minore spreco di risorse umane e materiali.

Nel capitolo 2 e 3 abbiamo potuto osservare quanto, questo nuovo modello di riorganizzazione sanitaria, sia sotto alcuni punti di vista un po' troppo ambizioso in merito ad alcuni risultati che si sono prefissati (ad esempio la riduzione dei codici bianchi del 20%) e ottimista rispetto alle risorse che si è deciso di stanziare (ad esempio il calcolo della spesa media per una giornata di degenza in Ospedale di Comunità).

Nel capitolo 4 esaminiamo come un approccio gestionale per processi possa risultare più adeguato al nuovo modello organizzativo sanitario a causa dei

numerosi collegamenti e necessità di coordinamento tra servizi e professionisti che si verrebbe a creare.

In conclusione, il PNRR è un ottimo progetto di investimenti pubblici e i benefici che possiamo trarre da questi investimenti contribuiranno a garantire le cure ai cittadini più accessibili e di miglior qualità. Le riforme del PNRR sono, per il nostro paese, una grande occasione che dovranno necessariamente essere connesse agli esiti per la salute. Con i progetti del PNRR possiamo realizzare condizioni favorevoli al superamento delle disuguaglianze regionali e alla riorganizzazione dei servizi sanitari a partire dai bisogni di salute dei cittadini e delle comunità.