

Claudio M. Maffei, medico igienista in pensione, Ancona

Come verificare i progetti che la Regione Marche presenterà per la Mission 6 Salute del PNRR. Qualche suggerimento di analisi e lettura

Premessa

Il [PNRR](#) (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza) è purtroppo un oggetto misterioso e quando usciranno le proposte regionali per accedere ai primi cospicui finanziamenti converrà per valutarli avere un quadro di riferimento chiaro in particolare per quanto riguarda i servizi territoriali che sono quelli in cui si concentrano le vere grandi novità. Proviamo a procedere per punti. E ricordiamoci che è impossibile ragionare sui fondi del PNRR se non si conosce bene il [DM 71](#) in corso di approvazione che fornisce le linee di indirizzo sul riordino della assistenza territoriale in applicazione del PNRR.

Primo punto: il PNRR non finanzia tanto nuove strutture e tecnologie, quanto un profondo cambiamento nella organizzazione del sistema socio-sanitario

Circolano da diversi giorni elenchi di interventi finanziati alle Marche di tre tipi: Case della Comunità (29), Ospedali di Comunità (9) e Centrali Operative Territoriali (15). Importi rispettivamente di 42,5 milioni, 27,2 milioni e 2,5 milioni. Per farsi una primissima idea di cosa siano queste tre “cose”:

1. la **Casa della Comunità** è il centro che aggrega tutte le più importanti attività territoriali oggi disperse comprese anche quelle dei gruppi di Medici di Medicina Generale;
2. gli **Ospedali di Comunità** sono reparti non ospedalieri tra i 20 e i 40 posti letto a prevalente, ma non esclusiva gestione infermieristica;
3. la **Centrale Operativa territoriale** è una cosa nuova a gestione infermieristica e non ha un contatto fisico coi cittadini, ma mette in collegamento tutti i servizi di un distretto di 100.000 abitanti per integrarne e coordinarne l'intervento (un po' come fa il 118 col soccorso territoriale).

Ne sono arrivati anche altri di fondi:

1. **ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero:** alle Marche vanno 33,6 milioni per la digitalizzazione degli ospedali con DEA di primo o secondo livello e 27,6 milioni per le grandi apparecchiature;
2. **interventi antisismici sugli ospedali:** per le Marche sono previsti 14,8 milioni di fondi europei e 33,6 milioni messi a disposizione dallo Stato;
3. **infrastruttura tecnologica del nuovo sistema informativo:** per le Marche sono previsti 0,7 milioni;
4. **corso di formazione in infezioni ospedaliere:** per le Marche sono messi a disposizione 2 milioni per 7.302 dipendenti.

Quindi ricordiamoci che la Regione non dovrà solo distribuire, novello Re Magio, Case della Salute, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali, ma dire anche su quali dei suoi ospedali interverrà coi fondi del PNRR.

Tutti questi investimenti dovranno portare a una sanità con meno ricoveri e con ricoveri di minor durata in ospedale e a più presa in carico territoriale. Ciò sarà possibile solo se riuscirà a cambiare “tutta” l’organizzazione territoriale e a recuperare razionalità ed efficienza anche al “vecchio” sistema ospedaliero. Il PNRR non metterà infatti a disposizione nuovo personale o comunque poco. Per non solo fare, ma anche far vivere, le nuove attività territoriali occorrono dodici condizioni che sono tutte ricomprese nel nuovo Decreto in arrivo che regola la assistenza territoriale (il [cosiddetto DM 71](#)):

1. più assistenza domiciliare;
2. più lavoro di equipe anche con i gruppi di medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta;
3. immissione degli infermieri di famiglia e di comunità;
4. forte integrazione socio-sanitaria;
5. più telemedicina;
6. fascicolo sanitario elettronico a regime;
7. maggiore ruolo dei distretti;
8. più attività consultoriali;
9. più attività palliative;
10. nuovi ruoli per gli infermieri sia nelle case che nelle nuove strutture (e quindi molti più infermieri);
11. una formazione diversa per tutti gli operatori;
12. un sistema informativo ed epidemiologico in grado di monitorare questo processo.

Ma soprattutto la Regione Marche dovrà rivedere la propria rete ospedaliera. In poche parole: in sanità il PNRR non vuole mettere tanto a disposizione *più strutture e servizi*, quanto qualcosa di *complessivamente diverso*.

Secondo punto: cosa succede se si fanno o riparano gli edifici, si comprano le attrezzature e si fanno i cablaggi e non si fa tutto il resto?

Risposta facile. La già drammatica situazione attuale peggiorerà per eccesso di strutture e carenza di risorse. Quindi ad esempio:

1. ancor più lunghe liste di attesa per le attività programmate;
2. ancor più drammatiche carenze di personale nelle strutture sociosanitarie;
3. aumento della fuga dei professionisti;
4. perdita di efficienza dei programmi di screening;
5. patologie non Covid trascurate;
6. blocchi operatori affidati a privati;
7. guardie anestesologiche, pediatriche e di pronto soccorso affidate a cooperative.

Terzo punto: molte cose previste da PNRR dovevano già essere fatte da anni nelle Marche e non se ne sa quasi niente

I nuovi i servizi che il PNRR prevede di adottare a livello territoriale sono fondamentalmente cinque:

1. le Case della Salute, oggi chiamate Case della Comunità (CdC). Ne vanno previste a regime una hub ogni 40-50.000 abitanti più altre cosiddette spoke, con meno funzioni;
2. gli Ospedali di Comunità (OdC), uno ogni 50-100.000 abitanti;
3. le Centrali Operative Territoriali (COT), una ogni 100.000 abitanti;
4. la telemedicina;

5. gli infermieri di famiglia e di comunità.

La unica vera novità sono le COT, che sono una funzione completamente nuova di raccordo informativo-informatico-organizzativo tra i vari servizi del territorio di un Distretto. Ma di Case della salute (oggi di Comunità) e di Ospedali di Comunità la Regione Marche un po' ne ha, in teoria, e comunque le ha già programmate da anni.

Di **CdC** addirittura ne ha programmate più di 40, tra Case della Salute tipo A (con più funzioni) e tipo B. Alcune le ha in qualche modo già avviate anche se in pratica non se ne sa niente (vedi la Determina DG ASUR del 9 agosto 2018, [n. 469](#)).

Di **OdC** in teoria l'ASUR ne avrebbe in funzione 14 (di cui un in una struttura privata) in base al Bilancio Consuntivo 2019 dell'ASUR. Anche qui se ne sa poco.

Quanto alla telemedicina esperienze nelle Marche sono state fatte e progetti avviati (come si può leggere [qui](#)), ma manca una progettualità di sistema esplicita e monitorabile, oltre ad esserci ancora una operatività scarsa. Quanto al fascicolo elettronico [siamo costantemente agli ultimi posti in Italia](#). Per gli infermieri di famiglia e di comunità qualche esperienza c'è stata (come [quella in collaborazione tra Comune di Ancona e ASUR](#)), ma stiamo parlando anche qui di esperienze isolate non di sistema.

La domanda adesso è: di tutte queste cose fatte e lasciate a metà o anche prima, cosa ne facciamo adesso che le dobbiamo rendere operative? In altre Regioni, si badi, questi modelli sono già abbastanza sperimentati (si veda ad esempio [questo video su alcune Case della Comunità](#)).

Quarto punto: come si incrocia la nuova programmazione del PNRR con quella vecchia della Regione e dell'ASUR?

Formalmente la programmazione del PNRR dovrà prevedere un numero predefinito di interventi sulle nuove strutture territoriali finanziando interventi per:

- 29 Case della Salute, quando dovresti già averne circa 40 e quando potresti in futuro arrivare anche ad averne un numero leggermente superiore;
- 9 Ospedali di Comunità quando già in teoria ne hai 13 e potresti arrivare ad averne anche qualcuno di più;
- 15 Centrali Operative Territoriali, tutte nuove e quindi nessun intreccio.

Adesso nascono diverse importanti domande. La prima è particolarmente importante: aggreghi o distribuischi? Gli Ospedali di Comunità possono essere attaccati sia ad una Casa di Comunità che ad un Ospedale "vero" anche di area disagiata. Il mio parere è di trovare un punto di equilibrio tra concentrare tutto e disperdere tutto. Se disperdi tutto attenzione: fai contenti un sacco di Sindaci che avranno strutture sicuramente sottofunzionanti.

Seconda domanda. Come si incrociano per Case della Comunità e Ospedali di Comunità l'assetto programmatico vecchio e quello nuovo? In pratica ci saranno interventi per nuove strutture e interventi di ristrutturazione. Alla fine bisogna capire bene l'elenco completo di ODC e CdC comprensivo delle nuove e delle vecchie strutture e arrivare ad un documento programmatico unico in cui sia chiaro questo intreccio.

Quinta domanda: e gli ospedali?

Il PNRR prevede di avere chiarezza sulla rete ospedaliera. E per il PNRR la rete ospedaliera è quella del DM 70, ovvero con meno ospedali di quelli che la attuale Giunta pretende di avere. Alle Marche col DM 70 spettano dieci tra ospedali tra primo e secondo livello. Col suo [Masterplan di edilizia sanitaria](#) che deve rivedere in occasione del PNRR ne ha previsti di fatto 13 se si considera anche il nuovo INRCA-Osimo: una grande forzatura.

La forzatura diventa inaccettabile se si dà retta agli organi locali di stampa da cui si ricava ad esempio che per [l'Ospedale di Comunità di Sassocorvaro si punta ad una riapertura delle funzioni di ricovero ordinario](#) in questa fase in cui teniamo davvero "attaccata con lo sputo" l'operatività degli ospedali per acuti di primo e secondo livello.

Adesso vedremo quali sono gli ospedali finanziati con i fondi del PNRR e in particolare vedremo quali sono quelli che la Regione considererà di primo e secondo livello. Se si punterà alla revisione del DM 70 come salvagente per mantenere o addirittura peggiorare la rete ospedaliera pubblica delle Marche con lo sviluppo della assistenza territoriale e quindi con l'utilizzo corretto dei fondi del PNRR per la nostra sanità abbiamo chiuso in partenza.

Cosa fare allora?

Occorre fare moltissime cose. La Regione ad esempio dovrebbe:

1. ridare spessore e contesto alla progettazione dell'uso dei fondi del PNRR cercando di recuperare in corso d'opera quello che finora non si è fatto o si è fatto nella direzione sbagliata;
2. considerare il PNRR il vero Piano Sociosanitario delle Marche altro che superamento dell'ASUR e giochini con gli ospedali unici;
3. andare a copiare quelle Regioni che le cose che noi abbiamo scritto loro invece hanno fatto (in primis l'Emilia-Romagna);
4. superare la logica degli Accordi diretti tra Regione e amministrazioni comunali al di fuori di un quadro programmatico complessivo;
5. ridare un ruolo ai distretti;
6. ridare autonomia e responsabilità alle Direzioni Aziendali decisamente troppo allineate;
7. ridare al livello di governo tecnico della Regione una diversa qualità e incisività;
8. riattivare tutti i siti informativi della Regione perché ci sia quella trasparenza che oggi manca;
9. fare un seminario di un giorno sul PNRR con tutti i consiglieri regionali con un approfondimento per quelli della Commissione Consiliare competente;
10. stabilire un diverso rapporto con tutti gli stakeholder (associazioni, sindacati, professionisti e cittadini variamente rappresentati) finendola con la ritualità delle riunioni senza dati, senza documenti e senza confronto.

E tutti gli altri che possono o potrebbero fare? Rendersi conto che se si buttano i fondi del PNRR si butta via una occasione irripetibile. E stavolta non è il solito modo di dire.

Alcuni contributi dello stesso autore nel sito

[Conteggio posti di terapia intensiva fatta dalla regione Marche. Una \(brutta\) storia](#)

[DEFR 2022-24 La preoccupante Proposta sulla sanità della giunta](#)

[Nuovo Ospedale Marche Nord: una vicenda intricata che vale la pena ricostruire](#)

[Posti di terapia intensiva nelle Marche. Le inesattezze regionali](#)

[Bilancio della giunta sulla legislatura: lettura tecnica del capitolo sanità](#)

[Rete ospedaliera COVID-19 e Fiera Hospital. Analisi e proposta](#)

[Rete ospedaliera e Piano sociosanitario dopo il passaggio in Commissione](#)

[La proposta di Piano sanitario ed il rapporto con ospedalità privata](#)

[Se vuoi puoi sostenere il Gruppo Solidarietà in molti modi](#)



News Gruppo

[L'AZIONE VOLONTARIA. Dono, fraternità, bellezza sociale](#)

[\(Presentazione libro, 25 febbraio 2022\)](#)

[FIRMA L'APPELLO. No alle nuove forme di istituzionalizzazione dei servizi](#)

[NON COME PRIMA. L'impatto della pandemia nelle Marche](#)

[\(Novità editoriale\)](#)