

Gentilissimo Direttore,

**l'approccio al PNRR dimostrato finora dal Ministero della Salute appare molto ideologico e poco concreto, con il rischio che gli interventi previsti risultino in sostanza inefficaci.** La salute, lo si sente ripetere a ogni occasione, è un bene comune e non è né di destra né di sinistra, ma sembra che la sanità territoriale sia considerata buona, solidale, rivolta alle persone, mentre l'ospedale sembra percepito come qualcosa di impersonale, freddo e crudele. Il che ricorda un'ideologia che in sanità è vecchia di decenni, e le conseguenze, come si è visto, non sono state finora brillanti. Proprio perseguendo la concretezza, si è cercato di **“far parlare i numeri”**, analizzando nel dettaglio alcuni importanti aspetti dei documenti relativi alla missione sanità del PNRR (1).

E' evidente che le risorse messe finora a disposizione (2), ben inferiori al definanziamento del Servizio sanitario nazionale avvenuto nel corso del tempo (stimato in 37 miliardi nel decennio 2010-2019), non potranno essere sufficienti per cambiare radicalmente il Ssn, però è possibile **ipotizzare delle proposte con l'obiettivo di arrivare a un impiego più efficace delle risorse disponibili.**

Con la pandemia Covid sia la medicina del territorio che la rete ospedaliera si sono **dimostrate largamente insufficienti**, dopo decenni di tagli e chiusure. Vi è ora unanime consenso sulla necessità di potenziare e ammodernare il sistema sanitario, e il PNRR costituisce per questo un'importante occasione.

In questo momento **“puntare” sulla medicina del Territorio (“Cure primarie”)** è fondamentale, e in questo senso, in linea di principio, l'azione del Governo appare del tutto condivisibile.

Ma, al di là delle affermazioni ideologiche e di principio, **non sembra esservi una vera riforma dell'assistenza sanitaria, ma una semplice moltiplicazione di sportelli e strutture** (Case della Salute comunitarie, Centri di Coordinamento territoriale e Ospedali di Comunità), **senza che si possa intravedere una vision complessiva**, né una programmazione credibile, in termini di analisi dell'esistente, di definizione degli obiettivi e della loro fattibilità, delle azioni idonee a perseguirli, di un sistema di monitoraggio atto a verificare i risultati e indicare possibili correzioni.

Dall'esame dei documenti relativi al PNRR attualmente disponibili, dove si entra nel dettaglio su servizi, strutture e relativi costi, **non emerge un reale potenziamento delle cure territoriali.**

Per i Medici di Medicina Generale, che dovrebbero rappresentare il fulcro delle Cure Primarie, è previsto addirittura un decremento, da 42.000 nel 2020 a 35.300 nel 2027 <sup>(3)</sup>. Tale numero è ritenuto sufficiente per assicurare l'assistenza necessaria.

Per ogni Casa della Comunità è prevista la nuova assunzione di soli due infermieri <sup>(4)</sup>. Il resto del personale (medici di medicina generale e specialistica, infermieri, fisioterapisti, dietisti, tecnici della riabilitazione, assistenti sociali...) sarà quello già esistente, che semplicemente sposterebbe la propria sede di lavoro.

La cosiddetta "presa in carico" da parte dell'assistenza domiciliare per il 60 % degli assistiti dovrebbe consistere in media in una sola visita al mese del Medico di Medicina Generale, e per un altro 20% di una visita del medico ogni due mesi o anche meno, e una dell'infermiere ogni 11-12 giorni <sup>(5)</sup>. Non è comprensibile a quale utenza si pensi di rivolgersi, ed è difficile pensare che in questo modo si possano evitare ricoveri ospedalieri o accessi in Pronto Soccorso.

Vi è inoltre una discrepanza importante fra il numero di strutture che si ritiene (teoricamente) necessario per mettere a regime il sistema e il numero di quelle che si intendono attivare entro il 2026, che per le Case della Salute e gli Ospedali di Comunità è mediamente meno della metà <sup>(6)</sup>. C'è da chiedersi quando si ipotizzerebbe di arrivare a "regime", che dovrebbe essere la condizione necessaria per affrontare future possibili pandemie o altre emergenze sanitarie.

Infine, un aspetto molto preoccupante riguarda il fatto che dal 2027, una volta esaurito il Recovery Fund, si prevede di finanziare l'incremento dei costi del personale per Case della Salute, assistenza domiciliare, Centri di Coordinamento e Ospedali di Comunità con risparmi (tagli?) che dovrebbero realizzarsi nell'ambito del Ssn <sup>(7)</sup> ("Sustainability Plan"); risparmi improbabili, e in ogni caso aleatori, che deriverebbero da un'ipotizzata riduzione di ricoveri ospedalieri e di accessi al Pronto Soccorso, oltre che da una migliore appropriatezza nella prescrizione di alcuni farmaci. Tutto questo dovrebbe automaticamente, e quasi miracolosamente realizzarsi perché i pazienti sarebbero meglio seguiti e "presi in carico" dai servizi territoriali. E se non si realizzassero? Tagli o tasse? E le conseguenze sulla salute dei cittadini?

## ***Proposte***

- **Come principio generale, valutare l'esistente: la domanda di assistenza deve essere individuata con la maggior precisione possibile prima che si definisca l'offerta.**
- **Potenziare la rete ospedaliera, l'Italia ha 3,1 posti letto ogni 1000 abitanti, quando la Germania ne ha 8 e la Francia 5,9, e la pandemia ha chiaramente evidenziato l'insufficienza di questi rispetto alla necessità di ricovero. Provvedere con urgenza alle liste d'attesa, che in era Covid si sono allungate in modo intollerabile.**
- **Articolare i progetti tenendo conto del fatto che negli ultimi decenni le diverse Regioni hanno definito organizzazioni dei sistemi sanitari anche molto diversi fra loro, non si possono applicare gli stessi criteri per la Lombardia e p.es. per la Toscana o la Sardegna. Coinvolgere i Comuni per meglio definire la programmazione in base alle realtà locali.**
- **Differenziare l'assistenza territoriale tenendo conto delle diversità fra aree urbane o metropolitane, rurali, montane... Non è pensabile che la stessa organizzazione possa essere efficace in centro a Roma o in aree montane sperdute.**
- **L'Ospedale può essere in grado di assicurare alcuni servizi (es. visite specialistiche, brevi degenze a bassa intensità) a costi minori e con maggior rapidità e sicurezza. Evitare quindi, ove possibile, dispersioni e duplicazioni, che potrebbero causare sprechi di risorse o, per mancanza di queste, rendere inadeguata se non impossibile l'erogazione del servizio. Investire sulle Case della Comunità prioritariamente nelle aree periferiche e/o disagiate, abbandonare l'ideologia a favore della concretezza.**
- **Il mantenimento della persona anziana al suo domicilio è senz'altro un obiettivo, ma bisogna anche fare un bagno di realtà e chiedersi quale utenza anziana può**

verosimilmente essere completamente assistita a domicilio e a quale costo? **Per le cure domiciliari è fondamentale operare una valutazione di costo-efficacia, e puntare soprattutto sull'assistenza alle fasce di età più avanzate:** la soglia dei 65 anni oggi non appare più adeguata per l'individuazione delle età più "fragili".

- **Valutare diverse modalità di retribuzione dei Medici di Medicina Generale,** eventualmente avviando modelli sperimentali in cui **la retribuzione sia collegata a risultati positivi** (es. pay for performance, retribuzioni maggiori all'aumentare dell'età degli assistiti...).

## **Note**

<sup>(1)</sup> **Schede tecniche del PNRR,** consultabili al link:  
<http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato4720984.pdf>

Missione 6 da pagina 623 del .pdf

<sup>(2)</sup> **Costi stimati**

Measure	Sub-measure	Total
Reform measure: Proximity networks, facilities and telemedicine for territorial health care and National network of health, environment and climate		0 €
Investment measure: Strengthening of health care and territorial health network	1.1: Community Health House to improve territorial health assistance	2.000.000.000 €
	1.2: Home as the first place of care and telemedicine	4.000.000.000 €
	1.3: Strengthening Intermediate Healthcare and its facilities (Community Hospital)	1.000.000.000 €
Total		7.000.000.000 €

Measure (Reform/Investment)	Sub-measure	Cost
Reform measure: reorganization of the network of Scientific Hospitalization and Care Institutes (IRCCS)		0 €
Investment 1. Technological and digital update	1.1 Digital update of hospitals' technological equipment	4,052.41 €/Mln
	1.2 Towards a safe and sustainable hospital	1,638.85 €/Mln
	1.3 Strengthening of technological infrastructure and of the tools for data collection, data processing, data analysis and simulation	1,672.54 €/Mln
Investment 2. Training, scientific research and technological transfer	2.1 Strengthening and enhancement of the NHS biomedical research	524,14 €/Mln
	2.2 Development of technical- professional, digital and managerial skills of professional in healthcare system	737,60 €/Mln
<b>TOTAL</b>		<b>8,625.54 €/Mln</b>

### (3) Medici di Medicina Generale

Dovrebbero costituire il fulcro delle Cure primarie e invece, da stime effettuate in base a pensionamenti e nuovi ingressi, se ne prevede la riduzione da 42.009 nel 2020 a 35.317 nel 2027.

Number of GPs 01/01/2020	42.009
--------------------------	--------

<b>GPs trained from 2018 to 2023 and available in 2027</b>	11.308
<b>Estimated retirements of GPs from 2020 to 2026</b>	18.000
<b>GPs needs - optimal ratio (1 GP per 1.500 inh. &gt;14 years old)</b>	34.609
<b>Number of GPs in 2027</b>	35.317

Tale numero, paradossalmente, non solo è ritenuto sufficiente, ma addirittura in eccesso rispetto a quanto ritenuto “ottimale”, considerando 1500 assistiti per ogni medico. Con questi numeri, ogni medico potrebbe **dedicare ad ogni assistito in media circa un’ora all’anno** (considerando un impegno orario settimanale pari a quello di un medico dipendente, 38 ore/settimana). E dovrebbe distribuire il suo tempo fra ambulatorio (se lo mantiene), Case della Salute, visite domiciliari e Ospedali di Comunità.

#### (4) Case della Salute comunitarie

“In queste strutture, per poter fornire tutti i servizi sanitari di base, i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta lavorano in équipe, in collaborazione con gli infermieri di famiglia o di comunità, gli specialisti ambulatoriali e altri professionisti sanitari come logopedisti, fisioterapisti, dietisti, tecnici della riabilitazione e altri. Possono essere presenti anche assistenti sociali per coordinarsi con i servizi sociali comunali”.

“Ogni Community Health House sarà dotata di 10-15 sale di consultazione e di visita, punto di prelievo, servizi diagnostici di base (es. ecografia, elettrocardiografia, radiologia, spirometria, etc.), nonché di un innovativo sistema di interconnessione dati”.

Tutto questo dovrà essere fatto **in sostanza con il personale già esistente**, infatti per ogni Casa di Comunità è prevista la nuova assunzione di soli due infermieri, per un totale di 2363 unità.

Personnel cost of Community Health House					
Personnel description	Personnel number per facility	Unit cost increase	Total personnel number	Additional Cost	Financing source
Administrative	5	- €	6.440	- €	No additional burden on National Health Service because of resulting from a staff reorganisation in the area of primary care
General Practitioner	10	- €	12.880	- €	
Community Nurse	6	- €	7.728	- €	
	2	40.000 €	2.363	94.500.000 €	D.L. n. 34/2020 art. 1 c.5
<b>Total</b>				<b>94.500.000 €</b>	

Non si comprende come il mero spostamento di attività già esistenti possa costituire un potenziamento del sistema. La dispersione delle strutture sul territorio comporterebbe oltretutto dei tempi di percorrenza per raggiungere le diverse sedi, quindi c’è da aspettarsi che il numero delle visite che uno specialista riesce ad effettuare tenda a diminuire.

La creazione di queste strutture andrebbe valutata realisticamente nelle diverse situazioni, e non predeterminata rigidamente, con il rischio sia di mettere in campo progetti irrealizzabili nella pratica, oppure di aumentare un'offerta non necessaria e di creare domanda indotta.

#### **(5) Assistenza domiciliare**

Si prevede di passare dall'attuale 5,1% (701.844 assistiti) al **10 % delle persone over 65 assistite a domicilio**, arrivando a 1.509.814 persone nel 2026, con un incremento di 807.970.

#### **Cosa si intende per “presa in carico”?**

Le “Regioni Emilia Romagna, Veneto e Toscana rappresentano il benchmark”: in base all'esperienza di queste sono stati definiti cinque livelli di assistenza, e la percentuale di assistiti che si prevede di collocare in ogni livello. Per ogni livello è stato stabilito il numero medio di “accessi” mensili da parte del medico di medicina generale e da altri operatori. Il dettaglio è riportato nella tabella (elaborazione sui dati del documento relativo al PNRR).

livello	n. assistiti	% assistiti	media accessi/ mese MMG	media accessi/ mese altri operatori	totale accessi/ mese
Base	<b>905 888</b>	<b>60%</b>	<b>1</b>	<b>-</b>	<b>1</b>
1° livello	<b>301 963</b>	<b>20%</b>	<b>0,48</b>	<b>2,52</b>	<b>3</b>
2° livello	<b>150 981</b>	<b>10%</b>	<b>0,91</b>	<b>6,09</b>	<b>7</b>
3° livello	<b>60 393</b>	<b>4%</b>	<b>1,32</b>	<b>10,68</b>	<b>12</b>
Cure palliative	<b>90 589</b>	<b>6%</b>	<b>1.50</b>	<b>13,50</b>	<b>15</b>
TOTALE	<b>1 509 814</b>	<b>100</b>			

Per il 60% dei pazienti la cosiddetta presa in carico consisterà solo in una visita a domicilio da parte del medico di medicina generale in media una volta al mese. Un'ulteriore 20% avrebbe una visita a domicilio del medico meno di una volta ogni due mesi e dell'infermiere ogni 12 giorni.

Non sembra che questo approccio possa essere efficace a far fronte alle necessità della gran parte delle persone fragili e affette da multiple patologie, e nemmeno che possa evitare il ricorso al Pronto Soccorso o al ricovero ospedaliero. Sembra invece idoneo ad alimentare statistiche che faranno apparire quello che non è, perché una visita al mese del MMG non può essere considerata “presa in carico”. Un aiuto potrebbe venire dalla telemedicina, in grado in molti casi di sostituirsi alla visita a domicilio: nel 2024 si prevedono “almeno” 200.000 assistiti con telemedicina, il 13,25% delle persone “prese in carico”, poco più di una su dieci. Anche qui però non è esplicitato quali valutazioni siano state fatte e a quale tipo di utenza si intenda rivolgersi.

(6) E' previsto che “a regime” vi siano da 2400 a 4000 Case della Comunità, una ogni 15.000-25.000 abitanti. Entro il 2026 è prevista l'attivazione di 1288 strutture, una ogni 46.583 abitanti.

Un ospedale di comunità avrà 20 posti letto, e potrà eventualmente arrivare fino a 40, ma in ogni caso i posti letto dovranno essere 20 ogni 50 mila abitanti. Si prevederebbero quindi, a regime, fino a 1200 Ospedali di Comunità con un totale di 24000 posti letto, ma nel 2026 è prevista l'attivazione di 381 Ospedali di Comunità, con 7620 posti letto che si aggiungerebbero a 1205 già attualmente esistenti, per un totale di 8825 posti letto, quindi anche qui, come per le Case della Salute, ben meno della metà.

(7) “Sustainability Plan”

Dal 2027, una volta esaurito il Recovery Fund, si prevede di finanziare l'incremento dei costi del personale per Case della Salute, assistenza domiciliare, Centri di Coordinamento e Ospedali di Comunità con risparmi (improbabili) che dovrebbero realizzarsi nell'ambito del Ssn.

		2022	2023	2024	2025	2026	2027
<b>ESTIMATED COST</b>	<b>Cost</b>	<b>823.231.762 €</b>	<b>1.005.889.632 €</b>	<b>1.242.151.408 €</b>	<b>1.528.890.954 €</b>	<b>1.844.979.366 €</b>	<b>2.084.247.366 €</b>
	<i>referred</i>						
	Sub-measure 1.1 Community Health House	94.500.000 €	94.500.000 €	94.500.000 €	94.500.000 €	94.500.000 €	94.500.000 €
	Sub-measure 1.2 Personnel for Homecare	578.231.762 €	760.889.632 €	997.151.408 €	1.283.890.954 €	1.599.979.366 €	1.599.979.366 €
	Sub-measure 1.2 Personnel for Territorial Coordination Centres	150.500.000 €	150.500.000 €	150.500.000 €	150.500.000 €	150.500.000 €	150.500.000 €
Sub-measure 1.3 Personnel for Community Hospital	-	-	-	-	-	239.268.000 €	
<b>FINANCING SOURCE</b>	<b>Financed</b>	<b>823.231.762 €</b>	<b>1.005.889.632 €</b>	<b>1.242.151.408 €</b>	<b>1.528.890.954 €</b>	<b>1.844.979.366 €</b>	<b>745.028.624 €</b>
	<i>referred</i>						
	Recovery Fund	78.203.138 €	260.861.007 €	497.122.784 €	783.862.329 €	1.099.950.742 €	- €
	National Health Fund c. 4 art. 1 D.L. n. 34/2020	265.028.624 €	265.028.624 €	265.028.624 €	265.028.624 €	265.028.624 €	265.028.624 €
National Health Fund c. 5 art. 1 D.L. n. 34/2020	480.000.000 €	480.000.000 €	480.000.000 €	480.000.000 €	480.000.000 €	480.000.000 €	
<b>BALANCE TO BE FINANCED</b>	<b>Requirement</b>	<b>- €</b>	<b>- €</b>	<b>- €</b>	<b>- €</b>	<b>- €</b>	<b>1.339.218.742 €</b>

Tali risparmi sono stati calcolati con altrettanto improbabile precisione, e dovrebbero derivare per la gran parte dalla **riduzione di ricoveri inappropriati**, dalla **riduzione degli accessi al Pronto Soccorso** in codice bianco o verde e dalla **riduzione del consumo inappropriato di alcuni farmaci**.

		<b>Balance to be financed (Euro) - Year 2027</b>	<b>1.339.218.741,97 €</b>
<b>Measures to finance needs - Year 2027 -</b>	<b>1</b>	Increase in the National Health Fund - FSN (15% of the 1% estimated increase)	<b>180.000.000,00 €</b>
	<b>2</b>	Reduction of hospitalizations at high risk of inappropriateness for chronic diseases	<b>134.379.918,00 €</b>
	<b>3</b>	Reduction of inappropriate access to the emergency department for white and green codes	<b>719.294.197,29 €</b>
	<b>4</b>	Reduction of pharmaceutical expenditure related to three classes of high-consumption drugs and with the risk of inappropriateness	<b>329.000.000,00 €</b>
		<b>Total of Sustainability Plan (Euro) - Year 2027</b>	<b>1.362.674.115,29 €</b>
		<b>Surplus (Euro) - Year 2027</b>	<b>23.455.373,32 €</b>

Per quanto riguarda le degenze ritenute “inappropriate”, senza entrare qui nel dettaglio sulle

modalità dell’analisi, basti ricordare che è stato attribuito a ogni giornata di degenza il costo di 417 euro (dato OCSE), e in base a questo è stato calcolato il risparmio. Ma il **costo della degenza** non è certo legato alla presenza fisica di una persona in un letto d’ospedale, con relativi costi di farmaci, indagini, pasti eccetera: **dipende invece dall’esistenza e dal mantenimento dell’ospedale, in termini di personale, tecnologie, servizi...** Se realmente si pensa di realizzare questi risparmi con la riduzione dei ricoveri, questo può significare solo che **si ha l’intenzione di tagliare ulteriormente ospedali o parti di questi!** Quando in Italia vi sono 3,1 posti letto per acuti ogni 1000 abitanti, mentre la Germania ne ha 8 e la Francia 5,9 (dati OCSE).

Analoghe considerazioni vanno fatte sui risparmi che deriverebbero dalla riduzione degli accessi in Pronto Soccorso.

Infine, la spesa farmaceutica è destinata a salire vertiginosamente specialmente per la continua entrata in commercio di farmaci innovativi, come per es. antitumorali personalizzati e specifici, quindi non sembra probabile che si realizzino questi risparmi.

Cordiali saluti

Laura Stabile

già Direttore SC Medicina d’Urgenza - Azienda ospedaliero universitaria di Trieste

componente 12a Commissione Igiene e Sanità Senato