Gavino Maciocco

> Case della comunità, assistenza domiciliare e cure intermedie. Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza si occupa di sanità territoriale senza svelarne la cornice politica. Rafforzamento del servizio pubblico o apertura al mercato? Se ne parlerà nel dibattito del prossimo 28 maggio.

"**Covid ha portato a galla tutte le falle del sistema sanitario e la più grande di tutte l'hanno pagata i cittadini sulla loro pelle: l'assistenza medica sul territorio**. (…) Lo smantellamento dell'assistenza sul territorio da anni costringe ad andare al Pronto soccorso per qualunque cosa, aumenta i ricoveri impropri soprattutto per diabete, malattie polmonari e ipertensione, mentre chi soffre di malattie croniche si aggrava". Queste le parole di Milena Gabanelli contenute nel "Dataroom" pubblicato sul Corriere della Sera dello scorso 24 maggio e trasmesso lo stesso giorno nel corso del TG, e dedicato alla parte del PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, in Risorse) che si occupa di sanità territoriale.

La Missione 6 (M6C1) del PNRR (Vedi Risorse, pag. 271 e seguenti) si occupa appunto di **Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale**: "Gli interventi di questa componente intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari". Come si nota nella Tabella 1 a favore del **Potenziamento dell'assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale vengono assegnati 7,00 miliardi di euro**, suddivisi in tre diversi investimenti: 1. Case della Comunità; 2. Assistenza domiciliare; 3. Ospedale di Comunità.

M6C1 - RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE	
Ambiti di intervento/Misura	Totale
1. Potenziamento dell'assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale	7,00
Investimento 1: L'istituzione di Case della Comunità come perno delle prestazioni sul territorio in ambito socio-sanitario	2,00
Investimento 2: la casa come primo luogo di cura e l'assistenza domiciliare al fine di migliorare le prestazioni offerte in particolare alle persone vulnerabili e disabili, anche attraverso il ricorso a nuove tecnologie	4,00
Investimento 3:il potenziamento di strutture per l'erogazione di cure intermedie (Ospedali di Comunità).	1,00
Totale Componente	7,00

Per ciascuno dei 3 "investimenti" riportiamo parte del testo contenuto nel PNRR.

1. **Case della Comunità**
   Il progetto di realizzare la Casa della Comunità consente di potenziare e riorganizzare i servizi offerti sul territorio migliorandone la qualità. La Casa della Comunità diventerà la casa delle cure primarie e lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti, in particolare ai malati cronici. Nella Casa della Comunità sarà presente il punto unico di accesso alle prestazioni sanitarie. La Casa della Comunità sarà una struttura fisica in cui opererà un team multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute e potrà ospitare anche assistenti sociali. È finalizzata a costituire il punto di riferimento continuativo per la popolazione, anche attraverso una infrastruttura informatica, un punto prelievi, la strumentazione polispecialistica, e ha il fine di garantire la presa in carico della comunità di riferimento. L'investimento prevede l'attivazione di 1.288 Case della Comunità entro la metà del 2026, che potranno utilizzare sia strutture già esistenti sia nuove.
2. **Casa come primo luogo di cura. Assistenza domiciliare**
   L'investimento mira ad aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10 percento della popolazione di età superiore ai 65 anni (in linea con le migliori prassi europee).

L'intervento si rivolge in particolare ai pazienti di età superiore ai65 anni con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti. L'obiettivo di raggiungere il 10 percento riguarda ogni regione italiana, nella consapevolezza che la situazione di partenza è molto differenziata e attualmente tale standard è raggiunto solo in quattro 4 regioni. La presa in carico del paziente si realizza attraverso la definizione di un piano/progetto assistenziale individuale che raccoglie e descrive in ottica multidisciplinare le informazioni relative ai soggetti in condizioni di bisogno per livello di complessità e, sulla base dei bisogni di cura dell'assistito, definisce i livelli di assistenza specifici, nonché i tempi e le modalità di erogazione per favorire la migliore condizione di salute e benessere raggiungibile per la persona malata. L'investimento mira a:

- identificare un modello condiviso per l'erogazione delle cure domiciliari che sfrutti al meglio le possibilità offerte dalle nuove tecnologie (come la telemedicina, la domotica, la digitalizzazione);
- realizzare presso ogni Azienda Sanitaria Locale (ASL) un sistema informativo in grado di rilevare dati clinici in tempo reale;
- attivare 602 Centrali Operative Territoriali (COT), una in ogni distretto, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza.

3. **Sviluppo delle cure intermedie**
   L'investimento mira ad attivare l'Ospedale di Comunità, ovvero una struttura sanitaria della rete territoriale a ricovero breve e destinata a pazienti che necessitano interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata, di norma dotato di 20 posti letto (con un massimo di 40 posti letto) e a gestione prevalentemente infermieristica, tale da contribuire a una maggiore appropriatezza delle cure e determinare una sostanziale riduzione di accessi impropri ad altre prestazioni (come quelli al pronto soccorso o ad altre strutture di ricovero ospedaliero). L'Ospedale di Comunità potrà anche facilitare la transizione dalle cure ospedaliere acute a quelle domiciliari, consentendo alle famiglie e alle strutture di assistenza di avere il tempo necessario per adeguare l'ambiente domestico e renderlo più adatto alle esigenze di cura dei pazienti. L'investimento si concretizzerà nella realizzazione di circa 380 Ospedali di Comunità.

Quale idea di sanità territoriale

Il PNRR, a proposito di sanità territoriale, tocca **tre temi cruciali** ma nulla dice in quale cornice organizzativa e strategica questi investimenti si collocano.

- **In una cornice pubblica**. Con una struttura organizzativa forte, quale ad esempio il Distretto disegnato dalla legge 299/99, dotato di una autonomia gestionale, baricentro e motore per l'assistenza territoriale, e da cui dipendono strutture e professionisti sanitari, compresi i Medici di Medicina Generale, e i professionisti sociali, al fine di promuovere e incentivare il lavoro in equipe multiprofessionali. Una struttura, il Distretto, in grado di tenere insieme i tre suddetti investimenti in una logica di solida integrazione tra sanitario e sociale e all'interno di una programmazione locale basata sui bisogni sanitari e sociali della popolazione.
- **O in una cornice privata.** Dove predomina la logica della produzione di prestazioni, chiunque sia il produttore (sottinteso quasi esclusivamente privato). Con i produttori che si muovono in competizione tra loro e con il settore pubblico che si limita a esercitare una funzione di controllo amministrativo e al massimo di coordinamento. Chi ha redatto il PNRR sembra aver in mente questa seconda cornice affermando che "l'investimento mira ad aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare" e prevedendo l'attivazione di "602 Centrali Operative Territoriali (COT), una in ogni distretto, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari", come se questa funzione non facesse parte dei compiti principali della direzione distrettuale (a cui, in questa cornice, si vogliono affidare solo compiti amministrativi – vedi modello lombardo).

Ma, al di là delle supposizioni, il PNRR per ora non fa una scelta tra le due possibili opzioni e rimanda "l'identificazione del modello organizzativo condiviso della rete di assistenza territoriale tramite la definizione di standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l'assistenza territoriale e le strutture a essa deputate" all'approvazione di un decreto ministeriale (da adottarsi entro il 31 ottobre 2021).

I giochi non sono fatti ed è necessaria una forte mobilitazione

È dallo scorso settembre che una rete di associazioni (ora denominata "Rete. Salute-Welfare-Territorio") si batte affinché i finanziamenti europei siano investiti per affermare il diritto universale alla salute, per rilanciare il servizio sanitario nazionale e potenziare l'assistenza territoriale (vedi Pre appello in difesa dell'assistenza territoriale). La "Rete" ha criticato duramente la prime bozze del PNRR (gennaio 2021) che assegnavano poche briciole alla sanità pubblica (vedi SOS Sanità). Ora, nella versione definitiva del PNRR (votato in Parlamento il 26.4.2021) si riconosce che qualcosa è cambiato, anche in termini di risorse investite: si sono fatti passi in avanti – ad esempio per la non autosufficienza, l'assistenza domiciliare integrata e i progetti per alternative all'istituzionalizzazione delle persone anziane e con disabilità – ma rimangono gravi lacune da colmare, come si può leggere nel documento "**Il PNRR: passi in avanti ma non basta.**

Serve molta più energia per Salute e diritti Sociali".

La "Rete" organizza su questi temi un dibattito pubblico il giorno 28 maggio, alle ore 16, con la partecipazione, tra gli altri, di Pietro Barbieri, Rosy Bindi, Giovanni Bissoni, Andrea Canini, don Virginio Colmegna, Alessio D'Amato, Giovanna Del Giudice, Rossana Dettori, Nerina Dirindin, Ignazio Ganga, Marco Geddes, Stefano Lorusso, Flavio Lotti, Gavino Maciocco, Rosario Mete, Margherita Miotto, Emmanuele Pavolini, Domenico Proietti, Franco Rotelli, Elena Rubatto, Benedetto Saraceno, Gianni Tognoni …

Per le modalità di collegamento vedi: http://www.sossanita.org/archives/13691

Risorse

Piano Nazionale di riprese e resilienza [PDF: 3,4Mb]. #nextgenerationitalia