

Dalla Pandemia infettiva alla Pandemia di Cronicità:

Come cambierà la Medicina territoriale alla luce dell'applicazione del PNRR.

Relatore Dott. Paolo Antonucci

FONTI

Agenas - Monitor

Ministero Salute - PNRR

Quotidiano Sanità

SISAC

Bocconi

Sindacati Medicina Generale

Relatore Dott . Paolo Antonucci

FIGURA 1.

L'approccio di trasformazione: fattori rilevanti (non esaustivi) di rilevanza in salute, ambiente e clima (fonte WHO 2020. WHO global strategy on health, environment and climate change: the transformation needed to improve lives and wellbeing sustainably through healthy environments.)

Il settore sanitario – attraverso la leadership e la governance intersettoriale, modello evidence based, i programmi operativi, la sorveglianza e il monitoraggio – può favorire il progresso nell'affrontare i rischi ambientali, sociali e climatici, per ottenere benefici congiunti a breve e lungo termine.

Il settore sanitario avrà un ruolo di leadership e coordinamento, collaborando con altri settori afferenti alla salute, all'ambiente e al cambiamento climatico, per il miglioramento delle condizioni di vita.



Cosa è mancato durante la pandemia e che ha fatto saltare il sistema
Rendendo necessario il PNRR ?

TERRITORIO	OSPEDALE
Difficoltà di reperimento presidi di protezione Limitazione accessi per rischio contagio Diminuzione attività domiciliare Aumento richieste di assistenza/consulenza Nuove modalità di comunicazione Aumento carico burocratico/certificativo Perdita delle consulenze specialistiche Proliferazione incontrollata di decreti Mancanza di LLGG condivise Inesistenza di procedure codificate e condivise Supplenza di strutture aziendali ASL (tracciamento)	Chiusura Ambulatori Chiusura reparti ordinari Apertura/riconversione reparti Covid Perdita interventi operatori Perdita di prestazioni oncologiche Perdita di visite specialistiche Perdita di esami strumentali Perdita di esami diagnostici Riconversione di personale per gestione Covid Perdita delle visite di controllo periodico dei cronici

Se in Ospedale o in ambulatorio specialistico la richiesta viene soddisfatta in alcune settimane l'utente si ritiene fortunato.

Se il MMG non soddisfa una richiesta via mail o telefonica in pochi minuti succede il finimondo.

Se il MMG aumenta gli appuntamenti e lo specialista li diminuisce ciò riduce la possibilità
Di contagio. Sim Sala Bim.

Quanti sono ancora gli over 50 non vaccinati

Alla data del 18/02/2022: sono ancora **1,3 milioni gli over 50 non vaccinati in Italia.**

- gli **over 80** in attesa di prima dose o unica dose (a meno dei guariti) sono 128.950, il 2,80% del totale;
- i soggetti di età compresa **tra 70 e 79 anni**, in attesa di prima dose o unica dose (a meno dei guariti) sono 249.971, il 4,15% del totale;
- i soggetti di età compresa **tra 60 e 69 anni**, in attesa di prima dose o unica dose (a meno dei guariti) sono 364.274, il 4,84% del totale;
- i soggetti di età compresa **tra 50 e 59 anni**, in attesa di prima dose o unica dose (a meno dei guariti) sono 587.814, il 6,10% del totale.

Dati ultimi 30 giorni

Dati cumulativi

2.514.611

Casi negli ultimi 30 giorni***

31.041

Casi tra gli operatori sanitari
negli ultimi 30 giorni*

36 anni

Età mediana dei casi negli
ultimi 30 giorni

46,9% | 53,1%

Maschi (%) | Femmine (%) negli
ultimi 30 giorni

7.840

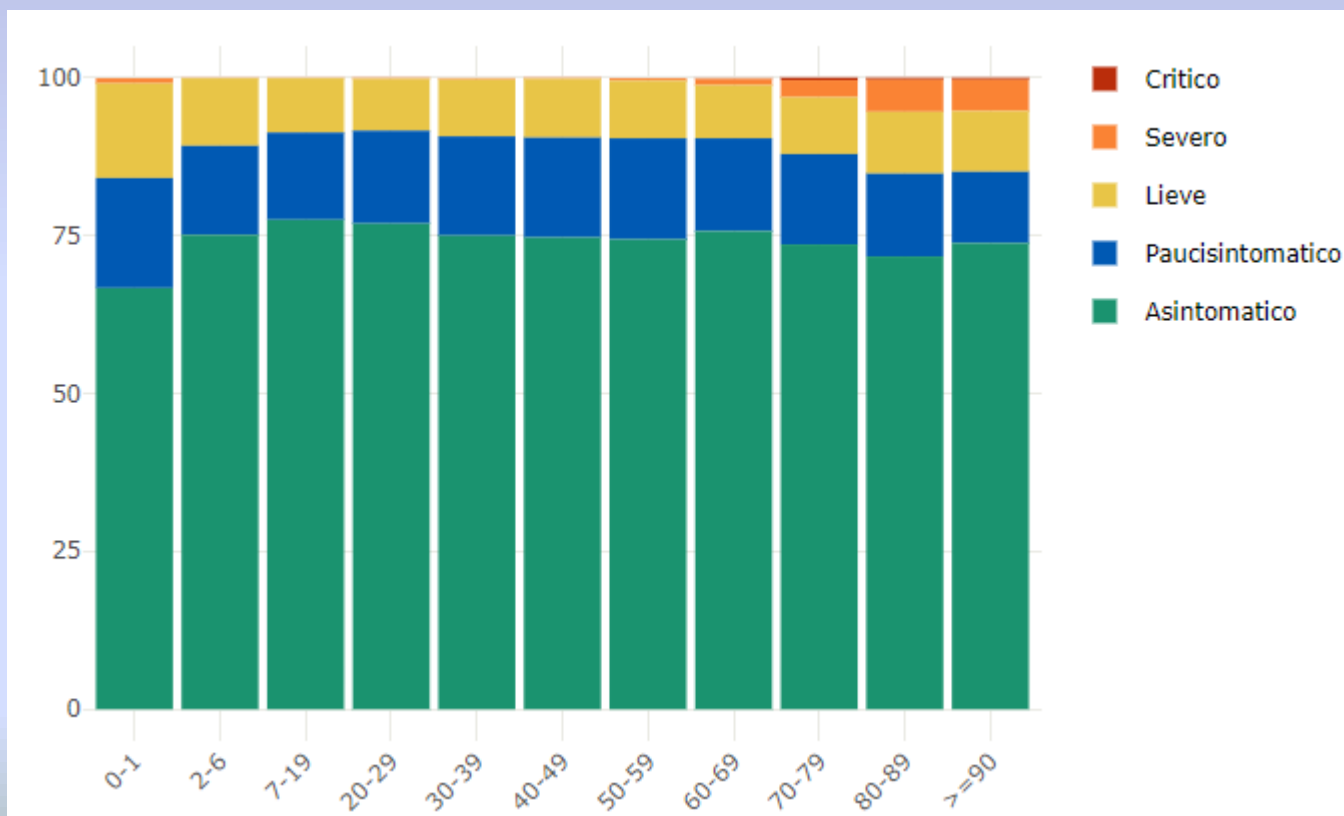
Deceduti negli ultimi 30
giorni**

3.215.929

Guariti negli ultimi 30
giorni**

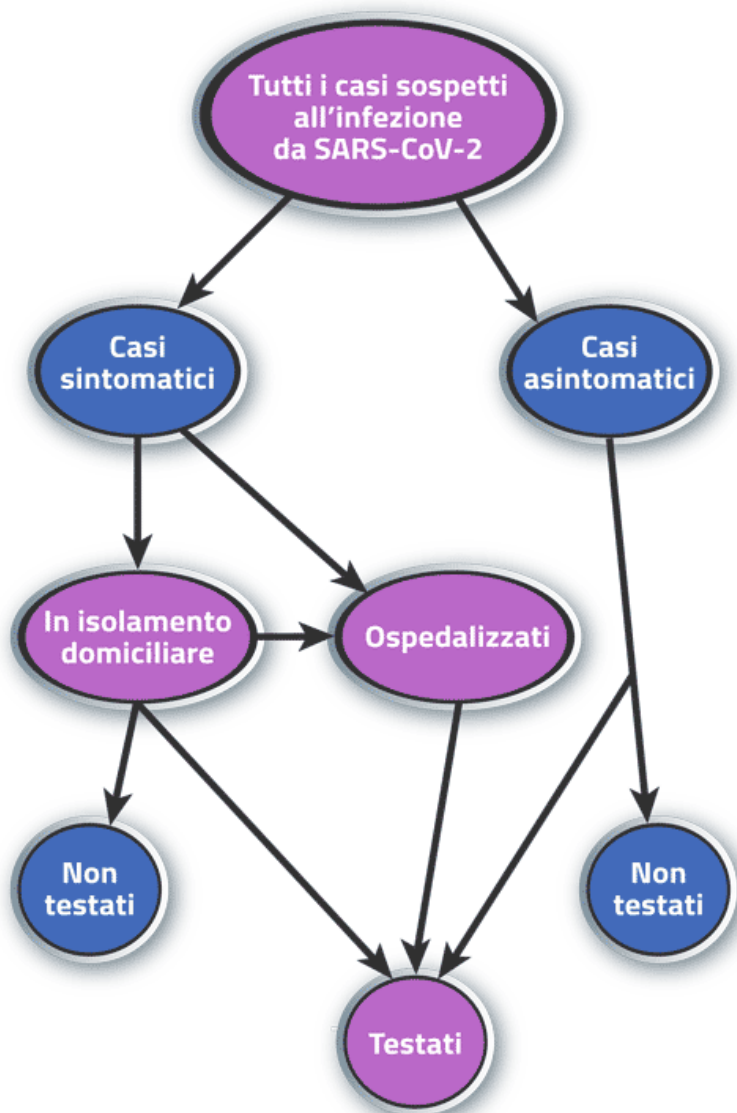


individui con infezione da SARS-CoV-2 confermata in laboratorio.

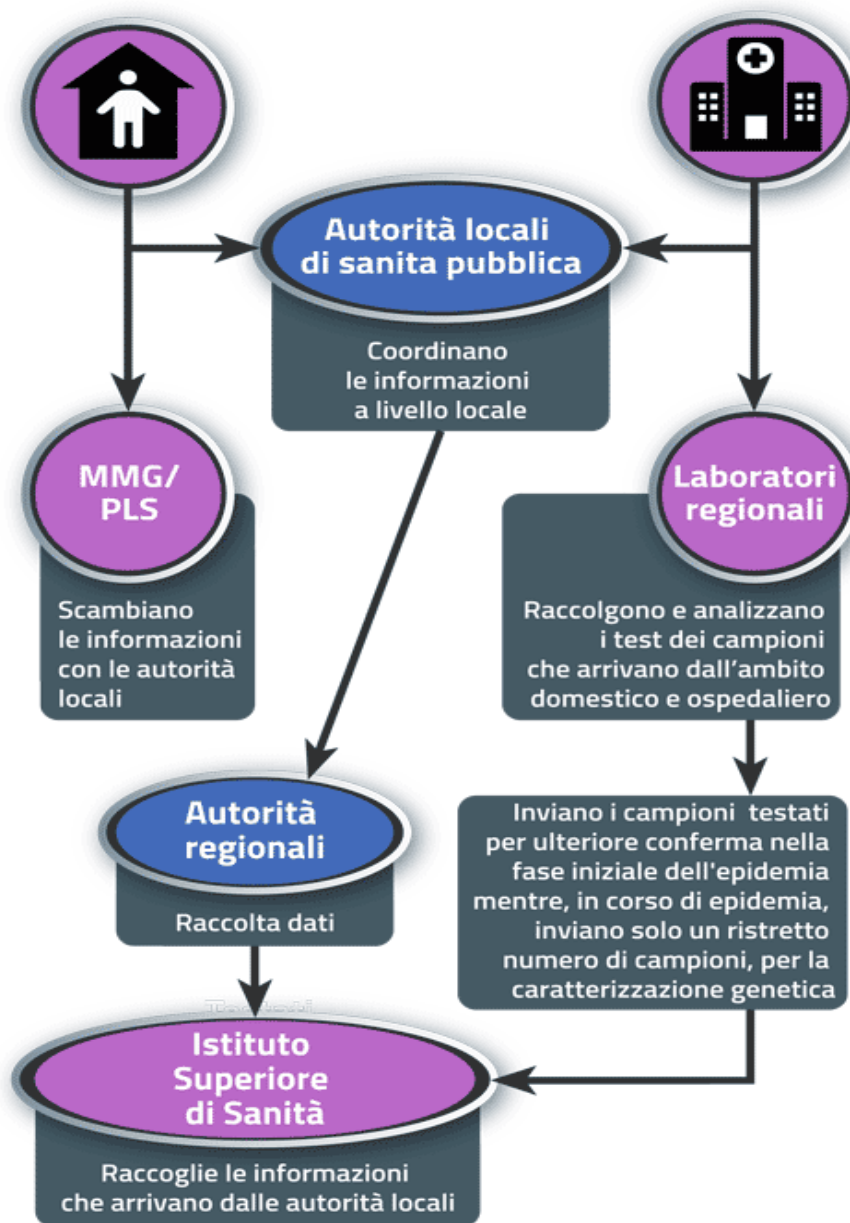


19/02/2022

La gestione dei casi sospetti



Come funziona il flusso dei dati



CASA DELLA COMUNITÀ

AL CENTRO DEL TERRITORIO PER MIGLIORARE L'ASSISTENZA DI PROSSIMITÀ

- l'**accesso** all'assistenza sanitaria, sociosanitaria e socio-assistenziale in un luogo visibile e facilmente raggiungibile dalla popolazione di riferimento;
- la **prevenzione e promozione** della salute;
- la **valutazione del bisogno** della persona e l'accompagnamento alla risposta maggiormente appropriata, programmabile e non programmabile;
- la risposta alla **domanda di salute** della popolazione e la garanzia della **continuità dell'assistenza** anche attraverso il coordinamento di tutti i servizi sanitari territoriali (H 12 e H 24 di norma a livello distrettuale);
- la **presa in carico** della cronicità e fragilità secondo il paradigma della medicina d'iniziativa;
- l'attivazione di **percorsi di cura** multidisciplinari, che prevedono l'integrazione tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, e tra servizi sanitari e sociali;
- la **partecipazione** della comunità locale, delle associazioni di cittadini, dei pazienti, dei caregiver;
- la promozione dell'**integrazione** con la Rete ospedaliera e gli Ospedali di comunità per garantire la continuità dell'assistenza.

CASE DELLA COMUNITA'

1 Casa di Comunità HUB ogni **40.000 – 50.000** abitanti

(1350 case da realizzare con fondi PNRR)

Struttura fisica, distribuita in modo capillare sul territorio, dove opera una equipe multi-professionale:

- MMG e PLS
- Medici Specialisti
- Infermieri di Famiglia e di Comunità
- altri professionisti della salute
- può ospitare anche assistenti sociali

Punto di riferimento per la popolazione

- per garantire la presa in carico
- attraverso infrastruttura informatica
- punto prelievi
- strumentazione polispecialistica
- diagnostica di base

Tabella 4: Servizi previsti da standard nelle Case della Comunità

Servizi	Modello Organizzativo	
	Casa della Comunità <i>hub</i>	Casa della Comunità <i>spoke</i>
Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multidisciplinari (MMG, PLS, SAI, IFeC, ecc.)	OBBLIGATORIO	
Punto Unico di Accesso	OBBLIGATORIO	
Servizio di assistenza domiciliare di livello base	OBBLIGATORIO	
Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza	OBBLIGATORIO	
Servizi infermieristici	OBBLIGATORIO	
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	OBBLIGATORIO	
Programmi di screening	OBBLIGATORIO	
Partecipazione della Comunità e valorizzazione co-produzione	OBBLIGATORIO	
Collegamento con la Casa della Comunità <i>hub</i> di riferimento	-	OBBLIGATORIO

Tabella 4: Servizi previsti da standard nelle Case della Comunità

Servizi	Modello Organizzativo	
	Casa della Comunità <i>hub</i>	Casa della Comunità <i>spoke</i>
Presenza medica	OBBLIGATORIO H24, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
Presenza infermieristica	OBBLIGATORIO H12, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
Servizi diagnostici (finalizzati al monitoraggio della cronicità)	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Continuità Assistenziale	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Punto prelievi	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Servizi Sociali	RACCOMANDATO	
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	RACCOMANDATO	
Attività Consultoriali	FACOLTATIVO	
Vaccinazioni	FACOLTATIVO	

Casa della Comunità

Casa della Comunità Hub

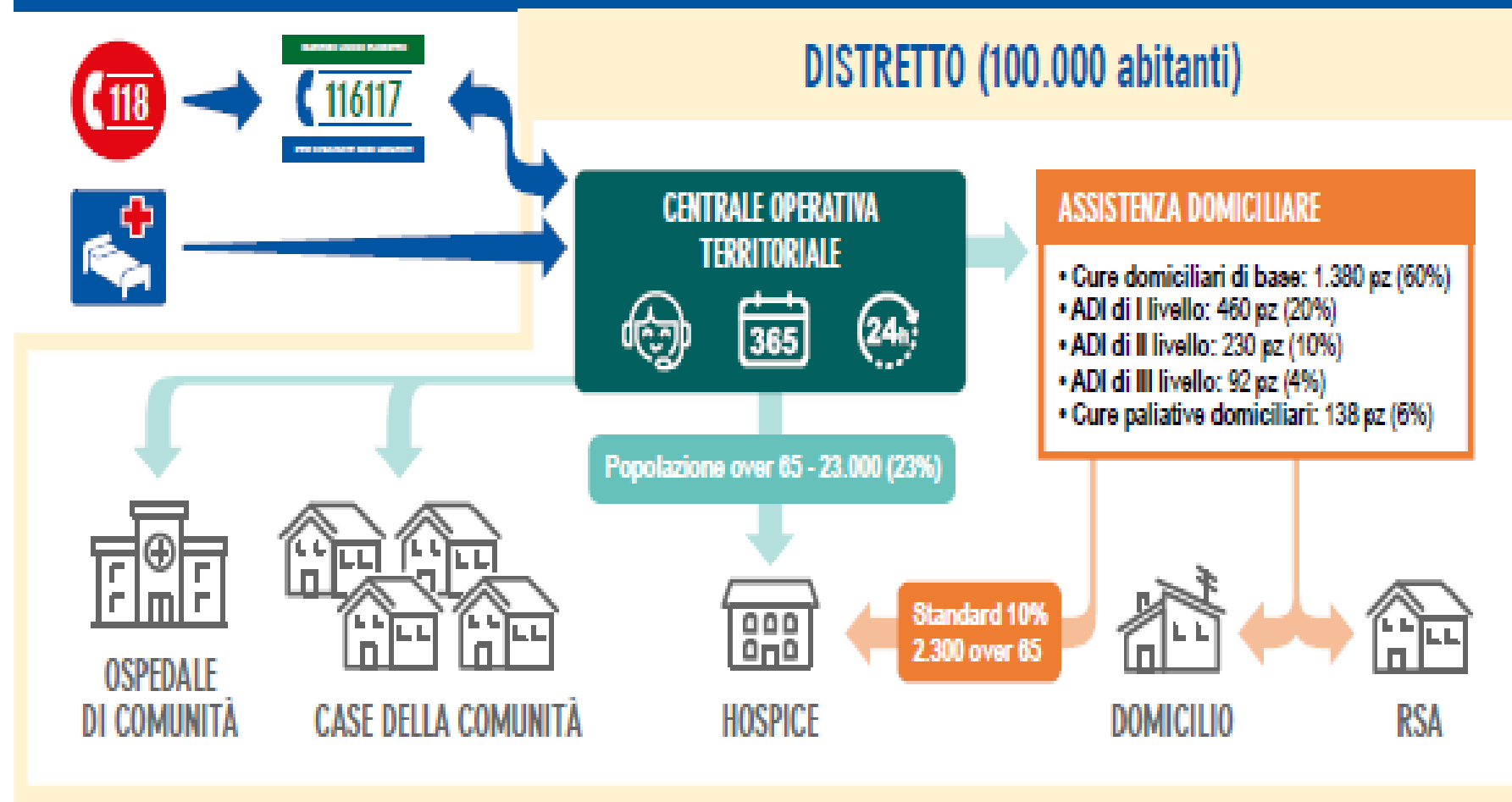
Modello organizzativo e personale

- **30-35 MMG afferenti**
 - 2 ore/settimana per MMG
 - Apertura ambulatorio h 12 – 6 giorni su 7
- **Continuità assistenziale**
 - Apertura ambulatorio: notturno e festivi h 24 - 7 giorni su 7
- **10-15 ambulatori**
 - 10-20 MMG afferenti svolgono attività ambulatoriale per i propri assistiti
- **8-12 infermieri di Famiglia e Comunità:**
 - 1 coordinatore
 - 2-3 IFeC per le attività ambulatoriali della CdC
 - 1-2 IFeC per le attività di triage e valutazione dei bisogni di salute
 - 4-6 IFeC per l'assistenza domiciliare di base, per le attività di prevenzione e teleassistenza
- **5-8 unità di personale di supporto (amministrativo, tecnico e sanitario)**
 - Apertura PUA: 8.00-18.00 – 6 giorni su 7
 - Altri servizi all'utenza anche sanitari



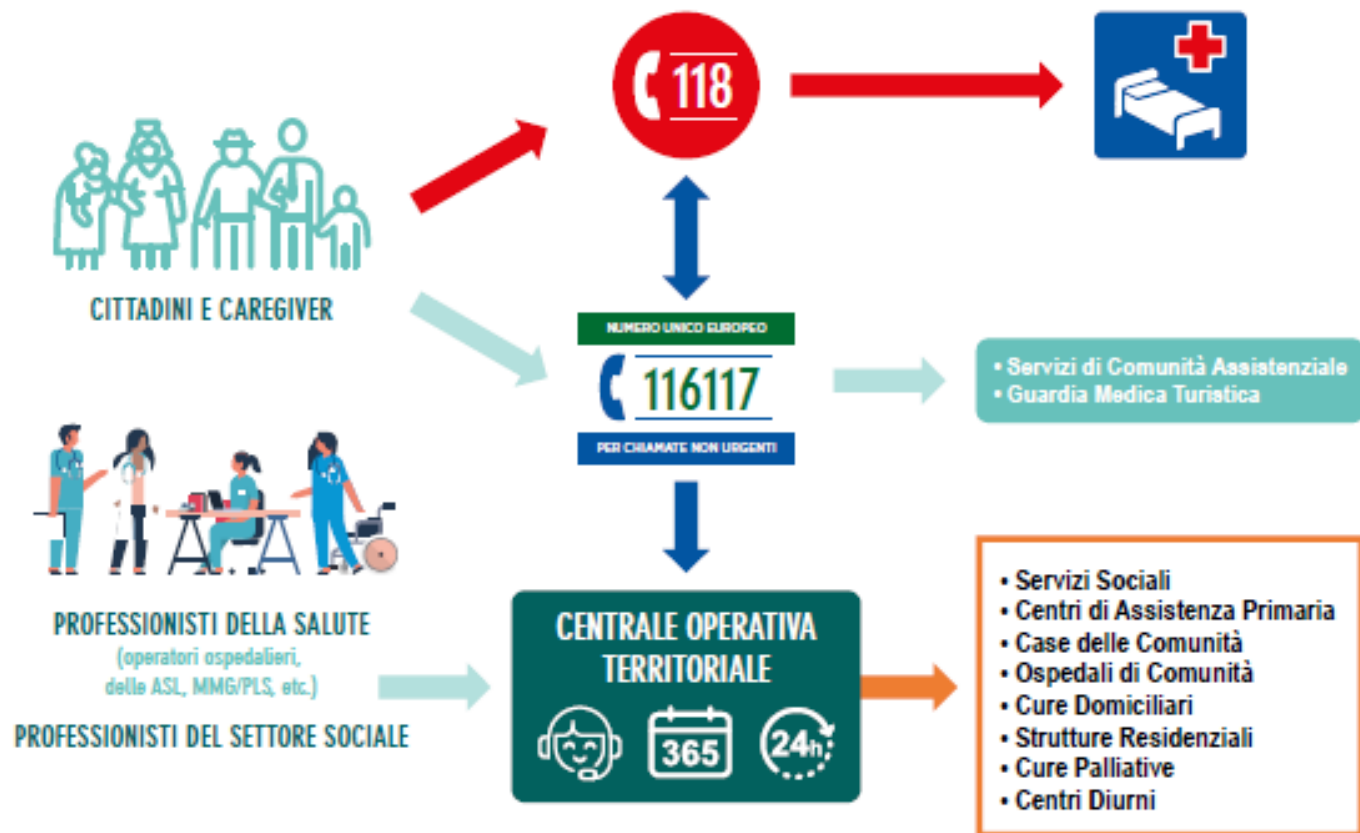
FIGURA 1.

Offerta dei servizi territoriali a seguito dell'implementazione delle misure di potenziamento previste dal Piano nazionale ripresa e resilienza considerando un distretto standard di 100.000 ab



CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI (COT)

FIGURA 8. Modello di Centrale operativa territoriale (COT)



600 centrali

1 ogni 100.000
Abitanti
o distretto

5-6 infermieri

1-2 personale
Di supporto

Ospedale di Comunità

Standard: 1 OdC (20 PL)



ogni 50.000-100.000 abitanti

Standard minimo di personale di 1 OdC (20 PL):



9-10 Infermieri

1-2 unità di personale di supporto (sanitario e amministrativo)

6 operatori sociosanitari

1 medico per almeno 4,5 ore al giorno 7 giorni su 7

Intesa Stato-Regioni del 20 febbraio 2020:



- **Strutture sanitarie** della rete territoriale a ricovero breve e destinate a pazienti che necessitano interventi sanitari a bassa intensità clinica
- **Strutture intermedie** tra la rete territoriale e l'ospedale, di norma dotati di 20 posti letto (max. 40 posti letto)
- Struttura a **gestione prevalentemente infermie**



VERRANNO REALIZZATI 400 OSPEDALI DI COMUNITÀ CON I FONDI PNRR

Assistenza Domiciliare

Standard da Riforma:

10% della popolazione over 65

Modello organizzativo

Il servizio è garantito attraverso la presenza di **personale sanitario** (infermieri, OSS, tecnici e medici) **7 giorni su 7 e 24 ore su 24** nelle modalità indicate dalla normativa nazionale e regionale vigente, ivi compresi i servizi di telemedicina nelle modalità e forme previste.

La programmazione degli accessi dei professionisti sanitari a domicilio dovrà essere sviluppata nell'arco dell'intera settimana, tenendo conto della complessità clinico-assistenziale dei pazienti.

TABELLA 1. Grado di espressione del bisogno (complessità clinica e socio-assistenziale)

1. Persona in salute
2. Persona con sviluppo di sintomi temporanei
3. Persona con singola patologia o condizione di salute non complessa
4. Persona con patologia singola complessa o patologie multiple e condizione di salute complessa
5. Personale con multi-morbilità e complessità
6. Persona con patologia terminale

Valutazione degli ambiti della fragilità “clinica”
e della fragilità “sociale, psicologica ed economica”



Budget di salute

TABELLA 2. Classificazione del bisogno di salute

I Livello base ▶ <i>persona in salute</i>	Azioni di promozione della salute
II livello di bassa complessità ▶ <i>soggetti "non cronici/fragili" che usano i servizi in modo sporadico (prime visite/accessi ambulatoriali veri)</i>	Azioni proattive di stratificazione del rischio basate su familiarità e stili di vita
III livello di media complessità ▶ <i>cronicità/fragilità/disabilità iniziale prevalentemente monopatologica</i>	Cronicità/fragilità Progetto individuale di salute semplice 
IV livello di alta complessità ▶ <i>cronicità/fragilità/disabilità con polipatologia complessa con prevalenti bisogni extra-ospedalieri ma ad alta richiesta di accessi ambulatoriali</i> ▶ <i>cronicità/fragilità/disabilità con polipatologia, frequent users delle strutture ospedaliere e/o con fragilità sociosanitarie di grado moderato</i>	
V livello di altissima complessità ▶ <i>multimorbilità con espressione di fragilità clinica e/o funzionale con bisogni prevalenti di tipo domiciliare e/o ospedaliero e/o semi residenziale e/o residenziale</i>	
VI Terminalità ▶ <i>patologia evolutiva in fase avanzata, per la quale non esistano più possibilità di cura</i>	

TABELLA 3. Criteri di eleggibilità e criteri di esclusione

Criteri di eleggibilità dei pazienti

- Temporaneamente senza adeguato supporto familiare o ambientale;
- Malati con patologie croniche scompensate e/o riacutizzate con necessità di monitoraggio;
- Malati con compromissione generale per patologia di tipo evolutivo;
- Pazienti dimessi o seguiti da reparti ospedalieri specialistici che necessitano di controllo sanitario (previa definizione di percorsi clinico-assistenziali condivisi);
- Pazienti con percorsi diagnostico-terapeutici specialistici concordati e condivisi con i MMG;
- Ospitalità di "solievo alla famiglia".

Criteri di esclusione

- Pazienti affetti da patologie acute che necessitano di cure intensive o che richiedano un elevato impegno specialistico e/o tecnologico.
- Pazienti con condizioni cliniche che diano indicazioni ad altro tipo di regime di ricovero quali Lungodegenza, Hospice, RSA, strutture psichiatriche.

FIGURA 3. Stratificazione del bisogno e risposta assistenziale

Stratificazione della popolazione per classi di rischio clinico e socio-assistenziale

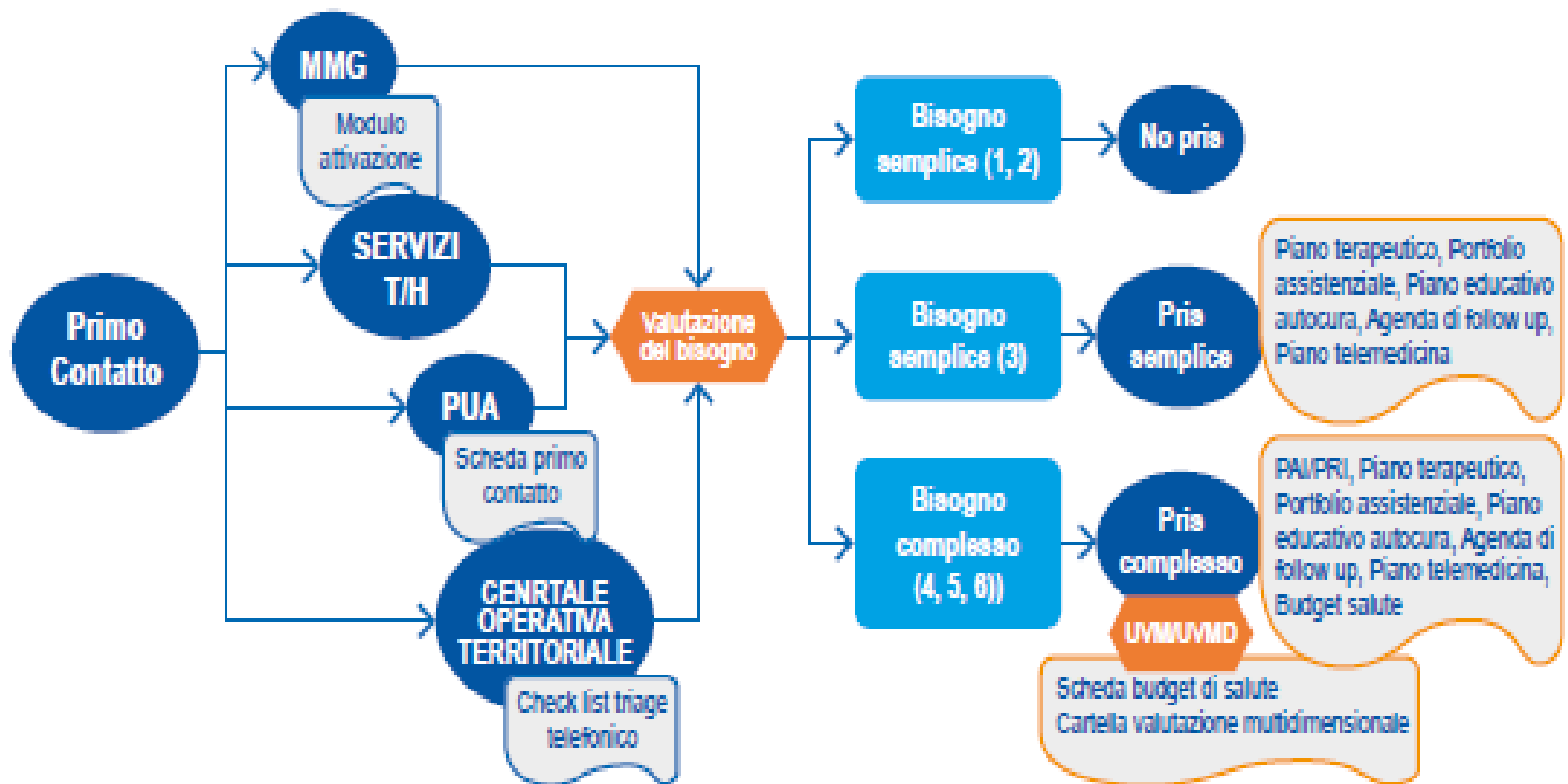


FIGURA 4. La Centrale operativa territoriale (COT) nella rete territoriale

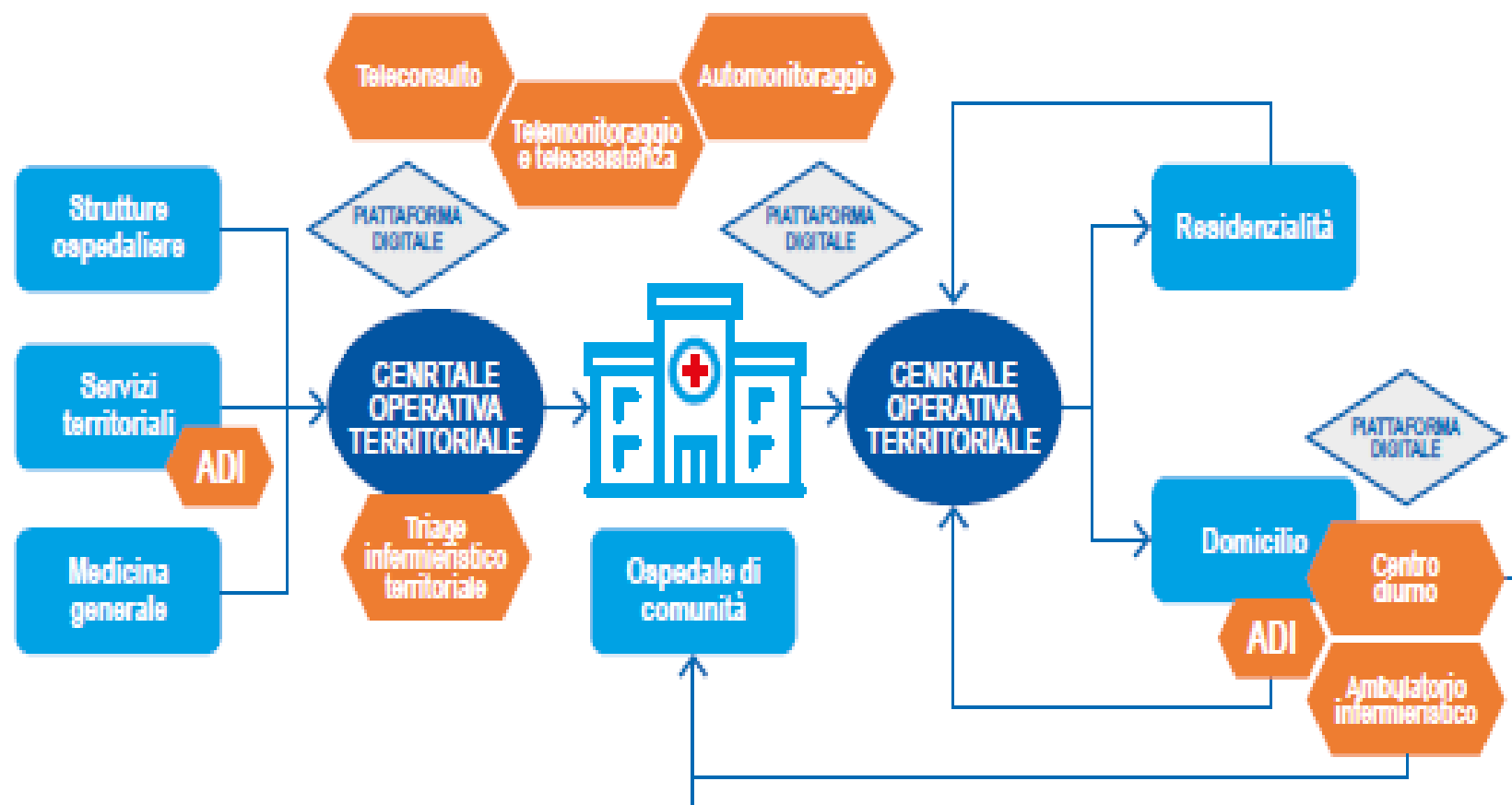


FIGURA 1. M6C2: Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale

Obiettivi generali



M6C2: INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

- Sviluppare una sanità pubblica che valorizzi gli investimenti nel sistema salute in termini di risorse umane, digitali, strutturali, strumentali e tecnologici.
- Rafforzare la ricerca scientifica in ambito biomedico e sanitario.
- Potenziare e innovare la struttura tecnologica e digitale del SSN a livello centrale regionale, al fine di garantire un'evoluzione significativa delle modalità di assistenza sanitaria, migliorando la qualità e la tempestività delle cure; valorizzando il ruolo del paziente come parte attiva del processo clinico-assistenziale; e garantendo una maggiore capacità di governance e programmazione sanitaria guidata dall'analisi dei dati, nel pieno rispetto della sicurezza e della tutela dei dati e delle informazioni.

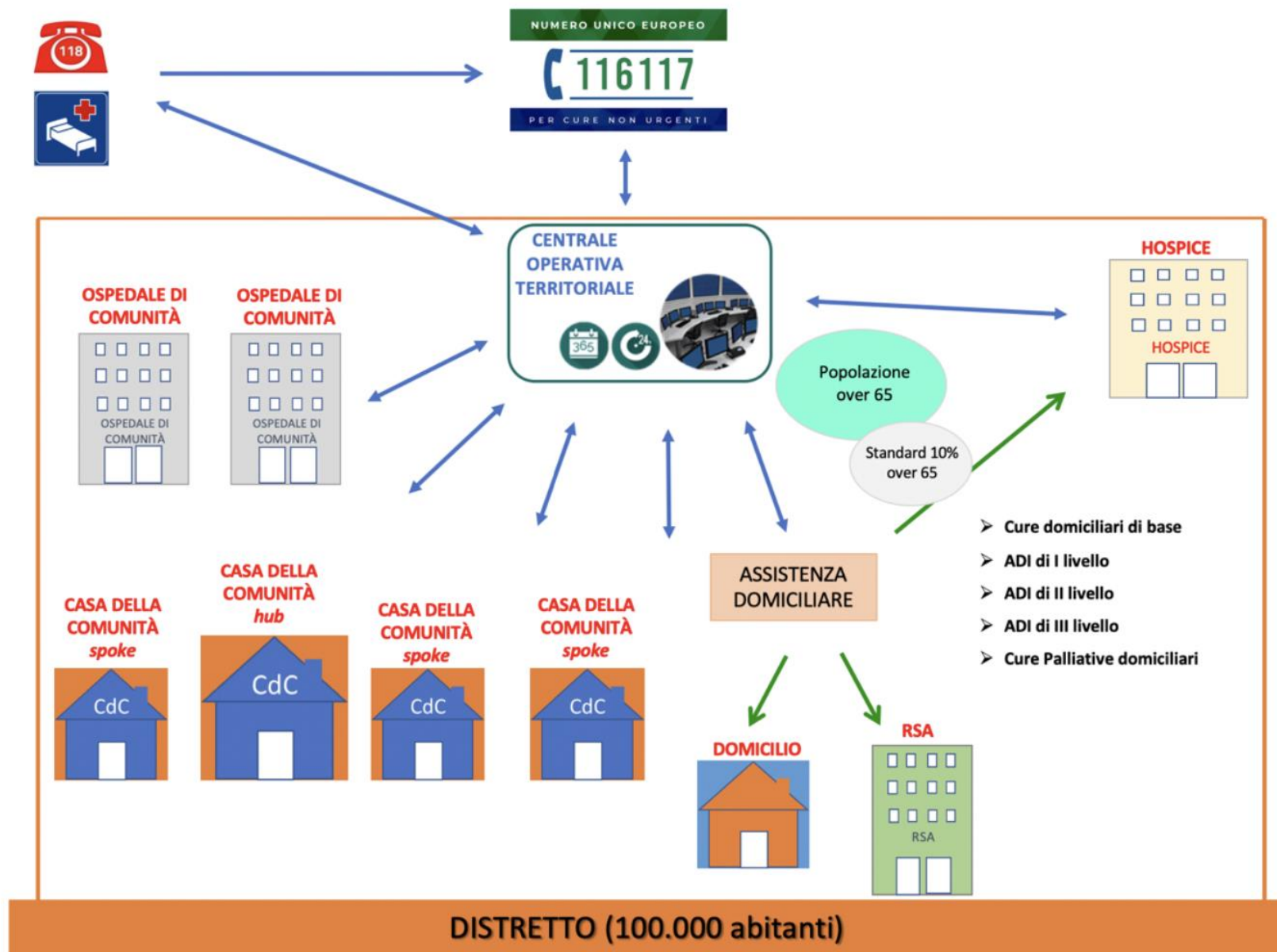


Figura 1: Organizzazione di un Distretto ideale/tipo di 100.000 abitanti di un'area urbana.

Il Futuro dell'assistenza sanitaria territoriale



- La **casa come luogo di cura** sfruttando l'innovazione tecnologica
- Assistenza **integrata, multidisciplinare e multiprofessionale**
- **Offerta dei servizi diversificata** in grado di rispondere al cambiamento dei bisogni di salute della popolazione anche grazie alla telemedicina
- **Assistenza personalizzata**, dalla prevenzione al trattamento, anche grazie all'utilizzo di big data e sistemi di intelligenza artificiale di supporto
- Promozione di servizi **sanitari vicini al cittadino** e facilmente accessibili
- **Empowerment** del cittadino dentro e fuori i luoghi di cura

Un poco di numeri

OBIETTIVO: L'ALLINEAMENTO DEGLI STANDARD STRUTTURALI DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE

- Diffondere un modello a tre perni già diffuso soprattutto in Veneto, Emilia Romagna e Toscana valorizzando le realtà già presenti
- Stanziare le risorse per diminuire il gap Nord-Sud in termini di capacità di offerta
- Favorire interoperabilità (es. con FSE) e progettualità interregionali

Strumento	Strutture finanziate dal PNRR(*)	Strutture previste dalla Bozza «DM71» (**)	Strutture già esistenti(***)	Bacino di utenza (ab.)	Target principale	Target secondario
Casa della Comunità	1.350	2.400	553	25.000	Cronici (40% popolazione)	Anziani e fragili, donne, famiglie, minori
Centrale operativa territoriale	600	602	60	1 per distretto	Fragili e LTC	/
Ospedale di Comunità	400	1.200	177	50.000	Ricoverati per prestazioni a medio-bassa intensità	/

LE STIME DI SPESA CORRENTE LEGATE AL DM 71 OLTREPASSANO AMPIAMENTE GLI INVESTIMENTI DEL PNRR

Bozza AGENAS «DM 71*»	Offerta già attiva	Offerta mancante	Personale infermieristico necessario
2.400 Case della Comunità – CdC (1/25.000 ab.)	553 <i>(cfr. OASI 2021)</i>	1.847	Nessuno – le CdC inglobano servizi già esistenti o avviati grazie al PNRR
1.200 Ospedali di Comunità – OSCO (1/50.000 ab.).	177 <i>(cfr. OASI 2021)</i>	1.023	9 infermieri per OSCO: 9.207
602 Centrali Operative Territoriali - COT	60 <i>(stima prudenziale)</i>	542	5 infermieri per COT: 2.710
23.000 Infermieri di Comunità (1/2.000-3000 ab.)	3.000 <i>(1/20.000 ab., cfr. Rapporto Corte dei Conti 2021)</i>	20.000	20.000
Copertura ADI progressiva del 10% degli over65 <i>(Hp 2h/settimana, continuativamente: 104 ore annuali)</i>	Copertura 6% over65 con 12h/anno <i>(Annuario stat. 2019 Minsal)</i> , corrispondente al 7,2% delle ore necessarie per coprire il target e a 4.500 infermieri impiegati (38hr settimana)	Il 93% delle ore annuali	70.026
			101.943

LA RETE TERRITORIALE DOVRÀ MODIFICARSI RADICALMENTE (RAFFORZAMENTO E RAZIONALIZZAZIONE)

REGIONE	Nr ambulatori e lab., 2019 (*)	Case della Salute e simili, 2020 (**)	Case della Comunità prev. 2026 (***)
PIEMONTE	390	71 CdS	90
LOMBARDIA	652	25 Presst	203
VENETO	442	77 MGI	99
EMILIA ROM.	516	126 CdS	91
TOSCANA	550	76 CdS	77
LAZIO	781	22 CdS	118
CAMPANIA	1.418	/	150
PUGLIA	683	33 PTA	106
SICILIA	1.442	55 PTA	131
ITALIA	8.798	553	1.350

Per rafforzare il territorio sarà necessaria una **grande opera di razionalizzazione dell'offerta esistente**, che dovrà considerare:

- frammentazione di ambulatori e laboratori;
- quota di privato accreditato e relativo livello di concentrazione;
- presenza di strutture intermedie: saturare, potenziare o creare nuovi setting?

Fonte: (*) Annuario Statistico SSN Ministero della Salute, 2019 (**) Censimento OASI 2021 (***), Allegati tecnici PNRR

TAKE HOME

PNRR – DM 71: concetti chiave

Trasformazione Medicine di Gruppo in Case di Comunità “spoke”.

Il DM 71 norma gli standard di assistenza territoriale allo stesso modo in cui
Il DM 70 del 2015 norma gli standard degli ospedali.

La riforma degli standard territoriali può svilupparsi con i 20 miliardi del PNRR,
7,9 dei quali sono destinati alla medicina del territorio e alla telemedicina.

PNRR – DM 71: concetti chiave

PNRR destina:

4 miliardi per assistenza domiciliare e telemedicina

2 miliardi per le Case di Comunità (1350)

1 miliardo per gli Ospedali di Comunità (400)

Al Mezzogiorno va il 41% delle risorse + 625 milioni del Piano Operativo Nazionale Salute
Da Bruxelles per screening e gap nord-sud su speranza di vita per tumore

PNRR – DM 71: concetti chiave

Per attuare il PNRR sono necessari incrementi di personale

Il finanziamento è già previsto nelle finanziarie:

- Finanziaria 2022 90,9 milioni
- Finanziaria 2023 150 milioni
- Finanziaria 2024 328 milioni
- Finanziaria 2025 591 milioni
- Finanziaria 2026 1 miliardo per il sistema a regime ad anno

Fondi tratti dal Fondo Sanitario Nazionale (FSN), dove:

FSN 2019	vale	114 miliardi
----------	------	--------------

FSN 2024	vale	124 miliardi
----------	------	--------------

PNRR – DM 71: concetti chiave

DM 71 detta le regole per far lavorare i professionisti.

Case di Comunità

- modello multiprofessionale
- Case “hub” 1 ogni 40-50 mila abitanti, vari professionisti sanitari
- Case “spoke” le sedi delle AFT o Medicine di Gruppo, con infermieri

Assistenza Domiciliare obiettivo assistere il 10% degli ultra 65 aa dal 2026.

Ospedale di Comunità

- 20-40 posti letto a media bassa intensità
- infermieri di famiglia o di comunità, 1 ogni 3000 abitanti

Equipe medico-distrettuale

- 1 ogni 100 mila abitanti
- presa in carico dei pazienti afferenti alle Case di Comunità hub

PNRR – DM 71: concetti chiave

DM 71 detta le regole per far lavorare i professionisti.

Centrali Operative Territoriali (COT)

- 1 ogni 100 mila abitanti, almeno 1 per Distretto
- attiva 7su7, 24h,
- 5-6 infermieri e 2 amministrativi
- risponde al numero Europeo 116177
- gestisce prestazioni a bassa intensità.

Prevede anche:

- reti per le Cure Palliative
- la coppia
- la famiglia
- consultori

Il Distretto ASL deve programmare le risposte integrate
(va potenziato con corsi di formazione)

Contratti Interistituzionali di Sviluppo

Sono strumenti di attuazione del PNRR da parte delle Regioni.

I progetti regionali sui nuovi “nodi” territoriali:

- Distretti,
- Case di Comunità hub e spoke,
- Ospedali di Comunità,
- Centrali Operative Territoriali (COT)

Dovranno essere disponibili entro il 28 febbraio 2022

Piattaforma Digitale Nazionale

Deve essere realizzata entro marzo

Ad essa dovranno afferire le piattaforme regionali

Serve a:

- telemedicina
- un progetto pilota di Intelligenza Artificiale (AI)
- un portale per rilevare i bisogni di salute
- potenziamento del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)

FORMAZIONE

Aumento delle borse di studio specializzandi

Corsi di formazione

per Direttori Generali, Sanitari, Amministrativi
di ASL e Distretti

Dipendenza o Convenzione

La Riforma della Sanità Territoriale va ultimata entro il 30 giugno 2022.

Nella Bozza di contratto dei MMG vi è un misto di retribuzione per scelta e per ore.

Non è contemplato il passaggio a dipendenza della Categoria.

La Nuova Convenzione per l'esaennio 2019-2024 ribadisce che

lo studio del Medico di Medicina Generale

ha una funzione di fiducia e prossimità che deve restare tale.



Non c'è rosa

... senza spine



GOVERNARE L'ASSISTENZA PRIMARIA

Entro fine maggio tutto pronto per avviare la macchina organizzativa regionale del PNRR.

Vincolare l'impegno professionale del MMG

al parametro delle 38 ore settimanali della dipendenza, suddivise:

- 20 ore dedicate all'attività ambulatoriale rivolta agli assistiti (70% dei compensi),
- restanti ore (16+ 2) a programmi/obiettivi di salute comunitaria, da svolgere nei distretti e nelle CdC.

1 CdC per 45.000 abitanti dovrà:

- contenere almeno 35 professionisti tra MMG, PLS, MCA e dei servizi e infermieri
- ospitare questi sanitari in contemporanea nelle 12 ore diurne, sia per l'assistenza convenzionata individuale a quota capitaria e sia per attività oraria di tipo comunitario.

GOVERNARE L'ASSISTENZA PRIMARIA

Entro fine maggio tutto pronto per avviare la macchina organizzativa regionale del PNRR.

Pertanto l'obbligo delle 38 ore settimanali rischia di diventare una proposta avulsa dal contesto logistico, specie per i compiti verso la popolazione.

Il futuro ACN ha gli stessi difetti della Balduzzi produrre un accordo astratto ed inappropriato rispetto alla sua messa in pratica.

La Bozza dell'ACN dà per scontato che la relazione di cura sul territorio si possa concentrare nell'unità spazio temporale di una sede fisica e di un orario di lavoro rigido, regolato da parametri prestazionali in stile mansionario, nella cornice del rapporto di subordinazione gerarchica e di controllo burocratico.

Nell'assistenza primaria la relazione di cura si realizza in forme, luoghi e tempi diversificati, grazie anche alla mediazione della tecnologia elettronica che consente di dematerializzare e differire i processi, di localizzare i contatti e le comunicazioni.

Simili pratiche clinico assistenziali garantiscono la continuità di cura sul lungo periodo nella cronicità e si è rivelata molto utile e funzionale nell'emergenza pandemica, per la rischiosità del contatto in presenza.

PNRR: alcune criticità

Finanziamenti aggiuntivi tramite riduzione spesa:

- ricoveri per diabete, BPCO, ipertensione
- spesa farmaceutica
- accessi impropri al Pronto Soccorso.

Codici Bianchi e Verdi, cause:

- domanda di prestazioni da effettuare in tempi ragionevoli
- allarmismo sulle proprie condizioni di salute
- offerta illimitata delle prestazioni in PS
- dislivello tecnologico tra territorio e ospedale
- rigida selezione per ammissione al ricovero (boarding)

PNRR: alcune criticità

Diffusione delle CdC ed abbattimento degli accessi al PS.

- adeguata organizzazione a rete
- radicamento sociale delle CdC con la popolazione locale e coordinamento con le amministrazioni locali
- Case di Comunità:
 - 1 ogni 37 mila abitanti al Sud
 - 1 ogni 45 mila abitanti al Centro e al Nord
- trasferimento dei MMG nelle strutture, oggi operano in studi privati o di gruppo
- spostamento degli assistiti verso queste strutture
- sono stati valutati in modo approfondito:
 - ruolo dei processi decisionali
 - valutazioni personali degli interessati
 - resistenza al cambiamento degli attuatori e beneficiari
 - conoscenza delle reazioni della popolazione
 - pazienti cronici costretti a gravitare su una Casa che non si può definire di prossimità

Domanda: la maggioranza dei MMG e dei pazienti cronici accetterà di abbandonare la rete degli studi medici per concentrarsi in un'unica strutture?

PNRR: alcune criticità

ASSISTENZA DOMICILIARE

OBIETTIVO: prendere in carico il 10% della popolazione ultra 65 aa.

Oggi:

- Assistenza Domiciliare Programmata (ADP) solo MMG
- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) MMG e altri professionisti sanitari

Necessità prevalenti:

- esigenze socio assistenziali: accudimento, compagnia, bisogni essenziali, relazione di cura, stimolazione cognitiva
- badanti e caregiver familiari
- necessità di formazione e accreditamento per favorire la professionalità, l'inserimento in cooperative o società di servizi degli operatori

PNRR e Bozza ACN: alcune criticità

- Mancata definizione delle strutture e delle dotazioni tecnologiche
- Norme organizzative
- Scarsa capacità a coordinare i professionisti (specie quelli con accordi contrattuali)
- Numero e competenze insufficienti del personale
- Ritardo quindicinale nel rinnovo della parte normativa e organizzativa dell'ACN
- Riproposizione di logiche giuridico formali top down
- Cambiamenti sociali complessi che richiedono processi articolati di traduzione pratica, previa negoziazione e coinvolgimento del sistema socio tecnico incaricato dell'attuazione
- Rischio di defezione anticipata dei medici in procinto di andare in pensione
- Convenzione imposta con una forzatura rispetto alle mediazioni sindacali

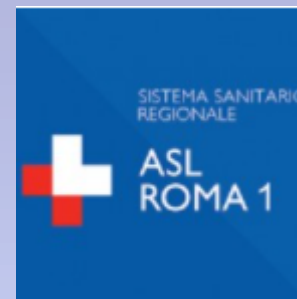
PNRR e Bozza ACN: alcune criticità

- CdC e OdC previsti attivi fra almeno 2 anni: in attesa nessuna indicazione di come verranno svolte le attività nelle ore che i MMG sono tenuti a svolgere presso queste strutture
- L'assistenza domiciliare occasionale o programmata (ADP o ADI) occupa almeno 1 ora al giorno il MMG in continuità con l'attività ambulatoriale
- Paradosso: nelle 18 ore previste per lo svolgimento delle iniziative distrettuali e/o CdC è inserita anche l'attività domiciliare: potendo essere svolta presso CdC hub e spoke, studio del MMG, nella sede dell'AFT, altri locali messi a disposizione dalle autorità sanitarie
- Orari con parametri rigidi e sottoposti a controllo burocratico, che ignorano la flessibilità dell'impegno professionale sul territorio, sia a studio sia al domicilio o con il telelavoro da casa per via di ben note variazioni settimanali e stagionali della domanda
- Ricostruire e coordinare una complessa rete orizzontale e non gerarchica di servizi socio sanitari e assistenziali, composte da una pluralità di attori professionali e organizzativi, pubblici e privati, autonomi e interdipendenti





PNRR: 40 milioni all'Asl Roma 1



Sette Centrali Operative Territoriali, 25 Case della Comunità, un Ospedale di Comunità e oltre 8 milioni di euro per grandi apparecchiature elettromedicali.

È quanto prevede il Pnrr che sarà finanziato dalla Regione Lazio con oltre 40 milioni di euro per la Asl Roma 1, che copre sei Municipi di Roma: I, II, III, XIII, XIV e XV.

Gli interventi sono stati presentati questa mattina ai presidenti dei Municipi dall'assessore alla Sanità della Regione Lazio, **Alessio D'Amato** e dal commissario straordinario dell'Asl Roma 1, **Angelo Tanese**.

Popolazione residente: 1.041 . 220

Popolazione immigrata: 156.776

MMG (897) e PLS (144) = 1041

Grazie

... e buon lavoro a voi



Dott. Paolo Antonucci