Politiche e governo del welfare <<https://welforum.it/area/politiche-governo-welfare/>>

Gli ospedali di comunità nel PNRR

Grande sviluppo e qualche problema

Franco Pesaresi <<https://welforum.it/autori/franco-pesaresi/>> | 24 Giugno 2021

Fra le altre cose, il Piano Nazionale di Ripresa e resilienza (PNRR) si pone l'obiettivo del potenziamento dell'offerta dell'assistenza territoriale attraverso lo sviluppo degli Ospedali di Comunità o Struttura per le Cure intermedie (SCI), una struttura residenziale sanitaria della rete territoriale a ricovero breve e destinata a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata.

Tale struttura, la cui dimensione viene prevista in 20 posti letto (fino ad un massimo di 40 posti letto) e a gestione prevalentemente infermieristica, contribuisce ad una maggiore appropriatezza delle cure determinando una riduzione di accessi impropri ai servizi sanitari come ad esempio quelli al pronto soccorso o ad altre strutture di ricovero ospedaliero o il ricorso ad altre prestazioni specialistiche.

L'Ospedale di Comunità potrà anche facilitare la transizione dei pazienti dalle strutture ospedaliere per acuti al proprio domicilio, consentendo alle famiglie di avere il tempo necessario per adeguare l'ambiente domestico e renderlo più adatto alle esigenze di cura dei pazienti.

I nuovi ospedali di comunità

L'investimento si concretizzerà nella realizzazione di 381 nuovi Ospedali di Comunità per un totale di 7.620 posti letto che vanno ad aggiungersi ai 3.163 [Nota: Per la verità nel PNRR vengono indicati solo 1.205 posti letto esistenti ma una recente indagine della Camera dei Deputati (2021) ha verificato l'esistenza di 3.63 posti letto negli ospedali di Comunità.] posti letto esistenti in tutte le Regioni italiane (Cfr. Tab. 1). Il costo complessivo stimato dell'investimento è di 1 miliardo, e l'orizzonte per il completamento della sua realizzazione è la metà del 2026.

Tab. 1 – Strutture e attività sanitarie perviste dal PNRR

Regioni	Ospedali di comunità attivi al 2020	PNRR: Ospedali di comunità da realizzare	Ospedali di comunità totali al 2026	p.l. Ospedali di comunità attivi al 2020	PNRR: p.l. Ospedali di comunità da realizzare	Totale p.l. Ospedali di comunità al 2026
Piemonte	5	27	32	30	549	579
Valle d'Aosta	–	1	1	–	16	16
Lombardia	20	64	84	467	1.278	1.745
PA Bolzano	–	3	3	–	67	67
PA Trento	–	3	3	–	69	69
Veneto	69	31	100	1.426	621	2.047
Friuli V.G.	–	8	8	–	153	153
Liguria	1	10	11	20	195	215

Emilia Romagna	26	28	54	359	565	924
Toscana	20	24	44	245	471	716
Umbria	–	6	6	–	111	111
Marche	14	10	24	616	192	808
Lazio	–	37	37	–	742	742
Abruzzo	5	8	13	–	165	165
Molise	2	2	4	–	38	38
Campania	1	37	38	–	732	732
Puglia	–	25	25	–	507	507
Basilicata	–	4	20	–	70	70
Calabria	–	12	12	–	243	243
Sicilia	–	31	31	–	628	628
Sardegna	–	10	10	–	206	206
Italia	163	381	544	3.163	7.620	10.738

Fonte: nostra elaborazione della documentazione del Governo inviata all'UE a corredo del PNRR; Camera dei Deputati (2021).

Nel complesso, a metà del 2026, dovrebbero essere a disposizione 10.738 posti letto negli Ospedali di comunità/cure intermedie (Cfr. Tab. 1) tenendo conto anche di quelli già attivati (Camera Deputati, 2021).

Nella prima distribuzione dei posti letto da realizzare per singola regione, indicata nella documentazione a corredo del PNRR, si è effettuata una distribuzione proporzionale dei posti letto senza tener conto di quelli già attivati per cui a regime la distribuzione dei posti letto tra le regioni italiane sarà molto differenziata. Coloro che sono partiti prima e che già hanno una dotazione di posti letto di cure intermedie avranno una dotazione maggiore delle altre regioni e conseguentemente anche oneri di mantenimento più elevati.

A regime, a metà 2026, dovremmo avere 0,18 posti letto per mille abitanti negli Ospedali di comunità/cure intermedie a fronte di uno standard indicativo proposto dall'Agenas di 0,40 posti letto per mille abitanti (Agenas, 2011).

I costi di costruzione

Per ogni nuovo ospedale di comunità si è ipotizzato un costo di realizzazione di 2.280.000 euro a cui si è stimato di aggiungere un 15% di costi per le tecnologie (pari a 342.000 euro per struttura), per un costo complessivo di 2.622.000 euro (Cfr. Tab.2) .

Per la stima del costo è stata considerata una dotazione di 20 posti letto per struttura e una superficie per posto letto di 57 mq. Per calcolare la superficie per letto, è stata ipotizzata una struttura composta dai seguenti ambienti: ingresso, zona attesa visitatori, locali con bagni da 2 a 4 posti letto, zona soggiorno/pranzo, ambulatorio, guardiola del personale, spogliatoio del personale, magazzini puliti e sporchi, sala di osservazione per i cadaveri, sala di riabilitazione, connettivi, servizi igienici, attrezzature e altri servizi generali. Per la valorizzazione economica dell'investimento, si è considerato il costo di 2.300 €/mq di cui il 15% destinato alle tecnologie. Considerata la necessità di attivare 381 Ospedali di Comunità, per realizzare 7.620 nuovi posti letto aggiuntivi sul territorio rispetto agli attuali, l'investimento complessivo ammonterà a 998.982.000 euro.

Tab. 2 – Stima dei costi unitari per la realizzazione di un nuovo Ospedale di comunità

Numero posti letto	20
Superficie per posto letto	57 mq.
Superficie per ospedale di comunità	1.140 mq.
Costo di realizzazione per mq.	2.300 €
	2.622.000
Totale costi per ospedale di comunità	(di cui 15% per tecnologie)

Fonte: documentazione del Governo inviata all'UE a corredo del PNRR.

Inoltre, è stato previsto un supporto operativo da mettere a disposizione delle regioni da dedicare all'implementazione degli interventi. Per supporto operativo si intende la messa a disposizione di un team specialistico, che sarà composto da 11 profili intermedi coordinati da 1 project manager e 2 senior per un costo complessivo di 1.018.000 euro.

Pertanto, per lo sviluppo delle cure intermedie/ospedali di comunità è stato stanziato un miliardo di euro di cui 1.018.000 euro per il supporto operativo, 868.680.000 euro per i costi strutturali e 130.302.000 euro per i costi delle tecnologie (Cfr. Tab. 3).

Tab. 3 – Previsione del costo complessivo dell'investimento per le cure intermedie

Tipologie costi	Unità	Costo unitario	Costo totale
Costi costruttivi	381	2.280.000	868.680.000
Tecnologie	381	342.000	130.302.000
Supporto operativo			1.018.000
TOTALE			1.000.000.000

Fonte: documentazione del Governo inviata all'UE a corredo del PNRR.

I costi per il personale

Nell'ospedale di comunità/cure intermedie lavoreranno un medico per 4-5 ore al giorno 6 giorni su 7, nove infermieri e sei OSS a tempo pieno, a partire dal 2027.

Il costo del personale per ciascuna struttura, è pari a € 628.000 per cui il costo complessivo del personale dei 381 ospedali di comunità è stato stimato in 239.268.000 euro che non fanno parte del PNRR e peseranno invece sul bilancio pubblico dal 2027 (Cfr. Tab. 4).

Tab. 4 – Costi del personale degli ospedali di comunità

Descrizione personale	Unità di personale per ospedale di comunità	Incremento costi unitari (€)	Totale unità di personale	Costi aggiuntivi (€)	Fonte del finanziamento (€)
medico	4,5 h/die x 6 giorni/sett	88.000	534.924 h/anno	33.528.000	Le risorse necessarie
infermieri	9	40.000	3.429	137.160.000	sono dettagliate nel Piano di Sostenibilità.
OSS	6	30.000	2.286	68.580.000	
Totale				239.268.000	

Fonte: documentazione del Governo inviata all'UE a corredo del PNRR.

Occorre rilevare che se la stima del costo degli Ospedali di comunità fosse corretta la giornata di degenza costerebbe solo 86 euro al giorno, un importo non verosimile tenendo conto che la tariffa media non ponderata delle RSA italiane è di 112,60 euro (Pesaresi, 2019) e che la tariffa media degli ospedali di comunità attualmente funzionanti è di 132 euro al giorno (Pesaresi, 2017) e che la tariffa regionale più bassa è di 119 euro al giorno. Per cui è chiaro che il costo di gestione dei singoli Ospedali di comunità/Cure intermedie costerà almeno il 50% in più di quanto stimato (attorno ai 367 milioni).

Tale importo non è finanziato ma sarà reperito, come dettagliato nel Piano di sostenibilità allegato al PNRR, con i risparmi che deriveranno dalla riorganizzazione sanitaria che punta alla riduzione delle ospedalizzazioni ad alto rischio di inappropriatazza relative alle malattie croniche, alla riduzione degli accessi inappropriati nei pronto soccorsi relativi ai codici bianchi e verdi e alla riduzione della spesa farmaceutica relativa a tre classi di alto consumo di farmaci. Un obiettivo improbabile ma che presumibilmente serve a giustificare all'Europa la sostenibilità del progetto. Inoltre, il Piano di sostenibilità allegato al PNRR afferma di poter ricavare 1,36 miliardi dalle riorganizzazioni ma se sommiamo le necessità finanziarie da coprire nel 2027 con i risparmi (567.000.000 euro per le Case della Comunità + 1.099.950.742 euro per l'aumento dell'assistenza domiciliare + 239.268.000 (o più correttamente 367 milioni) per gli ospedali di comunità) scopriamo che già queste tre voci richiedono delle risorse (2.033.950.742 euro) ben più ampie. Da qui al 2026 occorrerà pertanto reperire il finanziamento per il personale dei nuovi ospedali di comunità.

Qualche valutazione

La scelta del PNRR di potenziare gli Ospedali di comunità/cure intermedie è apprezzabile. Oggi, continuano a permanere difficoltà di dimissione dei pazienti che hanno terminato la fase acuta e la fase di riabilitazione intensiva, ma che necessitano ancora di un supporto sanitario ed assistenziale di una struttura sanitaria che completi il percorso di cura. Le strutture residenziali attuali non rispondono, se non in parte, a questo tipo di esigenze perché sono organizzate soprattutto per gestire la fase lungodegenziale, e molto meno per gestire la fase di transizione fra l'ospedale e il domicilio sia per quantità che per qualità (intensità dell'assistenza) delle strutture. Inoltre, considerato il numero, l'età e la multiproblematicità dei pazienti post acuti, è emersa la necessità di un approccio multidimensionale con una presa in carico globale, con la finalità di curare la non autosufficienza e i pazienti fragili con maggiore efficacia (Agenas, 2011) e ad un costo minore di quello ospedaliero.

Le strutture per le cure intermedie/ospedali di comunità vanno proprio ad intercettare un bisogno effettivo del sistema sanitario italiano perché continuano a permanere sia le difficoltà di dimissione dei pazienti dall'ospedale, sia la necessità di garanzia della continuità assistenziale. Naturalmente il potenziamento del nuovo setting assistenziale non è privo di criticità perché va ad inserirsi in una rete di strutture e servizi (lungodegenza post acuzie, riabilitazione ospedaliera, RSA, strutture residenziali riabilitative, ecc.) già abbastanza affollato per cui la sua implementazione richiede una attenta regolamentazione.

Il progetto del PNRR, comunque, al di là della positività della previsione progettuale qualche criticità, però, la mantiene frutto probabilmente della frette con la quale si è preparato il Piano. In particolare appare davvero ingiustificabile l'idea di realizzare stanze di degenza anche di 4 posti letto che è in contraddizione con le tendenze internazionali in materia e che crea le condizioni per una bassa qualità della degenza che, in queste strutture, può durare diverse settimane ed eccezionalmente anche mesi.

Per ultimo si segnala la necessità di reperire per tempo, entro il 2026, il finanziamento (quello indicato adesso è inconsistente) per le assunzioni del personale degli ospedali di comunità. E occorrerà farlo per tempo perché poi bisognerà provvedere alle assunzioni, senza le quali le strutture realizzate non potranno essere avviate.

Vedi anche i precedenti articoli di Franco Pesaresi dedicati al PNRR: “Le case della comunità: cosa prevede il PNRR” <<https://welforum.it/le-case-della-comunita-cosa-prevede-il-pnrr/>>e “Le cure domiciliari e la telemedicina del PNRR” <<https://welforum.it/le-cure-domicili...edicina-del-pnrr/>>

Bibliografia

Bibliografia

- Agenas (2011), “Il piano di riorganizzazione dell’assistenza sanitaria nelle regioni in piano di rientro” <<https://www.agenas.gov.it/archivio-monitor-2011/365-monitor-n-27>>“, *Monitor*, n. 27, pp. 12-86.
- Fassari L., “Recovery Plan. Meno medici di famiglia e più infermieri per le cure territoriali. Per sostenere economicamente la riforma si punta a ridurre accessi in Pronto soccorso e consumo farmaci” <https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=95362>“, *Quotidiano Sanità*, 10/5/2021:
- Consiglio dei Ministri, *Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)*, <https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR_0.pdf> 2021.
- Consiglio dei ministri: documentazione del Governo inviata all’UE a corredo del PNRR.
- Camera Dei Deputati, *Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale*, <http://documenti.camera.it/leg18/dossier/pdf/AS0207.pdf?_1621701016559> 1/3/2021.
- Pesaresi F., Le cure intermedie (Cap.5); Barbabella F., Poli A., Chiatti C., Pelliccia L., Pesaresi F., La bussola di NNA: lo stato dell’arte basato sui dati (Cap.2), in *Network non Autosufficienza (a cura di), L’assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – 6° Rapporto 2017/2018 – Il tempo delle risposte*, <https://www.luoghicura.it/wp-content/uploads/2017/12/NNA_2017_6%C2%B0_Rapporto.pdf> Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna (RN), 2017.
- Pesaresi F., “Le tariffe delle Residenze sanitarie assistenziali” <<https://www.luoghicura.it/dati-e-tendenze/2019/09/le-tariffe-delle-residenze-sanitarie-assistenziali/>>“, *I Luoghi della Cura*, 12/9/2019.

Sezioni: **Normativa nazionale** <<https://welforum.it/sezione/normativa-nazionale/>>, **Punti di vista** <<https://welforum.it/sezione/opinioni/>>

Tag: **salute** <<https://welforum.it/tag/salute/>> | **sanità** <<https://welforum.it/tag/sanita/>> | **servizi territoriali** <<https://welforum.it/tag/servizi-territoriali/>> | **PNRR** <<https://welforum.it/tag/pnrr/>> | **ospedale di comunità** <<https://welforum.it/tag/ospedale-di-comunita/>>