

*Questa rubrica propone Documenti sanitari, linee guida, linee di indirizzo o di intenti di interesse pediatrico commentati a cura dell'Associazione Culturale Pediatri.*

## Effetti del piano nazionale di resistenza e resilienza sulla assistenza sanitaria territoriale

*Commento a cura di Giancarlo Biasini  
Pediatria, Cesena*

Il Ministero dell'economia dichiara (18 gennaio 2021) che il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) nasce per "cogliere l'occasione del Next Generation EU e rendere l'Italia un Paese più equo, verde e inclusivo, con un'economia più competitiva, dinamica e innovativa". Contiene un insieme di azioni e interventi per superare l'impatto economico e sociale della pandemia e costruire un'Italia nuova, intervenendo sui nodi strutturali e dotandoli degli strumenti necessari per affrontare le sfide ambientali, tecnologiche e sociali del nostro tempo e del futuro. Il PNRR è suddiviso in missioni: da 1 a 6. Quelle che interessano maggiormente la vita dei bambini sono tre:

- Istruzione e ricerca. Dagli asili nido alla università: denominazione Missione 4;
- Inclusione e coesione sociale: denominazione Missione 5;
- Innovazione del Servizio Sanitario nazionale: denominazione Missione 6.

Questa trattazione riguarda esclusivamente la parte della Missione 6 di cui utilizziamo il titolo.

### **M6C1 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale**

La M6C1 prevede strumenti di intervento dedicati a: 1) risolvere le disparità territoriali nell'erogazione dei servizi; 2) aumentare la prevenzione e l'assistenza sul territorio; 3) risolvere l'inadeguata integrazione tra servizi; 4) affrontare i tempi di attesa elevati per l'erogazione delle prestazioni; 5) aumentare la capacità di conseguire sinergie nella definizione delle strategie di risposta ai rischi ambientali, climatici e sanitari. Gli strumenti sono: 1) la casa della comunità (CdC), 2) l'Ospedale di comunità (HdC) per le cure intermedie, 3) l'assistenza a domicilio nei suoi vari aspetti. Il finanziamento è passato fra la prima e la seconda versione del PNRR (non è una buona notizia!) da 4 a 2 mld per le CdC, da 2 a 1 mld per gli HdC ed è stato aumentato da 2 a 4 miliardi quello per domiciliarità e telemedicina.

- **Le Case della Comunità** sono l'ultima incarnazione delle Case della salute di cui si parla da almeno 15 anni e sulle quali c'è stato un lavoro di approfondimento non tanto da parte delle istituzioni, ma dall'iniziativa di professionisti, di studiosi della salute e da riviste mediche, specialmente in questo caso Ricerca e Pratica [1], in ripetute occasioni, fino dal 2016. La CdC deve diventare la sede del primo e unico punto di accesso alle prestazioni per la soluzione dei "problemi di ambito socio-sanitario risolvibili nel territorio". Deve avere al suo interno un "team multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialisti, infermieri di comunità, altri professionisti della salute e potrà ospitare anche assistenti sociali (corsivo mio; valutare attentamente il termine "ospitare)". Deve garantire le valutazioni multidimensionali e i servizi consultoriali con particolare riferimento alla tutela del bambino, della donna e dei nuclei familiari secondo un approccio di medicina di genere. Però (*ahimè!*) secondo una scheda tecnica resa nota successivamente, all'interno della CdC, scompaiono i pediatri. Infatti questo sarà il persona-

le: 5 unità di personale amministrativo, 10 medici di medicina generale e 8 infermieri finanziati questi ultimi solo per il 25% dal PNRR e il resto dal Servizio Sanitario Nazionale. Ogni CdC sarà finanziata (livello strutturale e tecnologico senza il carico del personale) con 1.6 mln di euro. Le CdC da realizzare entro il 2026 sono 1.288. Come si vede il numero è molto preciso ma non si conoscono le modalità di calcolo. La suddivisione per i 59.258.000 di abitanti d'Italia dà una CdC ogni 46.000 abitanti. La loro funzione oltre alle utilità elencate sopra: coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza. Potranno essere utilizzate sia strutture già esistenti che nuove. Valutando i siti regionali risulta che attualmente sono attive 490 Case della salute di cui peraltro è assai difficile definire la struttura, la funzione e la qualità dei servizi [2]. Una recente indagine della CGIL su un campione di 121 case trae conclusioni piuttosto pessimistiche [3].

- **Gli Ospedali della comunità.** La definizione del PNRR è quella di una "struttura sanitaria della rete territoriale a ricovero breve per pazienti che necessitano interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e a gestione prevalentemente infermieristica". Dovrebbero essere sedi elettive di trattamento di problemi già diagnosticati e in prolungato trattamento ambulatoriale come malattie croniche o in lungodegenza. Il loro numero è di 381. Non è indicato il numero dei posti letto; agenzie di stampa lo danno all'incirca pari a 10.000. Una valutazione attuale di posti letto in ospedali di questa tipologia nelle regioni, valutando la sopravvivenza degli ex ospedali di 3° categoria, indica un valore di circa 3.000 con fortissime differenze regionali. Si deve ricordare che, solo negli ultimi 10 anni, il numero di ospedali è diminuito da circa 1.200 a circa 1.000 con perdita di discreta parte degli ospedali della ex 3° categoria e infermerie. Nello stesso periodo i posti letto sono diminuiti, da circa 225 mila a circa 191 mila [4]. Questa riduzione non è una caratteristica solo degli ultimi dieci anni. Inizia con il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 che la includeva tra gli obiettivi strategici del Servizio Sanitario Nazionale. Si ricorderà che ci fu polemica perché la riduzione avvenne in corrispondenza dell'aumento delle retribuzioni ai dirigenti. Durante la pandemia ci si è accorti delle conseguenze di questi drastici tagli.

- **L'assistenza domiciliare.** Su questo tema l'investimento mira ad aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare nei suoi vari aspetti comprese le RSA e gli Hospice fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10 per cento della popolazione di età superiore ai 65 anni. Attualmente questa popolazione ammonta a 17.000.000. Uno dei sotto-obiettivi è quello di definire a livello nazionale indicazioni per l'erogazione di prestazioni in telemedicina.

### **- Il centro del sistema. Centrale operativa territoriale**

Al centro del governo territoriale ci sarà la centrale operativa territoriale [COT] attiva 24 ore (Figura), ma di cui non si conoscono né i criteri di operatività né le dotazioni. Il PNRR ne prevede

Figura. La strutturazione del nuovo distretto



l'attuazione di 602 "una in ogni distretto". Da questo si ricava indirettamente che i distretti dovrebbero essere 602, grosso modo un distretto in media ogni 90.000 abitanti. Per la costruzione di questa interfaccia dirigente il PNRR prevede 0.48 miliardi entro il 2026. A governare tutti gli investimenti da utilizzare entro il 2026 l'autorità centrale responsabile è il Ministero della salute con il coinvolgimento delle amministrazioni regionali e di tutti gli altri enti interessati (che non sono indicati). Ogni regione comunque sarà chiamata a firmare un contratto con il quale si assumerà degli obblighi attuativi e in caso di inosservanza il Ministero della salute potrà nominare un commissario che attuerà gli obblighi di piano non osservati. Tutto deve essere definito per il marzo 2022, tempo per la firma dei contratti. Il primo motore della trasformazione è dunque la COT. Il primo tempo attuativo dovrebbe essere l'autunno 2021 e la situazione dovrebbe essere definitiva entro il marzo 2022. Senza di questo inizio non possono nascere né CdC né HdC né l'assistenza domiciliare che dipende da loro. Fra il 2021 e 2026 deve perciò esserci una attività riformatrice con particolare velocità e precisione. Queste ultime dipendono, al centro, da un governo stabile ed efficiente. Immediatamente sotto il livello di governo, secondo il piano assunzioni approvato il 5 giugno 2021, alle regioni dovrebbero andare un migliaio di tecnici, assunti a termine, per fare partire i singoli progetti di tutte le 6 missioni da attuare nel quinquennio 2021-2026. In verità in periferia apparentemente sembra che nulla si muova.

### Qualche osservazione da pediatra

È positivo che il PNRR si occupi di trasformare l'assistenza territoriale non solo con affermazioni di necessità, ma con un preciso finanziamento. Le indicazioni sono però molto generiche e, per noi pediatri, poco soddisfacenti. Rimanendo nel campo della "salute fisica", che è chiaramente l'obiettivo "grezzo" della missione 6, manca qualsiasi accenno a quei percorsi di promozione della salute trasversali e verticali, come quelli preconcezionali e della gravidanza, o dei primi 1.000 giorni o dell'età scolare specie relativamente alle disuguaglianze nell'infanzia che pure sono richiamate nelle prime righe della missione come "lotta alla disparità". Nel settore dell'assistenza domiciliare la sola indicazione presente riguarda quella riservata ai 65enni. Nessun accenno alla prossimità e domiciliarità delle cure nella salute dei bambini, all'importanza della neuropsichiatria infantile (mai nominata) e delle competenze psicologiche a lei collegate specie dopo gli effetti della pandemia sul benessere mentale dei ragazzi. Nessun accenno alla territorialità degli interventi per i bambini; nulla sulla salute nelle le scuole. Gli accenni all'assunzione del personale sono preoccupanti; deve essere a carico del Servizio Sanitario Nazionale il cui finanziamento per i prossimi anni non rallegra. Calcolato in percento sul PIL si parla per il 2022 del 6.7%, per il 2023 del 6.6%. Ma si ricordi che per il 2018-19 è stato del 6.8%. A proposito del "capitale investito" dal PNRR più volte richiamato nel testo, si dovrebbe avere presente che il maggiore "investimento" andrebbe fatto sullo sviluppo del capitale umano di chi nelle CdC e negli HdC lavorerà e, nondimeno, sulla

consapevolezza e sulla fiducia dei cittadini di quel territorio nei nuovi strumenti. Senza questi "capitali" la sola digitalizzazione dei processi potrebbe contare poco. È poi lecito chiedersi se gli Ospedali di comunità saranno pubblici o, come si teme, sarà dato spazio all'iniziativa privata come già successo nel modello lombardo [5] con le conseguenze ormai note. Le convenzioni dei medici e pediatri di base necessitano di un forte ripensamento già prima dell'inserimento dei loro titolari nelle Cd. Non se ne sente parlare a livello istituzionale. Intanto però molto ci sarebbe da fare per i bambini da parte del mondo pediatrico vivente: società scientifiche, associazioni, sindacati, riviste, studiosi del problema. Finora il pensiero di chi ha redatto il PNRR territoriale è stato scarsamente rivolto ai bambini. Qualcosa si muove nella politica come testimonia quotidianamente Paolo Siani, ma sarebbe necessario ed urgente un piano nazionale per infanzia e adolescenza che utilizzi l'occasione della Missione 6 e, per ciò che riguarda i bambini, anche delle Missioni 4 e 5. Del resto, a proposito di comunità (Cd, HdC), non fu già negli anni '90 che si parlò intensamente, in corsi di formazione e pubblicazioni, di "Pediatra di comunità"?

1. G. Biasini. Il PNRR e i bambini. Case della salute/Comunità dai primordi ad oggi. Ricerca e pratica. 2021;37:123-25
2. S. Landra, M. Ravazzini, F. Prandi (a cura di). La salute cerca casa. Derive/Approdi Ed. 2019,pg 309. Euro20
3. Sanità: Report Fp Cgil, Case della Salute modello incompiuto
4. La riduzione di ospedali e posti letto negli ultimi 10 anni
5. G. Biasini. Il modello Lombardo. Quaderni acp.1996: 4;(1):8-9.

Testo del 2 giugno 2021. È possibile che dopo questa data vi siano state e vi saranno correzioni/integrazioni al PNRR di cui prendere atto.

