



**Aiop**  
SEDE REGIONALE LAZIO

TAVOLA ROTONDA

# **NUOVE FRONTIERE IN SANITÀ** FINITA LA PANDEMIA, L'INIZIO DELLA GESTIONE DEL PNRR



**ROMA, 6 MAGGIO 2022 - RESIDENZA D'EPOCA VILLA MIANI**





**A.I.O.P.**  
Sede Regionale Lazio

TAVOLA ROTONDA

**NUOVE FRONTIERE IN SANITÀ**  
FINITA LA PANDEMIA,  
L'INIZIO DELLA GESTIONE DEL PNRR  
ROMA, 6 MAGGIO 2022 - RESIDENZA D'EPOCA VILLA MIANI





## Introduce

Dr. Mauro Casanatta	4
<i>Direttore Generale AIOP Lazio</i>	

## Saluti

Mr. Harold (Hal) Wolf	9
<i>Presidente HIMSS e Advisor OMS sanità digitale</i>	

## Interventi

Prof.ssa Fidelia Cascini	10
<i>Università Cattolica Sacro Cuore</i>	

Dr.ssa Jessica Veronica Faroni	15
<i>Presidente AIOP Lazio</i>	

On. Paolo Barelli	19
<i>Presidente Gruppo Forza Italia Camera Deputati</i>	

Dr. Raffaele Donini	21
<i>Assessore Politiche Salute Regione Emilia Romagna</i>	

Dr. Alessio D'Amato	23
<i>Assessore Sanità Regione Lazio</i>	

Dr.ssa Alice Borghini	27
<i>Direzione Generale AGE.NA.S.</i>	

Prof. Gianni Profita	37
<i>Rettore Università UniCamillus</i>	

On. Nicola Zingaretti	42
<i>Presidente Regione Lazio</i>	

## Moderatrice

Dr.ssa Roberta Serdoz	
<i>Giornalista RAI</i>	

<b>Finita la pandemia, l'inizio della gestione del PNRR</b>	<b>45</b>
<i>di Fidelia Cascini e Andrea Gentili</i>	



## MAURO CASANATTA

Buonasera a tutti quanti voi che avete accettato di intervenire a questo nostro evento.

Come molti di voi sanno, l'Associazione Italiana Ospedalità Privata del Lazio, ogni anno organizza un evento sulle varie tematiche che riteniamo opportuno affrontare e portare poi anche all'attenzione del mondo che ruota intorno alla sanità perché noi rappresentiamo gli imprenditori del mondo sanitario.

Quest'anno abbiamo ritenuto di riprendere un argomento per il quale, a settembre dello scorso anno, avevamo fatto un convegno sul PNRR che all'epoca era stato appena approvato mentre ora iniziamo ad affrontarlo concretamente, le regioni lo stanno affrontando.

Prima di tutto mi preme ringraziare, i Direttori Generali delle ASL che sono presenti, i dirigenti della Regione e delle ASL, tutti voi che avete accettato questo invito, il mondo politico che è presente questa sera e il mondo



sindacale. Credo che sarà un argomento molto interessante, ce lo auguriamo, ma le somme le tireremo dopo e vedremo se questo sarà stato vero.

Il tema, come leggete, è: “Nuove frontiere in sanità: finita la pandemia, l’inizio della gestione del PNRR”.

Quando noi abbiamo individuato, come Comitato Esecutivo, l’argomento, tema guida di questo evento, naturalmente non si parlava di guerra ed i due argomenti centrali del dibattito erano la pandemia e il problema del PNRR che si iniziava a intravedere, questo finanziamento da parte della Comunità Europea, con l’attivazione da parte delle regioni a individuare e rendere operative le sue norme.

È chiaro che sono ancora argomenti centrali, ma se leggiamo il giornale, li troviamo dalla quindicesima pagina in poi perché le prime quattordici sono, purtroppo, assorbite dalla guerra.

Quando diciamo che è *finita la pandemia*, lo dico a me stesso, ma anche a voi che siete degli operatori, ne parlo con i due assessori che sono qui pre-



Mauro Casanatta

senti, la pandemia è finita sotto il punto di vista dell'emergenza, però purtroppo la pandemia vera non è ancora terminata.

A me preme tornare a fine gennaio 2020 quando, nel Lazio, abbiamo avuto i casi di quella coppia di cinesi. Da lì è nato tutto. Per noi era già iniziato prima, in Lombardia, ma nel Lazio tutto è iniziato attraverso quei due cinesi ed è stato un momento drammatico. Lo avevamo visto attraverso la televisione quello che stava accadendo, lo avevamo sentito, e abbiamo iniziato nel Lazio, a contrastare questa pandemia senza avere le tante informazioni che abbiamo oggi.

Devo dire che in una famosa riunione del nostro Comitato Esecutivo, all'unanimità, l'Associazione ha deciso di mettersi totalmente a disposizione dell'amministrazione regionale per supportarla e darle tutto quello che riteneva opportuno chiederci. In poco tempo, lo voglio ricordare a tutti quanti voi, abbiamo attivato 1.350 posti letto Covid al buio perché abbiamo visto che era un problema che dovevamo affrontare insieme.

Tutto questo per noi è stato più rapido. L'Assessore lo sa che mettere su dei posti letto per noi è più semplice rispetto alla gestione degli ospedali pubblici che è stata un po' più complessa, più complicata, perché noi riusciamo a modificare l'assetto di una nostra struttura più facilmente. C'è stato però questo costante dialogo con la Regione e con le ASL per cercare di dare un supporto, il migliore possibile e per tutto il 2020 siamo stati impegnati su questo problema.

Stiamo parlando di un anno e mezzo fa ma sembra che sia passato non si



sa quanto tempo perché lo abbiamo vissuto in maniera intensa per le situazioni che ci siamo trovati di fronte, che vi siete trovati di fronte, e parlo dei proprietari delle case di cura, del personale.

Stamattina con la Presidente abbiamo incontrato Mons. Paglia e gli abbiamo evidenziato un problema fondamentale che ci siamo trovati di fronte: la *situazione delle case di riposo*. In quel periodo, aprile, maggio e giugno, c'è stata una situazione di estrema difficoltà nell'assistere questi pazienti che sono arrivati presso le nostre strutture senza documenti, senza cartelle cliniche, con i parenti che chiedevano dei loro padri delle loro madri e alcuni di voi hanno dovuto fare le foto dei pazienti che avevano lì per capire se quello fosse o no il padre, fosse o no la madre.

Questo non possiamo più permettercelo, parlo dal punto di vista sociale intendo. Non voglio usare la parola *morale*, ma almeno dal punto di vista sociale, ciò non può più esistere altrimenti è una battaglia che abbiamo perso.

La colpa è di tutti e di nessuno, però questo va detto, non possiamo dimenticarcelo.

Subito dopo, i primi di gennaio del 2021, abbiamo iniziato ad essere impegnati nella somministrazione dei vaccini. Nel primo periodo sono state oltre 30 le *case di cura* che hanno somministrato vaccini a tutti gli utenti. Abbiamo iniziato con gli over 80 e poi, piano piano, siamo scesi e abbiamo cercato di fare il nostro dovere, siamo arrivati a 1 milione e 300 mila vaccini somministrati dalle case di cura dell'AIOP. I numeri che vi sto dando sono numeri che riguardano le strutture aderenti all'AIOP, e mi ricordo una cosa che mi colpì tantissimo perché poi l'Assessore ci stimolava quindi noi lavoravamo, lavoravate, dal lunedì al sabato e l'Assessore ci chiedeva: "Ma la domenica?".

Da novembre 2021 a febbraio 2022 non ci ha fatto saltare una domenica. Ci ha fatto lavorare, tutte le domeniche e lo abbiamo fatto volentieri, e mi ricordo di questa domenica in particolare, il 16 gennaio 2022, in cui 15 strutture hanno organizzato una apertura straordinaria open day, senza prenotazione, per gli adolescenti sotto i 18 anni. Vi posso dire che è stata un'esperienza bellissima; si iniziava alle 8.00 e alle 7.30 tutti avevamo tutti gli slot pieni. Scherzando con l'Assessore dissi che secondo me non erano andati neanche a dormire i ragazzi per stare alle 7.30 nelle strutture, in tutte le strutture. C'erano le file delle macchine davanti alle case di cura.

È stata un'esperienza veramente soddisfacente e mi ricordo che l'Assessore D'Amato disse: "Una straordinaria adesione all'open day adolescenti. Un grande esempio di partecipazione".

Noi l'avevamo sponsorizzata come "E' qui la festa" e veramente è stata una festa quel giorno e hanno lavorato i nostri operatori ma anche i proprietari hanno fatto un'opera meritoria.



Harold Wolf

Abbiamo ancora tanti centri Covid aperti. È finita l'emergenza ma noi abbiamo ancora dei centri Covid, lo voglio dire a me, lo dico a voi, lo dico all'Assessore: abbiamo Tiberia Hospital, Nuova Itor, Casal Palocco, Policlinico Di Liegro, Villa delle Querce, INI-Medicus e INI-Veroli.

Queste sono le strutture che ancora hanno posti letto Covid attivati proprio perché sembra che sia finita ma a quanto pare ancora no, non è ancora terminata e speriamo che quello che viene detto dell'Omicron 4, dell'Omicron 5, sia poi meno drammatico di come ci viene presentata.

Questa, in sintesi, molto stringata, è la prima parte del tema che affrontiamo questa sera. Ho cercato di fare una sintesi. Una cosa però posso dire a noi stessi: il rapporto con l'amministrazione regionale si è molto più consolidato, tanto è vero che in questo nostro evento, stasera, ci sarà il Presidente Zingaretti, adesso è presente il Presidente del Consiglio regionale, Marco Vincenzi, c'è il vice Presidente Daniele Leodori, il relatore Assessore Alessio D'Amato. Credo che siano tutti presenti e la presenza delle alte cariche dell'amministrazione regionale penso che dia anche una testimonianza a noi per il lavoro che abbiamo fatto, il lavoro che voi avete fatto, che avete compiuto. Abbiamo tanti problemi ancora davanti, però insieme si può combattere e affrontare.

Il secondo tema è il PNRR. Ne parleremo, ne parleranno loro. Presenteremo la nostra ricerca che poi pubblicheremo e sarà molto più ampia di quello che verrà detto adesso.

Posso soltanto dire che, anche qui, ci siamo messi a disposizione sul



PNRR, ma mi sembra che abbiamo trovato la porta chiusa. Noi siamo qua, siamo disponibili, vogliamo lavorare, vogliamo dare un nostro contributo. Voglio dare ora la parola a Mr. Wolf che dà un tono diverso a questo convegno. Si potrebbe dire: “Ma che c’entra con i nostri argomenti?”. Invece qualifica questo nostro convegno quindi abbiamo pensato di rubarvi cinque minuti, il tempo che lui parli. È l’advisor della sanità digitale dell’Organizzazione Mondiale della Sanità quindi stiamo parlando di un livello notevole ed è venuto da noi, alla nostra riunione, per dare questa sua testimonianza.

Invito Guida ad aiutare Mr. Wolf ad intervenire.

### **HAROLD WOLF**

Buonasera. Mi chiamo Harold Wolf e sono onorato di essere qui con voi questa sera e di avere qualche momento per parlarvi della grandissima opportunità e del grande impegno che si pone davanti a noi, intervengo per conto di HIMSS.

La pandemia sta dando segni di cedimento e mentre questo potrebbe cambiare, qui in Italia e in giro per il mondo abbiamo avuto la possibilità di imparare varie lezioni.

Il nostro sistema dati non era adeguato, il sistema ospedaliero sappiamo tutti che non è stato al passo con la crescita dei pazienti e delle loro aspettative, ha perso e sta perdendo membri di staff valorosi. Il nostro reperimento dei fondi non era abbastanza adeguato per sostenere i cambiamenti che ci servivano al momento.

Però, se i fondi dell’Unione Europea sono stati portati avanti per supportare i successi dell’Italia nel progredire per quanto riguarda la tecnologia in campo medico o sanità digitale, è forse un’occasione unica per mettere le fondamenta per una nuova generazione di sanitari e per tutti i cittadini italiani.

La sfida sarà grandissima in Italia, come d’altronde nel resto del mondo avanzato, per una disponibilità dei servizi sanitari locali, che non dipendeva dal resto del paese, e per una condivisione più grande e unitaria dei dati.

Questo cambiamento si basa su un’incrementata aspettativa, da parte dei cittadini, di ricevere i migliori servizi sanitari possibili indipendentemente da regioni e strutture. I cittadini hanno alzato le aspettative e cercano alternative per capire quando i loro bisogni non vengono considerati. Il Dottor Google infatti rimane il numero uno in giro per il mondo e dobbiamo stare al passo con i loro bisogni e, ovviamente, con le loro aspettative. Dobbiamo soddisfare queste aspettative ed aggiungere un nuovo strato di sanità sotto forma di Ospedali di Comunità mentre riformuliamo i nostri vecchi sistemi e aggiungiamo EMR, cartelle elettroniche, e altre meto-

dologie di gestione dei dati per migliorare la sanità dei nostri cittadini. Questo di cui stiamo parlando è un enorme cambiamento. Aumentare Ospedali di Comunità, di per sé, cambierà le diverse forme di accesso alla sanità che sono cresciute nel tempo. Richiederà uno scambio di cartelle cliniche di pazienti e informazioni con modalità transazionale. Ma voi siete, per molti versi, in una posizione invidiabile, infatti, le risorse di interoperabilità, modelli di gestione dei dati sanitari, tassonomia e governance dello scambio e archiviazione sicura dei dati, non sono mai stati così avanzati e possono essere guidati e misurati da standard internazionali. Per farla breve, i successi e gli errori di quelli prima di noi, possono guidarci ad arrivare a un successo migliore rispetto a chi si è confrontato con queste stesse problematiche. Di nuovo grazie e “tutte le strade portano a Roma”.

### **MAURO CASANATTA**

Mi auguro che questo contributo, che troverete poi nella nostra pubblicazione, possa nel futuro aiutarci perché credo che Mr. Wolf collaborerà e darà il suo supporto anche ad AGE.NA.S. quindi è importante per noi ed è stato importante averlo ascoltarlo perché ci permette di crescere un po' tutti quanti.

Darei subito la parola alla Prof.ssa Fidelia Cascini che presenterà uno stralcio della nostra ricerca.

È una ricerca a cui, come tutte le ricerche che commissioniamo, noi diamo il titolo ma che non riusciamo a scrivere: quindi quello che la Prof.ssa Cascini dell'Università Cattolica del Sacro Cuore ha scritto, è comunque un argomento di discussione per voi, questo sì.

Dirà cose conformi a come noi la pensiamo? Non lo so, ascoltiamola.

### **FIDELIA CASCINI**

Intanto vorrei ringraziare AIOP Lazio, la Presidente e il Direttore, per l'opportunità di fare questa riflessione. Una riflessione che nasce da uno studio, un approfondimento sul PNRR, che è bello fare perché ci permette di conoscere le opportunità ma è molto più bello da condividere, soprattutto in un momento delicato come questo, dove tante cose stanno cambiando e ci dobbiamo preparare a vedere quali saranno i frutti del futuro e in che modo approcciare alle criticità.

Diciamo che quanto vedremo insieme in questi pochi minuti, è solo un estratto di uno studio più ampio che riguarda le riforme del PNRR della Missione 6 Salute, che possono avere un maggior impatto sulle strutture sanitarie, soprattutto del comparto della sanità privata.

Quali sono le nuove articolazioni a cui, in qualche modo, dovremo far fronte? Cominciamo dalla fine.



Fidelia Cascini

L'obiettivo che ci aspettiamo di raggiungere, il traguardo, sono i risultati che riguarderanno tutta la comunità, soprattutto la comunità del decisore politico oltre che dell'imprenditore, dell'operatore sanitario e delle aziende sanitarie; quindi, una pianificazione del servizio e un'assegnazione di budget per produrre salute e per migliorare la condizione di tutti noi. Ma, per arrivare a questo, abbiamo bisogno di mettere in campo strumenti abilitanti che ci permettano di inquadrare tutti gli elementi del problema e di fare un'analisi.

È su questo che, stasera in particolare, ci concentreremo perché lo studio e l'approfondimento che abbiamo fatto, che mi è stato chiesto, era proprio di andare ad evidenziare possibili criticità del PNRR salute con le quali dovremo fare i conti nel prossimo futuro.

Vediamo allora qual è il problema e come si caratterizza.

Abbiamo una serie di interrogativi. Cominciamo da quelli che riguardano i nuovi posti letto previsti per gli Ospedali di Comunità: 20 posti letto, per l'esattezza da 20 a 40 per 100.000 abitanti. Ma ci chiediamo: quali saranno le prestazioni erogate in questi Ospedali di Comunità? Su questo ancora ci sono dei dubbi, delle incertezze. Non è stato ancora chiarito.

Pensiamo poi al budget di mantenimento degli Ospedali di Comunità. Quale e quanto budget di personale e strumentazione ci vorrà per sostenere l'investimento fatto sui posti letto?

Ma andiamo avanti. Pensiamo anche alla localizzazione: dove saranno ubicati questi Ospedali di Comunità rispetto ai bisogni della popolazione



e ad altre strutture che fanno già parte della rete sanitaria e presenti nelle vicinanze?

Tra gli obiettivi del PNRR ci sono poi quelli legati ai ricoveri in Pronto Soccorso, e ci chiediamo se sarà raggiungibile l'obiettivo che il PNRR si pone rispetto ai traguardi per i quali è stata concepita la trasformazione verso gli Ospedali di Comunità.

Pensiamo poi alle prestazioni: quali e con che tariffa giornaliera? E anche - non da ultimo - al personale: i medici di medicina generale, che dovranno un po' catalizzare tutta la situazione degli Ospedali di Comunità, sono disponibili a farlo? E gli infermieri? Ci sono? Dato che sono strutture prevalentemente a gestione infermieristica ...

Questi sono alcuni interrogativi che adesso possiamo vedere con un po' più di dettaglio.

Il focus è la sostenibilità nel futuro del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Per esempio, l'obiettivo del Pronto Soccorso è raggiungere una riduzione dei ricoveri inappropriati, ossia ridurre il 60% dei codici verdi e il 90% dei codici bianchi perché non esitino in un ricovero.

Ma gli Ospedali di Comunità soddisferanno questo obiettivo ambizio-



so? Quello che possiamo vedere oggi è l'esperienza di una regione che sta un po' più avanti rispetto alle altre, e che per dieci anni ha studiato quello che gli Ospedali di Comunità e le Case di Comunità hanno dato in termini di risultati nel ridurre i ricoveri inappropriati in Pronto Soccorso. Abbiamo visto che il livello massimo raggiunto è del 26%.

Ci chiediamo quindi se riusciremo a raggiungere quello del 60% e del 90%. C'è poi l'aspetto del costo medio della degenza ospedaliera: è previsto un costo medio della degenza giornaliera in Ospedale di Comunità, di 106 euro die, ma se poi andiamo a vedere le esperienze maturate negli anni in studi già pubblicati, fatti e rivolti agli Ospedali di Comunità, ci rendiamo conto che in effetti servirebbe qualcosa in più, e cioè 132 euro al giorno. C'è quindi una differenza che chiediamo in che modo possa essere colmata se corrisponderanno le tipologie di ricovero.

Pensiamo poi alle risorse umane che sono il nostro problema di oggi ma che, in futuro, sarà nettamente peggiore. Le risorse umane che devono essere impiegate per assistere i pazienti è una voce che non è inclusa nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. I costi previsti a partire dal 2027 saranno quindi 1,9 miliardi di euro per tutto il PNRR. Quelli recuperabili da tutti gli investimenti, e quindi dalle trasformazioni utili per risparmiare, ad esempio, sui ricoveri inappropriati di Pronto Soccorso, saranno di 1,36 miliardi di euro. E la quota parte che manca, dove si prenderà?

C'è poi la questione del tipo di personale: i medici di medicina generale saranno disponibili ad accettare di guidare gli indirizzi degli Ospedali di Comunità? E gli infermieri saranno in quantità sufficiente?

Non sappiamo.

Vediamo la Regione Lazio. Se andiamo a fare un focus sulla sostenibilità delle risorse umane nella Regione Lazio, ci accorgiamo che nel 2027 sarà necessario strutturare 576 unità di personale sanitario, di cui 36 medici, 324 infermieri e 216 OSS.

Il costo annuale da sostenere quindi dal 2027 in poi, per i soli stipendi del personale, sarà di 27 milioni di euro per la Regione Lazio.

Ce la faremo?

Andiamo a vedere gli indicatori. Se vediamo gli indicatori di monitoraggio previsti nel PNRR, ci chiediamo: saranno abbastanza informativi sul funzionamento delle Case di Comunità e sulla loro efficienza e sulla qualità delle cure erogate? Se andiamo a vedere quelli previsti, bisognerà integrarli perché il tasso di ricovero della popolazione maggiore di 75 anni, minore di 14 anni, la ri-ospedalizzazione a 90 giorni e tutti gli altri che vedete, non tutti sono necessari per rispondere ai quesiti di funzionamento, efficienza e qualità delle cure. Avremo quindi bisogno di integrare informazioni per monitorare se effettivamente gli ospedali funzionano.

Con questo ho concluso l'analisi generale dei dubbi e dei problemi che



Roberta Serdoz

potrebbero sorgere. Cosa dobbiamo fare? In qualche modo, cercare di inquadrare quegli elementi, quegli strumenti per approssicare il problema. Bisognerà cominciare da una mappatura della domanda di salute sul territorio regionale, ad esempio. Fare una stima dell'offerta sanitaria esistente, sia pubblica che privata, e sulla sua distribuzione regionale per evitare sovrapposizioni e favorire una corretta integrazione di tutta la rete sanitaria. Individuare prestazioni erogabili e da erogare presso gli Ospedali di Comunità tenendo conto dei precedenti due punti e quindi della domanda di salute e di quello che c'è già. In più, fare una stima dei costi unitari reali.

Questo è tutto quello che, in qualche modo, sarà a capo del decisore politico, che avrà un ruolo determinante e sarà chiamato, nel suo percorso, e alla fine di questo percorso di investimento di ripresa e resilienza previsto nel Piano, a dimostrare di aver gestito bene l'investimento, di mettersi nelle condizioni di riprendere il sistema sanitario (ci sono stati dati i soldi apposta!), di essere in grado di restituire anche una parte di questi soldi che non sono dati a fondo perduto, come tutti sappiamo, e in più a rendere il sistema sostenibile per il futuro.

Credo siamo tutti pronti ad aiutare il decisore politico in questo percorso che sarà fondamentale nei prossimi anni, prima che il PNRR diventi qualcosa di consolidato nella nostra pratica sanitaria.

Con questo vi ringrazio dell'attenzione e sono a disposizione per domande.



### **ROBERTA SERDOZ**

Buonasera, tra poco cominceremo questo confronto con dei validissimi esponenti ma, prima di iniziare, credo che sia opportuno sentire le parole della Presidente di AIOP Lazio, Jessica Faroni.

### **JESSICA FARONI**

Buonasera e grazie. Eccoci di nuovo qui a parlare di PNRR. A settembre era un'idea, oggi è una realtà. Ringrazio la Prof.ssa Cascini per il lavoro svolto che fa sorgere tanti dubbi e tanti quesiti.

È il PNRR la risposta al potenziamento della capacità di questo sistema sanitario nazionale a dare più cura, a dare prevenzione?

Dai dati non sembra.

Noi siamo l'AIOP, l'Associazione Italiana Ospedalità Privata. Come ha detto il Direttore siamo stati elogiati per quello che abbiamo fatto durante la pandemia. È un dovere, è doveroso. Siamo prima di tutto al servizio del pubblico, della salute. Altrettanto velocemente siamo stati abbandonati quando si trattava di parlare di PNRR, come non esistessimo.

Le domande che sorgono spontanee sono queste, ve le ho riassunte qui e serviranno per tenere un po' il filo del discorso.

Tanti soldi verranno spesi, soldi per ristrutturare caserme, l'ACEA: roba che ha dei costi mostruosi. Noi che facciamo gli imprenditori sappiamo cosa significa convertire un posto non sanitario in sanitario, trovare il personale. Il Magnifico Rettore mi saprà dire quanto manca il personale e



quanto abbiamo faticato a trovare personale medico, paramedico e infermieri durante la pandemia. C'è stata gente che ha lavorato incessantemente giorno e notte e che ringrazio.

La prima domanda quindi è: ma non potevamo utilizzare quello che già c'era? Le RSA per esempio e aumentare la loro capacità di dare assistenza. Come? Con l'ADI, l'assistenza domiciliare, con l'ex art. 26, con la telemedicina, senza spendere tutti questi soldi. Questa mattina, come ha accennato il Direttore, abbiamo avuto un incontro con Mons. Paglia che sapete essere il redattore del nuovo DDL per l'assistenza degli anziani. Mons. Paglia è un fautore del mettere questi Ospedali di Comunità nelle RSA e ci ha rassicurati dicendoci che l'AGE.NA.S. è perfettamente d'accordo con questo e che verremo coinvolti. Mi permetto di dire che l'AGE.NA.S. a noi ha chiuso completamente le porte dicendo che è solo per il pubblico e non per il privato. Questa sera quindi sono contenta di avere qui un esponente per cercare di capire anch'io qualcosa per poter dare ai miei associati delle risposte un po' più chiare. La seconda domanda, che mi preoccupa altrettanto, è: chi va in questi Ospedali di Comunità? Innanzitutto il PNRR è stato fatto basandosi su Ospedali di Comunità della Regione Emilia Romagna, dove però il personale non è costituito da 15 infermieri e un medico di base che va ogni tanto. Ha assolutamente una sua realtà, cioè quella della riabilitazione.

Professor Santilli, che non ha bisogno di presentazione, la riabilitazione è una cosa seria. È pericoloso. Non si può mandare un paziente operato



d'anca o di protesi di ginocchio così. Mandereste i vostri genitori? Io no. Il problema medico legale? Io sono un medico, se il paziente sta bene lo dimetto, lo mando a casa; se il paziente non sta bene e deve essere riabilitato, lo mando in riabilitazione; se ha bisogno di cure, lo mando in lungodegenza, dove c'è un'assistenza medica per 60 giorni; se, per esempio per le ferite, ha bisogno di cure a casa, mando il domiciliare.

Mi sfugge quindi qual è l'obiettivo della Casa di Comunità, tant'è che quel dato che ho letto con molta attenzione, del 26% che dovrebbe scaricare dai Pronto Soccorso il 90-60% e arriva a mala pena al 26% con ospedali peraltro fatti bene in Emilia Romagna, lascia riflettere.

Ma per abbattere il problema dei Pronto Soccorso, non si è mai pensato a fare una cosa semplice: l'elezione. Si parla solo di emergenza e non di elezione. Ma ci si è posti il problema che se un paziente ha un dolore al ginocchio o all'anca, se fa una protesi in elezione probabilmente non cadrà, non farà una frattura del femore con il rischio di vita se non viene operato a 24 ore? Evidentemente, no. La terza domanda: perché non snelliamo i percorsi? I Pronto Soccorso sono pieni, ne abbiamo parlato tante volte Assessore, non riusciamo a snellire il percorso dai Pronto Soccorso, dagli Acuti alle RSA. Ci sono dei nuclei di valutazione, bloccati, che tengono il paziente 25 giorni in Acuti dove, effettivamente non dovrebbe stare. Ma troviamo un sistema intermedio! Noi l'abbiamo proposto in tanti modi, troviamo una tariffa intermedia senza andare a costruire mega strutture. Basterebbe semplicemente non morire di burocrazia.

I costi di questa roba sono alti. Abbiamo visto che sono stati previsti tanti soldi per costruire qualcosa che costerà molto di più di 320 mila euro per comprare le apparecchiature. Siamo tutti imprenditori, alzo le mani. Che cosa vogliamo comprare con 324 mila euro e come vogliamo mantenere 40 letti con 15 infermieri?

I costi di mantenimento saranno alti. Ma dove ricadranno? Sui bilanci regionali? Domanda. Tutte le regioni quindi andranno in piano di rientro? Così sembra.

Da medico sono preoccupata per la superficialità con cui sono stati trattati questi trasferimenti; da imprenditore, non laureato alla Bocconi perché sono laureata in Medicina alla Sapienza, non riesco a capire quale legge economica può sottendere tutto ciò, visto che noi produciamo 20 e spendiamo 5. Non lo so. E facendo un po' di demagogia, e di demagogia sapete che quando si parla di sanità privata e pubblica ne viene fatta tanta al bisogno, chi pagherà questo PNRR? I nostri figli?

### **ROBERTA SERDOZ**

Credo che con le parole della Presidente dell'AIOP, siamo entrati nel vivo di quello che sarà il tema di questa sera.



Il mio compito, da giornalista, è di fare domande che ci aiuteranno a capire e conoscere meglio il percorso verso il PNRR. Vi presento gli ospiti a cominciare dal Magnifico Rettore Prof. Gianni Profita dell'Università Uni-Camillus, l'Assessore alle Politiche alla Salute dell'Emilia Romagna il Dr. Raffaele Donini, la Presidente che conoscete, così come conoscete il nostro Assessore alla Regione Lazio Alessio D'Amato. Vi presento anche l'On. Paolo Barelli Presidente del Gruppo di Forza Italia alla Camera dei Deputati e la Dr.ssa Alice Borghini Organizzazione modelli sanitari territoriali, UOC Monitoraggio, LEA, SSR e Aziende sanitarie - AGE.NA.S., con lei dovremo sciogliere diversi nodi ed è un compito abbastanza difficile. Proverò ad essere molto sintetica anche perché vedo che il tempo è già diventato tiranno. Cercherò di far emergere le potenzialità e le criticità in questo momento molto particolare.

Permettetemi però di ringraziare l'AIOP Lazio e la Presidente per avermi dato la possibilità di moderare questo dibattito e il Direttore Casanatta che ha dato l'avvio ai lavori. Partiamo da un fatto che non dobbiamo mai dimenticare, nel Lazio sono arrivati i primi due pazienti affetti da Covid. La nostra è stata la prima regione che si è confrontata apertamente con il Coronavirus, la prima in assoluto. Il virus, poi, ha travolto la Lombardia un attimo dopo, ma i primi due casi arrivarono proprio qui da noi.

Ricordiamoci che la pandemia ha di fatto modificato un sistema, ricordiamoci quello che la nostra regione ha fatto, quello che ha messo a frutto nell'emergenza e quali sono state le criticità emergenziali.

Mi preme dirlo: esiste un pre-pandemia e un post-pandemia quantomeno se parliamo di quella che è stata definita da tutti la fase emergenziale. La prossima partita però, è quella che si giocherà sul campo del post, del futuro, ce lo dice bene il titolo di questo dibattito. Non basterà un pareggio perché il PNRR, che è la parola che forse è stata più usata e più abusata in questi mesi, è una grandissima sfida ma rischia anche di diventare un boomerang perché sono tanti soldi che, se spesi bene non peseranno sul nostro futuro. Ma c'è un ma. Se questi fondi, invece, verranno gestiti e spesi male, sul futuro nostro e dei nostri figli calerebbe un'ipoteca che porterebbe al baratro. Le frontiere della sanità, come dice il titolo, *Nuove frontiere in sanità*, saranno nuove se questi soldi saremo in grado di gestirli. La Missione 6. Ne avete parlato. Non mi vorrei soffermare su cose che voi addetti ai lavori conoscete molto meglio di me.

Partiamo dalla relazione della Prof.ssa Cascini che ha fotografato con molta chiarezza le caratteristiche, le criticità e i costi. Questo è un piano di investimenti davvero molto ambizioso, messo a punto dall'Unione Europea. La prima domanda che vorrei fare molto veloce e con risposte rapidissime e secche: è più una sfida o una scommessa?

Parto da lei, Onorevole Barelli.



### PAOLO BARELLI

Grazie a tutti e un ringraziamento particolare alla Dr.ssa Faroni che stimo e apprezzo per la sua attività. Ovviamente saluto i tanti amici che vedo in sala e che sono operatori in un ambito molto delicato come la sanità.

Per essere molto franco e rapido, credo che innanzitutto occorre sfatare una problematica che, seppur in maniera attenuata, probabilmente rimane sul tavolo: la sinergia tra sanità pubblica e sanità privata, che dal punto di vista costituzionale, è anche un connubio da valorizzare.

Anche se mi accorgo che, negli anni, alcuni ambiti politici hanno attenuato alcune tensioni che addirittura rappresentavano un contrasto. Credo che debbano essere ulteriormente trovate quelle formule di collaborazione chiara e legittima come peraltro accade in tutto il mondo evoluto o emancipato.

Questo è un problema che probabilmente ancora si può vedere e valutare nell'ambito della stesura del PNRR, che è stato adesso presentato, stabilendo dove si deve accavallare, dove non deve essere in contrasto, dove deve essere un elemento di valorizzazione sinergica, anche per colmare alcune lacune che, nell'ambito del nostro paese, ha manifestato anche delle punte di criticità e di crisi che si sono valutate attentamente nell'ambito del grande dramma e delle problematiche generate dalla pandemia.

Sul PNRR. È stato già detto da Mauro Casanatta nel suo intervento che il PNRR nasce in un momento di crisi del sistema socio-economico dell'Europa, non solo del nostro paese ovviamente, e che ha dato il via a questa



disponibilità finanziaria da parte dell'Europa per poter superare la crisi con investimenti che potessero modernizzare e valorizzare il funzionamento dei paesi, specialmente oserei dire, quelli del sud-Europa. Da allora ne sono venute un altro paio di pandemie: la crisi energetica, la crisi delle materie prime, e poi la guerra.

Non è un discorso partitico, ma credo che questo ragionamento dovrebbe stare a cuore a tutti i partiti politici, quello che il PNRR come era stato congegnato, come era stato valutato, probabilmente non è attuale per i nuovi problemi che abbiamo di fronte. Per questo, oltre a richiedere un ulteriore sforzo da parte dell'Unione Europea per riparare i danni di queste successive crisi, crediamo che debba essere, lo stiamo dicendo da diverso tempo, anche rivalutato nei tempi che la Unione Europea vorrà permettere di attendere, perché ci sono dei paletti molto rigidi.

Termino per dire che è chiaro che degli investimenti che poi non possono essere supportati dalla certezza del sostegno economico della loro gestione perché mi sembra che il quadro che è stato fatto sia molto chiaro, debbano essere rivisti, al di là della sinergia. Questo è il mio parere.

### **ROBERTA SERDOZ**

Però non mi ha risposto. Sfida o scommessa? Più scommessa a questo punto dalle sue parole.

### **PAOLO BARELLI**

Penso che noi non dobbiamo andare avanti a scommesse altrimenti non arriviamo mai a dama. Sono sfide che vanno affrontate seriamente e poi vinte nell'interesse dei cittadini. Deve essere una sfida da vincere.



### **ROBERTA SERDOZ**

Donini, lei è stato citato nello studio fatto dalla Professoressa Cascini. Lei l'esperienza l'ha già fatta sul territorio. Come la valuta?

### **RAFFAELE DONINI**

Penso che non esista un modello perfetto o che non ci sia un modello suscettibile di miglioramenti. Certamente, in questi anni, l'Emilia-Romagna ha investito sulla sanità territoriale. Accanto al 26% di diminuzione, intercettazione, drenaggio degli accessi impropri al Pronto Soccorso da parte degli OSCO - e vorrei ricordare che ne abbiamo 23 in Emilia-Romagna e che con gli interventi previsti dal PNRR arriveremo a 68 - dobbiamo aggiungere anche il 13% prodotto dalle Case della Salute, quelle che con il PNRR sono identificate come Case della Comunità. In Italia ce ne sono poco più di 500, di cui 130 in Emilia-Romagna, a testimonianza di indirizzi di politiche di sanità territoriali già ben delineati da tempo. Con il PNRR, inoltre, arriveremo ad averne 170.

Sicuramente un'attenzione alla sanità territoriale l'abbiamo avuta, quindi. E le risposte, ancorché parziali, ci sono state. Certamente oggi ci sono alcune incognite e io sinteticamente vorrei illustrarne alcune.

La prima: non ho sentito parlare del Fondo Sanitario Nazionale, ma questo tema noi l'abbiamo posto più volte. È necessario far sì che la sanità possa avere un Fondo Sanitario Nazionale adeguato a quelle che sono le proiezioni di spesa che, per esempio - non tanto il PNRR che è un piano



strutturale - ma il DM 71 approvato di recente, mette con gli standard di qualità. Questa è la prima cosa. Secondo: il PNRR, che basa molto della sua focalizzazione sulla sanità territoriale, non può prescindere da una riforma della medicina di base, della medicina generale. Faccio l'esempio dell'Emilia-Romagna: noi, come detto, abbiamo molte Case della Salute. In alcune ci sono dei medici di medicina generale, e le strutture funzionano bene. Ci sono però anche Case della Salute in cui non ci sono i medici di medicina generale e questo, naturalmente, rende più difficile intercettare il bisogno di salute della comunità.

Il tema è determinante, quindi, e anche per questo motivo stiamo lavorando su ipotesi di un'attività aggiuntiva per i medici di medicina generale, elemento che dovrebbe essere il preludio della bozza di riforma dei medici di medicina generale che il ministero sta discutendo.

C'è lo psicologo di comunità, per venire ad un'altra figura importante, su cui abbiamo anche fatto una delibera. Non è, quindi, lo psicologo di base, ma è un collegamento fra i servizi di secondo livello e l'immediata percezione del bisogno.

Ancora, abbiamo la rete assistenziale con gli infermieri di comunità; abbiamo gli ambulatori e adesso stiamo facendo un progetto che può coinvolgere anche professionisti non tutti pubblici, che sono un elemento importante per l'integrazione ospedale-territorio.

O le cose si fanno come si deve, oppure il PNRR sarà soltanto un piano edilizio e, se fosse così, sarebbe disattesa questa grande aspettativa che abbiamo tutti.

Noi vorremmo che lo Stato si facesse carico di esprimere un principio fondamentale che chiedono tutte le regioni indipendentemente dal colore politico: che tutto ciò che abbiamo speso in questi anni per il Covid non sia a carico del bilancio regionale, altrimenti in piano di rientro ci andiamo tutte, chi nel 2022, chi nel 2023.

Non solo: il governo si faccia carico di un Fondo Sanitario Nazionale che sia adeguato, perché il DEF non dice questa cosa, anzi, dice che torna a scendere. Ma questo non va bene. Si abbia il coraggio di dire che i soldi per la sanità non ci sono e che dobbiamo rivedere tutto. A quel punto si mettono in campo le sinergie più utili.

Dobbiamo capire che il PNRR non può essere un piano edilizio, deve essere necessariamente accompagnato da delle risorse che ad oggi, non ci sono o perlomeno non sono stanziati. Se lo Stato dovesse fare questa scelta, noi siamo i primi ad essere felici sapendo comunque che la domanda non sarà mai acccontentata al 100%. In tal senso, la collaborazione pubblico-privato è una collaborazione che in Emilia-Romagna abbiamo, abbiamo avuto e continueremo ad avere, anche in considerazione delle sfide che ci pone dinanzi la salute dei cittadini.



Alessio d'Amato

### **ROBERTA SERDOZ**

Ha tirato fuori altri temi ancora più sostanziosi e cercheremo di affrontarli tutti. Alessio D'Amato, sembra quasi che questo PNRR, più che un aiuto, appaia sempre più come un salto nel buio?

### **ALESSIO D'AMATO**

Intanto desidero ringraziare il Presidente Jessica Faroni, AIOP e tutte le strutture associate per lo straordinario contributo durante la pandemia. Se il Lazio è stato anche definito un modello, è perché abbiamo lavorato assieme. Questo è un elemento molto importante e questa integrazione deve essere mantenuta anche nel futuro. Questo è un punto di fondo imprescindibile.

Il Covid ci insegna che dobbiamo lavorare in maniera trasversale e anche alcune logiche, che ricordava pocanzi Raffaele, su cui per anni è stato costruito il Sistema Sanitario Nazionale ovvero quello di canne d'organo, tetti, vincoli invalicabili, debbono essere necessariamente riviste.

Amo sempre pensare in positivo e lo faccio anche in questa serata. Il PNRR, Missione 6, nasce in una cornice molto vincolata. Binari che erano già stati preordinati in cui l'ambito regionale ha solo inserito sui binari il treno e ci ha messo i vagoni successivi, ma gli standard sono stati già prefissati.

Il 30 dicembre abbiamo approvato tre delibere per un ammontare complessivo di 670 milioni, facendo anche delle scelte di utilizzo di patrimo-



nio pubblico dismesso e su quello stiamo andando avanti. Qui voglio essere chiaro su tre questioni. Primo: abbiamo bisogno necessariamente di adeguare il Fondo sanitario alle sfide che abbiamo di fronte. È vero quello che veniva ricordato, che il DEF prevede un decremento dello 0,6 e questo non è un segnale positivo, va recuperato, anche perché il nostro livello di finanziamento, rispetto ad alcuni competitor, è più basso di almeno 1,5 punti di PIL se ci riferiamo a Francia e Germania.

Questa cosa deve essere recuperata anche perché il previsto incremento, 124, 126, 128, di valore assoluto non in termini percentuali, nei prossimi tre anni, si scontra con alcune questioni che nel frattempo sono emerse e venivano ricordate: l'aumento delle materie prime, dei costi energetici, l'aumento dell'inflazione, i contratti, il rinnovo contrattuale, che sta a carico dei fondi, e il fatto che lo Stato non ha ancora rimborsato pienamente i costi Covid. Questo è un primo elemento importante.

Secondo: dobbiamo fare fronte comune sulla formazione.

A breve avremo grandi difficoltà a reperire infermieri, le avremo tutti. Questo è un tema molto importante. In un arco temporale molto breve, dobbiamo capire come facciamo a sopperire a queste carenze oltre a carenze di alcune specializzazioni mediche su cui sono stati fatti dei passi in avanti.

Terzo: penso che, anche alle condizioni attuali, ci siano degli spazi importanti per lavorare in sinergia. Alcuni di questi spazi venivano ricordati dalle domande che poneva la Presidente Faroni, io mi permetto di ricordarli. Il primo, almeno per quanto riguarda il nostro sistema, è che dobbiamo, nei prossimi anni, reclutare almeno 100 mila utenti over 65 in più di quelli attuali nell'Assistenza Domiciliare Integrata. Abbiamo un gap



importante che dobbiamo soddisfare: 100 mila, non sono pochi. Su questo, assieme, abbiamo fatto un percorso anche importante a livello nazionale, che è quello di decidere l'accreditamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata per cui uscire fuori dalla logica delle gare, che comunque comportavano dei livelli di difficoltà, e passare al livello dell'accREDITAMENTO. Credo che questo sia un elemento molto importante.

Il secondo elemento, veniva ricordato, è quello delle RSA. Penso che ci siano margini, dobbiamo anche superare quelle difficoltà burocratiche per migliorare anche lì, i livelli di presa in carico nel minor tempo possibile, anche con i Nuclei di valutazione. Perché vi dico che ci sono margini? Perché avremo una piramide dell'età che sarà sempre più grande per quanto riguarda gli over 65, avremo un invecchiamento della popolazione che determinerà un fabbisogno, per questa fascia di età, sempre maggiore. Il terzo punto è quello che riguarda la digitalizzazione, la telemedicina. Anche questo è un settore, alle condizioni attuali, che può essere di forte impulso anche al mondo della sanità accreditata, al mondo della sanità privata. Fermo restando le difficoltà che ricordava Raffaele Donini, accanto a questo voglio guardare anche alcuni elementi positivi che possono essere messi a terra subito.

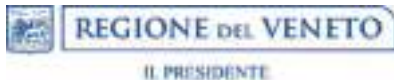
### ROBERTA SERDOZ

Doveva essere presente anche il Governatore del Veneto Luca Zaia che però ha mandato una lettera. Ve ne leggo alcuni stralci, non ripeto le cose che sono condivisibili da tutti gli assessori.

Il Presidente Zaia dice: "Il Veneto, fra i progetti presentati proprio per il PNRR, ha quello relativo all'ospedale sicuro e sostenibile per la realizzazione di 99 Case di Comunità, 49 Centrali Operative Territoriali e 30 Ospedali di Comunità diffusi sui territori delle nostre aziende socio sanitarie. In questo modo si potenzia la sanità territoriale attraverso il riordino delle reti di prossimità, confermando e ampliando la nostra politica di sostegno alle famiglie e a ogni fragilità, cioè la presa in carico di pazienti con queste strutture dotate di team multidisciplinari, di medici specialisti, infermieri e assistenti sociali".

Perché ho letto solo questo passaggio? Perché, di fatto, quello che prevedono gli *Ospedali di Comunità* è solo l'utilizzo di infermieri.

E vengo ad AGE.NA.S., alla Dr.ssa Borghini che ha un compito davvero difficile oggi. Intanto sulla sollecitazione, anche dell'Assessore D'Amato. Ci sono margini per questi accreditamenti? Quali sono gli strumenti prioritari che bisogna mettere in campo per rispondere a queste nuove esigenze, queste nuove necessità che sono aumentate, anche a causa della guerra che non possiamo dimenticare? In questa gabbia del PNRR ci si potrà muovere o è come i binari di cui parlava D'Amato?



Venezia, 4 maggio 2022

Gentile Presidente Faroni,

nel ringraziarLa per il cortese invito, come già anticipato dalla mia segreteria, purtroppo non potrò partecipare al convegno "Nuove frontiere in sanità. Finita la pandemia", a causa di concomitanti impegni istituzionali.

Due anni di pandemia hanno certamente imposto delle riflessioni sul sistema sanitario e con il PNRR la possibilità di nuove prospettive proprio nell'ambito "Sanità e Sociale".

Il Veneto, fra i progetti presentati proprio per il PNRR, abbiamo quello relativo all'Ospedale sicuro e sostenibile con la realizzazione di 99 Case di comunità e 49 centrali operative territoriali e 30 ospedali di comunità diffusi sui territori delle nostre aziende socio-sanitarie.

In questo modo si potenzia la sanità territoriale attraverso il riordino delle reti di prossimità, confermando e ampliando la nostra politica di sostegno alle famiglie e a ogni fragilità, cioè della presa in carico dei pazienti con queste strutture, dotate di team multidisciplinari di medici specialisti, infermieri e assistenti sociali.

Non bisogna dimenticare che in questo contesto anche la sanità privata-convenzionata ricopre un ruolo importante per tenere elevati gli standard dei servizi sanitari offerti, dimostrando che pubblico e privato sanno fare squadra e integrarsi al meglio nell'interesse dei pazienti.

Il nostro è, infatti, un modello di integrazione socio-sanitaria, una best practice che valorizza le specificità delle strutture sanitarie, perché lo scopo primario è garantire la salute e con essa l'umanizzazione delle cure, ciò che oggi è chiamato patient journey.

Nell'augurare buon lavoro ai relatori, desidero rivolgere i miei più cordiali saluti a tutti i presenti.

dott. Luca Zaia

^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^  
Gent.ma Signora  
dott.ssa Jessica Veronica Faroni  
Presidente AIOP Lazio

e-mail: [aioplazio@aioplazio.it](mailto:aioplazio@aioplazio.it)



Alice Borghini

### ALICE BORGHINI

Innanzitutto grazie per l'invito e vi porto i saluti del Dr. Mantoan che purtroppo non ha potuto essere qua oggi.

Il PNRR, come si diceva, è un dispositivo, così come è chiamato in gergo tecnico a livello europeo, che ha delle regole e che risponde alle regole delle progettualità europee. È anche vero però che, a differenza di altri finanziamenti europei, risponde ad obiettivi quindi l'Italia sarà valutata sul raggiungimento dei famosi *milestone e target*.

Se da un lato questa rigidità permette solo il finanziamento della ristrutturazione o della realizzazione di nuove strutture da parte di soggetti pubblici, è anche vero che, nel caso dell'assistenza domiciliare è un finanziamento che viene dato alla regione che poi ne potrà disporre finalizzando nel raggiungimento dell'obiettivo quindi anche attraverso l'utilizzo di strutture accreditate che erogano assistenza domiciliare.

L'accreditamento dell'assistenza domiciliare non è una novità del PNRR, ma è un'intesa Stato-Regioni che è stata approvata nei mesi scorsi. In questo senso questa è un'apertura, non è una rigidità.

È ovvio che lo strumento del PNRR nasce nel momento post-Covid quindi la decisione di potenziare l'assistenza territoriale deriva anche dal fatto che è stato uno dei punti di debolezza durante la pandemia.

Io la vedo come un'opportunità, sinceramente.

D'altra parte è anche una sfida perché noi, il ministero e le regioni stiamo



tutti lavorando affinché si raggiungano, già ora, le prime *milestone e target*: dall'approvazione della riforma alla firma dei contratti istituzionali di sviluppo con le regioni e si sta lavorando in maniera serrata ma anche sinergica. Su questo, secondo me, si sta andando nella direzione giusta.

Per quanto riguarda tutti i temi di sostenibilità, sono stati fatti numerosi studi per dimostrare la sostenibilità della riforma. Se da un lato è stato stimato che serviranno circa 20 mila infermieri, almeno per il mantenimento e la messa in azione di tutte queste nuove strutture nel 2026, dal punto di vista finanziario c'è già stata, a mio avviso, una forte volontà da parte della politica di stanziare dei fondi ad hoc proprio per l'assistenza domiciliare.

Infatti il comma 234 dell'ultima legge di bilancio stanziava, dedicando questi fondi al personale dell'assistenza territoriale, oltre 1 miliardo. Sicuramente c'è tanto lavoro da fare, sicuramente c'è da lavorare ancora molto per tutti gli aspetti del PNRR, ma ci sono già le risorse almeno dal punto di vista finanziario per sostenere questo personale all'attivazione, alla fine del PNRR.



### **ROBERTA SERDOZ**

Ci convince la Dottoressa Borghini, però voglio chiederle una cosa. A questo punto, questi margini ci possono essere nella trattativa delle regioni? Perché mettere in piedi nuove strutture? Con il taglio negli ultimi anni di posti letto c'era già la disponibilità, per esempio, nelle case di cura private, negli stessi ospedali, di vecchie strutture che, magari, ristrutturandole sarebbero costate anche meno?

### **ALICE BORGHINI**

L'Europa non ci dice di costruire ex novo necessariamente, tant'è che la maggior parte delle strutture sono da ristrutturazione.

### **ROBERTA SERDOZ**

Però sono caserme.

### **ALICE BORGHINI**

No, non è detto. Ci saranno anche caserme a livello regionale, non lo metto in dubbio, ma ci sono anche strutture che sono già strutture territoriali. Non c'è un vincolo sul tipo di realizzazione. Questo non ce l'abbiamo dall'Europa.

Vi posso dire che circa il 10% degli investimenti saranno per delle strutture ex novo, non di più, le nuove costruzioni sono veramente poche.

La maggior parte sono delle ristrutturazioni di strutture di proprietà dei sistemi sanitari regionali quindi aziendali e un 20% circa, tra il 20 e il 30%, sono strutture appartenenti ad altri enti pubblici. Ma questa non è una decisione italiana, è una decisione del PNRR. Nel regolamento è chiaro che le ristrutturazioni devono essere di strutture pubbliche, appartenenti alle amministrazioni pubbliche.

### **ROBERTA SERDOZ**

Sembra un po' di tornare al gioco delle scatole cinesi, qualcuno dell'Italia ci si sarà seduto al tavolo dell'Unione Europea, qualcuno avrà deciso di fare questa gabbia. Chiedo a lei Onorevole. Lei ha detto che è per cambiare e modificare, però poi rischiamo di non avere neanche questo e di farci sfuggire anche questa quota che invece abbiamo adesso già a disposizione.

### **PAOLO BARELLI**

Credo che il PNRR, nel suo complesso, sia ovviamente uno strumento molto positivo, fermo restando che parte di quei soldi vanno anche restituiti, non è che vengono regalati.

**ROBERTA SERDOZ**

Da quello che ho capito è tutto. La Missione 6 va restituita al 100%.

**PAOLO BARELLI**

Parlavo del piano in generale. È chiaro che in tutti i casi, più di 20 miliardi più circa 700 milioni e oltre, per il sud del Ministro Mara Carfagna, sono somme importanti per affrontare quelle sfide di cui abbiamo parlato.

Sostengo in Parlamento e nelle commissioni apposite quindi anche con coloro i quali si occupano a livello governativo dell'esecuzione del PNRR, che sono accadute delle cose sconvolgenti, non prevedibili, ma che devono mettere in discussione, laddove è possibile, ciò che è stato preventivato e impostato alla luce di una situazione completamente diversa.

La seconda cosa che dico è che i fondi, in un'eventuale revisione, vanno utilizzati al meglio. Non faccio polemica su come è stato oggi impostato e ribatto sul punto iniziale: credo che una sinergia tra la sanità pubblica e la sanità privata, anche per arrivare agli obiettivi che l'Assessore dell'Emilia Romagna ha puntualizzato, debbano essere ottimizzati e quelle risorse eventualmente investite in ambito più appropriato.

Questo è il mio punto di vista e non lo faccio per scaricare su altri.

**ROBERTA SERDOZ**

È chiarissimo. Tornando nel Lazio, Assessore D'Amato, quali sono i luoghi che il Lazio già ha identificato? Per capire dove andiamo a lavorare.

**ALESSIO D'AMATO**

Mi conoscete, io parlo sempre molto chiaro. Oggi questo è un treno in corsa che non si può pensare di bloccare. Poi, se il Governo vorrà farlo ne prenderemo atto ma mi sembra molto difficile perché la cosa su cui le regioni e il Lazio non possono rischiare è di non raggiungere l'obiettivo e di trovarci poi con una penalizzazione.

Questa è la cosa che non possiamo fare. Dopodiché ci siamo trovati dei binari ben precisi, anche la spiegazione è molto chiara, e stiamo lavorando al meglio su quei binari.

La cosa che facciamo è rispettare i tempi. Quello che non ci potete chiedere è di non rispettare i tempi perché significa penalizzare i nostri cittadini e questo non lo faremo mai.

Dove sono state ubicate? Sostanzialmente nel patrimonio pubblico esistente, in prevalenza, per cui saranno un aumento dei cespiti patrimoniali delle aziende sanitarie in larga misura.

Su 170 case di comunità abbiamo 64 Ospedali di Comunità, 59 COT abbiamo un caso in cui viene utilizzata anche, d'accordo con l'Esercito, la Caserma di Fanteria di Cesano e poi abbiamo un unico caso di una nuova



edificazione che mi sembra che sia prevista proprio nella ASL Roma 4. Però abbiamo deciso, proprio nel rispetto dei tempi, di lavorare esclusivamente sul patrimonio già esistente, anche perché per noi l'efficienza, l'efficacia nel raggiungimento dell'obiettivo è l'elemento fondamentale.

Dopodiché poteva essere costruito meglio? Sì, ma le regioni non hanno avuto voce in capitolo, parliamoci chiaro, altrimenti ci prendiamo in giro. Tutto ciò che è possibile, quello sì, lavorare per migliorare i livelli di integrazione, lo facciamo ben volentieri.

Il tema dell'assistenza domiciliare, in maniera molto chiara, in questa regione è quasi esclusivamente legata al privato accreditato, alle strutture private accreditate. La sfida è passare dagli attuali 29 mila ai 130 mila. È tanta roba. La questione che riguarda il potenziamento delle RSA è per me un obiettivo importante. Noi abbiamo un grande spazio perché avremo un ulteriore invecchiamento della popolazione davanti a noi nei prossimi anni. Questo quindi è un elemento assolutamente importante così come un elemento di straordinaria importanza sono i temi legati alla telemedicina, i temi legati all'ex articolo 26.

Quello che chiediamo al Governo è di superare un meccanismo di silos e di tetti perché se abbiamo i silos e i tetti abbiamo difficoltà.

Di che cosa parliamo? Abbiamo un tetto del personale per le regioni che è datato 2004. Non c'è nessun settore privato o pubblico che può far riferimento a un parametro di 17 anni fa. Abbiamo chiesto al Governo di togliere questo parametro. Non possiamo spendere per il personale più del 2004 meno 1,4%.

Chiediamo di adeguare le tariffe. Lo vogliamo fare ogni due anni, lo vogliamo fare con l'indice ISTAT, lo vogliamo fare sui temi dell'inflazione? Decida il Governo come farlo e ci adeguiamo.

Sono tutte questioni che devono accompagnare i prossimi mesi perché adesso siamo in una fase dove abbiamo definito tutte le progettualità, sono state tutte inviate al portale dell'AGE.NA.S., sono stati indicati anche tutti i RUP, struttura per struttura, per cui noi stiamo con il fiato sul collo alle nostre strutture perché rispettino i tempi. Di tutto abbiamo bisogno fuorché di andare a una penalizzazione perché il sistema che veniva citato, è un sistema di bonus-malus molto rilevante: o raggiungi quell'obiettivo oppure hai una penalizzazione che va a incidere sul Fondo sanitario della singola regione.

### **ROBERTA SERDOZ**

Visti però i numeri della Regione Emilia Romagna, lei è convinto? Parlo del meno 26% che con gli Ospedali di Comunità e la Case della Salute si è raggiunto. Pensa che sia fattibile raggiungere quel meno 60% per il percorso verde e il meno 90% per il bianco?

### ALESSIO D'AMATO

A me sembra un obiettivo ambizioso. Possiamo raggiungere quell'obiettivo con una molteplicità di azioni. Ma quell'obiettivo non l'ho scritto io né l'ha scritto Raffaele Donini.

### ROBERTA SERDOZ

Però lo dovete rispettare o no? È una preoccupazione?

### ALESSIO D'AMATO

Per me è una preoccupazione però dico che quell'obiettivo può essere raggiunto se noi accanto ai setting rappresentati dalla Missione 6, mettiamo anche il potenziamento dell'assistenza domiciliare, mettiamo anche la telemedicina, mettiamo tutto ciò che deve essere messo.

### ROBERTA SERDOZ

La notizia sarà proprio qui perché, a questo punto, Presidente, un privato cosa si aspetta o cosa può fare in questo momento?

### JESSICA FARONI

Noi siamo sempre a disposizione e collaboriamo ormai da anni. È chiaro che questi binari edilizi lasciano perplessi. Con questi binari edilizi così stringenti, le regioni effettivamente non possono fare niente e permettetemi di dire che le tasse le paghiamo tutti quanti. Bisognava fare qualcosa per la salute del cittadino, per il territorio. Per ora si parla di questi binari, non si parla di soldi che verranno in più sul Fondo sanitario perché anche la dottoressa sì, ha detto che ci saranno soldi per la domiciliare, ma sul Fondo sanitario, a parte la buona volontà di cui sentiamo tanto parlare a livello ministeriale, non abbiamo visto un aumento del Fondo dal 2026 per mantenere tutte queste strutture.

Strutture che, fatte così, non raggiungono l'obiettivo. Forse allora andavano coinvolte più figure, forse andava pensata meglio, forse ci dovrebbe essere più confronto oggi sulle tariffe di cui parlava l'Assessore. Mi sono occupata di tariffe a livello ministeriale, dicevano di rivedere le tariffe. Hanno addirittura abbassato le tariffe della *cataratta* tanto che se oggi vai in ospedale, ti fanno un intervento con una lente che non ti toglie gli occhiali. Se andrai in privato, pagando quel gap che c'è in più per la lente di un certo tipo, non porterai gli occhiali.

Questa la trovo una mostruosità vera e propria.

Non posso pensare che si faccia tutto questo su binari, ripetiamo, edilizi, senza preoccuparci della salute del paziente perché sento che saranno delle strutture che costeranno 106 euro al giorno, che dovranno accogliere non si sa cosa, però poi metti questi paletti così importanti e devi rimaner-



ci dentro, se non trovi le strutture da costruire te li tolgono dal bilancio, insomma permettetemi: è preoccupante.

#### **ROBERTA SERDOZ**

Assessore Donini. È lei che ha anticipato il discorso del Fondo sanitario. Il rischio qui, è quello della sostenibilità e allora, chiedo ad AGE.NA.S.. Mantenere tutto questo sarà molto complicato: i costi per la manutenzione di questi nuovi ospedali, Case di Comunità, per il personale, che sarà molto più alto di quello previsto. Cosa prevediamo di fare per non far sì che tutto ricada sul futuro delle prossime generazioni?

#### **ALICE BORGHINI**

Da qui al 2026 è previsto un incremento del Fondo Sanitario Nazionale fino ad arrivare a 126 miliardi. Quello di cui parlavo prima, cioè la definizione di una quota parte di risorse a mantenimento di questa riforma, ammontano a oltre 1 miliardo e 700 milioni che sono oltre quella soglia di tetto del personale di cui parlava prima l'Assessore.

È ovvio che in sanità i costi, è evidente, non solo nel sistema sanitario italiano ma in generale, anche osservando la spesa dei sistemi sanitari internazionali, sono sempre in crescita però c'è una previsione di spesa e una



destinazione di risorse a mantenimento di quelli che sono gli standard minimi definiti dalla riforma. Su questo c'è la volontà e c'è stato un lavoro fatto dal ministero con il supporto di AGE.NA.S. a quantificare e a trovare le risorse. Rispetto alle risorse finanziarie è importante pensare anche alle risorse di personale, ma mi ricollego a quello che è stato detto prima: il PNRR deve essere visto in tutta la sua completezza, la Missione 6 deve essere vista nella sua completezza perché la *component 1* di potenziamento dell'assistenza territoriale non è solo strutture fisiche ma c'è un 2,720 miliardi per l'assistenza domiciliare e 1 miliardo per la telemedicina.

Queste sono risorse molto importanti che andranno a potenziare tutta l'assistenza domiciliare e contribuiranno tutte al raggiungimento di quegli obiettivi di cui si parlava che è il 10% della popolazione over 65, che è il raggiungimento di almeno 200 mila pazienti in telemedicina. Ma tutto questo dovrà essere visto in maniera unitaria, come anche la *component 2*, quindi tutto il potenziamento delle strutture ospedaliere, l'ammodernamento tecnologico, la formazione.

Nella *component 2* della Missione 6 c'è un investimento che sarà destinato alla formazione del personale sanitario, non solo nell'ottica di formare i manager delle strutture territoriali, ma anche in generale più sul rischio



clinico, le infezioni ospedaliere. Gli investimenti della Missione 6, a mio avviso, devono essere visti in maniera unitaria per vedere e per creare un sistema sanitario efficace.

**ROBERTA SERDOZ**

E finiti quelli poi?

**ALICE BORGHINI**

Innanzitutto devono essere un'opportunità, essere visti come un'opportunità per potenziare quello che non è stato finanziato o è stato trascurato negli scorsi anni, soprattutto con la pandemia, e poi piano piano, anche ottimizzare le risorse che vengono utilizzate e che, non sempre, vengono utilizzate correttamente.

**ROBERTA SERDOZ**

Dopo chiedo a Donini se la convince questa impostazione però c'è la Presidente Faroni che vuole intervenire.

**JESSICA FARONI**

Le faccio una domanda. Ha parlato di quanto è stato stanziato per l'assistenza domiciliare, 2 miliardi 700. Quanto è stato stanziato per la costruzione degli ospedali?

**ALICE BORGHINI**

Per gli Ospedali di Comunità 1 miliardo.

**JESSICA FARONI**

E per le Case della Comunità?

**ALICE BORGHINI**

Due miliardi.

**JESSICA FARONI**

Tre a due. Le volevo chiedere un'altra cosa. Ho letto sempre che tra le opportunità c'è quella dell'aumento delle borse di studio anche della specializzazione. Tutto molto bello. Peccato che se continuano così con un concorso nazionale dove gli studenti fanno il concorso, per esempio, voglio fare il neurologo, ho fatto il neurologo, vinco chirurgia, non farò mai il chirurgo, mi faccio il primo anno di chirurgia, poi rifaccio il concorso il secondo anno per entrare in neurologia, nel frattempo questa borsa, nei successivi anni è persa. Queste sono cose da valutare. Il Magnifico su questo ci farà una lezione.

## ROBERTA SERDOZ

Donini, l'ha convinta?

## RAFFAELE DONINI

Mi ha convinto Alessio D'Amato quando ha richiamato la posizione delle regioni, che non possono permettersi di non cogliere quest'opportunità, anche perché le sanzioni sarebbero talmente pesanti che non sarebbero sostenibili. Io coordino la Commissione della Salute quindi parlo a nome di tutti i miei colleghi e siamo, da tempo, disponibili ad ogni discussione purché sia basata su elementi certi e di verità. Il primo elemento che vorrei offrire anche a questa platea è quello che riguarda una cosa immediata: il Covid ha lasciato in eredità una marea di prestazioni programmate che dobbiamo recuperare. Si sono ampliati i tempi di attesa delle prestazioni, sia chirurgiche che ambulatoriali. Penso che una sanità pubblica, una sanità pubblica che abbia una visione nell'interesse del bisogno di salute dei cittadini, debba sviluppare un piano aggressivo sul recupero delle liste di attesa mettendo a sistema tutte le risorse del pubblico e del privato accreditato. Questa collaborazione potrebbe anche, in qualche modo, essere foriera di un ulteriore step di collaborazione, anche a PNRR attuato, per quello che riguarda soprattutto le cure intermedie dei cosiddetti OSCO perché anche una regione come la mia, che ne ha 23 e che ne avrà 68, probabilmente avrà bisogno anche di una rete integrata rispetto a queste cure intermedie e a queste prese in carico di un assistito che non è né da ospedalizzare, né tantomeno da mettere a cure domiciliari.

Sulle cure domiciliari va bene così, nel senso che non possiamo dire di no, ma per esempio l'Emilia-Romagna è già all'8,5% delle cure domiciliari avendo investito fondi del Fondo Sanitario Nazionale, quota indistinta. Ovviamente, dato che il PNRR finanzia gli obiettivi da raggiungere, noi avremo molto poco di quelle risorse. Se fossero gestite magari in quota capitaria, allora forse avremmo più agio per mettere a sistema anche delle collaborazioni che facciano anche rimodulare questo sistema, affrontando nuovi obiettivi.

Infine, io fui uno dei primissimi sindaci, quando ero giovane, che costruì una delle primissime, se non la prima, Case della Salute in Emilia Romagna. In Emilia Romagna, per quel che riguarda le nostre strutture, siamo in una situazione in cui abbiamo già fatto le anticipazioni di cassa e, avendo la fortuna che ne abbiamo già 130 di Case della Comunità, i nostri 84 interventi sono sostanzialmente delle piccole ristrutturazioni tranne 20 o 30 da costruire.

Ma mi domando, anche in qualità di coordinatore della Commissione Salute, se il rischio - se non cambia la disciplina, la semplificazione sul tema appalti, contratti - sia che alcune regioni non ci riusciranno.



Gianni Profita

### **ROBERTA SERDOZ**

Non vi fanno riposare Assessore, mi sembra chiaro che dopo la pandemia vi fanno ancora correre un pochino. Però visto che i tempi stringono, vorrei dare la possibilità al Magnifico Rettore che voleva intervenire su questo tema e le chiedo: quanto sarà importante il personale sanitario, quanti infermieri mancano, quanti medici di medicina generale hanno bisogno di una nuova formazione?

### **GIANNI PROFITA**

Ho il sospetto che la Presidente Faroni mi abbia invitato perché conosce il modello della nostra Università. UniCamillus è un'università internazionale, non perché internazionale è un aggettivo che ha charme, ma perché più del 40% dei suoi studenti proviene da paesi in via di sviluppo. Ben 52 paesi sono rappresentati e qualche settimana fa abbiamo celebrato le nostre prime lauree, ci sono delle belle foto sui nostri magazine che celebrano questi primi successi, e quasi tutti i neo-laureati sono extracomunitari. Su 130 nostri studenti haitiani, i primi 30 infermieri appartengono ad Haiti e il nostro desiderio, la nostra mission, è di riportarli nel loro paese al pari di tutti gli altri extracomunitari che si laureeranno in UniCamillus.



In qualche modo, però, abbiamo fallito, nel senso che almeno in questa prima fase, non potremo immaginare che possano tornare tutti a breve nei propri Paesi. In realtà stiamo pensando di costruire un ospedale ad Haiti per disporre di una struttura che sia adeguata alle loro aspettative però, in questa prima fase, questi giovani sono stati tutti assunti praticamente subito all'interno della Regione Lazio.

Abbiamo dato dunque anche noi in tal modo una piccola risposta all'emergenza e l'Assessore ha contribuito prendendosi molte demagogiche critiche sul fatto che facciamo lavorare gli stranieri di cui, però, abbiamo assolutamente bisogno. Nel lungo periodo ad ogni modo non è quella certamente la risposta che si intende dare alla carenza di operatori sanitari nella nostra Regione e certamente anche in tutto il nostro Paese. Il dibattito sulla formazione, sulla criticità estrema del problema della formazione, penso che non sia stato ancora colto nella sua più intima essenza. L'Assessore ne ha parlato prima, se ne parla poi ad intervalli più o meno regolari, ma nel PNRR c'è la prova provata, a parer mio, che non sia stato colto nella sua specificità. La Prof.ssa Cascini che mi ha preceduto ha tratteggiato molto bene i contenuti della Missione 6 ed ha indicato quali sono quei due-tre interventi che potrebbero riguardare la formazione incluse le 4.200 borse per la medicina di base.

C'è un utile intervento nel PNRR che pochi richiamano che è quello per la formazione dei profili manageriali del Servizio Sanitario Nazionale. E' si-



curamente molto interessante e certamente strategico per il funzionamento della “macchina” della sanità nel suo complesso e, come Università, siamo intenzionati a presidiarlo, ma in generale, sul PNRR, non c'è nulla che sia veramente rivoluzionario per quanto riguarda la formazione quando probabilmente è giunto il momento di fare una piccola rivoluzione nell'impostazione della formazione.

Se oggi un medico ibernato 60 anni fa o anche un normale cittadino si svegliasse e andasse in ospedale, troverebbe tutto cambiato: macchine straordinarie, tecnologie che non avrebbe mai immaginato al momento dell'ibernazione, ma le mansioni, ...le cose da fare, la distinzione dei compiti tra il medico, gli infermieri e i tecnici, sarebbe ancora la stessa. Non è cambiato nulla dal punto di vista della progettazione generale dei curricula formativi e a corredo della distribuzione delle mansioni.

Ci sarebbe piaciuto ragionare in termini globali su questo argomento, dando un contributo all'impostazione del PNRR su questo tema, mettendo in discussione anche il modo di approccio delle Università. Invece continuiamo a formare i giovani, gli infermieri, i medici, sui curricula che furono pensati, stabiliti, ideati 50 anni fa.

A livello internazionale, però, si sta facendo parecchio. Pensiamo agli infermieri col cosiddetto *task shifting*: si sta immaginando di spostare, di far “scivolare” alcune funzioni, che attualmente sono di appannaggio dei medici, verso gli infermieri anche per qualificare ancora di più la classe infermieristica.

Oggi, al di là del vuoto dibattito sul numero chiuso, in realtà i posti di infermieristica in quasi tutte le Università, non si riescono a coprire così bene perché l'infermiere non si sente più gratificato e il peso specifico del lavoro che svolge è di gran lunga maggiore rispetto alle giuste soddisfazioni che merita sia sotto il profilo economico che professionale.

Nel PNRR ci aspettavamo che alle università si desse la responsabilità di progettare questo nuovo modello di Università: non è avvenuto.

Ci riuniamo, facciamo dei consorzi, stiamo facendo dei partenariati estesi, stiamo lavorando ai nuovi progetti per la ricerca, ma in realtà sull'Università, sulla possibilità di rinnovare il suo “core business” in settori strategici quali ad esempio quello della sanità non c'è nulla nel PNRR. Dobbiamo pensare, invece, a mettere mano radicalmente al rapporto tra la strategia formativa degli Atenei e la società con le sue esigenze, profondamente mutate anche alla luce della dolorosa esperienza del Covid che ne ha messo in luce l'esigenza di rinnovamento.

### **ALICE BORGHINI**

Queste, secondo me, sono attività che fondamentali quindi condivido il fatto che siano fondamentali, ma sono delle attività che vanno oltre il



PNRR, che dovrebbero essere affrontate a prescindere dal PNRR e dovevano essere affrontate prima del PNRR. Il PNRR dà tantissime risorse all'università in termini di progetti, ma perché è uno strumento, un dispositivo finalizzato a questo. Il fatto di riformare le modalità con cui le regole, con cui i nuovi specializzandi entrano nell'ambito del sistema e quindi si formano, devono essere definite a prescindere dal PNRR.

Sono molto d'accordo con quello che diceva prima la Presidente però la risposta non va ricercata all'interno del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza ma sono delle riforme che vanno affrontate comunque e che andavano già fatte.

### **ROBERTA SERDOZ**

Credo che avremo bisogno di un altro incontro Presidente, perché i temi da affrontare sono tanti. Sono le 20.15 e mi richiamano all'ordine. Rettore abbandoniamo le slide e ci diamo un altro appuntamento.



### **GIANNI PROFITA**

Abbandoniamo le slide. Stiamo lavorando a un progetto che contiamo di presentare in sede AIOP. Però vorrei dire che il 90% delle iniziative previste nel PNRR, teoricamente sarebbero state tutte realizzabili prima, a prescindere dal PNRR, nei decenni scorsi. Stiamo vivendo il PNRR, è la verità, come un buon momento di “rottura”, come una bella occasione per fare tutto quello che non siamo riusciti a fare prima. In questo senso dicevo che poteva essere una bellissima occasione per riformare il sistema universitario e adattarlo al nuovo che è sorto e che abbiamo sotto gli occhi. Ma non dobbiamo disperare. Anzi occorre rimboccarsi le maniche e raddoppiare gli sforzi.

### **ROBERTA SERDOZ**

Anche se poi il pensiero che questa bellissima occasione sia arrivata dopo due anni di pandemia e di una fase di emergenza drammatica per il mondo intero, mette ancora un po' di inquietudine.

C'è tutto il tema territoriale, ma mi auguro che grazie all'AIOP Lazio riusciremo ad affrontarlo in un altro incontro. Lasciatemi ringraziare il Magnifico Rettore, l'Assessore alla Regione Emilia Romagna, la Presidente dell'AIOP Lazio che ci consente anche di passare una bella serata adesso, tutti insieme,

l'Assessore della Regione Lazio, l'On. Barelli e la Dr.ssa Borghini di AGE.NA.S. Grazie a tutti e buona serata.

### **MAURO CASANATTA**

Ancora solo un attimo. Siamo andati un po' lunghi e abbiamo accelerato un po' all'ultimo. Ce ne scusiamo. Le slide le presenteremo nella ricerca, verranno messe tutte nella ricerca. Questo è il primo tempo, abbiamo fatto comunque un gol. È stato molto interessante ed era lo spirito per il quale noi abbiamo ritenuto di affrontare questo tema perché insieme si cresce anche se può dare l'idea che ci siano delle diversità, come nella sostanza ci sono, però serviranno per crescere perché dobbiamo lavorare tutti quanti insieme: questo non è messo in discussione da nessuno.

Mi fa piacere vedere tantissime persone. È una vita che sto insieme a voi e mi piace anche avere questa occasione per potervi salutare.

Grazie ancora a tutti.



### NICOLA ZINGARETTI

Regione Lazio e AIOP non si sono sempre trovati d'accordo su tutto, ma ciò che ha continuamente prevalso è il rispetto reciproco, la chiarezza, la lealtà, la correttezza dei rapporti. Negli ultimi anni nel Lazio si è sviluppata una grande collaborazione tra persone oneste, ciascuno ha portato il proprio contributo per il bene comune, con grande forza sono state messe in campo numerose energie, siamo stati considerati un esempio per l'Italia, abbiamo sanato e ci siamo lasciati alle spalle un deficit, con i pagamenti in ordine, addirittura con un bilancio in attivo e riuscendo a superare i vincoli ed i blocchi imposti dal Commissariamento.

Finalmente la Regione Lazio può programmare e affrontare la tragedia del Covid a testa alta con l'imperativo, non banale, di tutelare la propria Comunità.

Per questo vi dico con il cuore "Grazie!"

Tutto ciò pur essendo una persona molto discreta, che ha sofferto per il timore di aver avuto sulle proprie spalle, nel momento più drammatico



dell'emergenza sanitaria, il compito di guidare questa Comunità. Ce l'abbiamo fatta insieme e al servizio dei nostri cittadini.

È stata una grande scommessa, consapevoli che forse avevamo ragione anche prima del 2020. Con la Presidente Jessica Faroni stavo appunto considerando che nessuno deve dimenticare come già prima della pandemia, a dicembre 2019, alle soglie del 2020, in occasione delle leggi di bilancio, richiamavamo l'attenzione su quanto fosse importante la sanità e non bisognasse tagliare sempre su quei 120 miliardi di Fondo Sanitario Nazionale che sono un tesoretto: ci trattavano come medievali perché non capivamo che le emergenze erano altre, rispetto alla salute delle persone.

Poi a marzo 2020 ho avuto il Covid e all'improvviso tutto il mondo ha capito che la cosa più importante per l'essere umano è sopravvivere: tutto il resto viene dopo. Tutti alla ricerca di una nuova sanità.

Questo racconto per ricordarci che oggi, nella costruzione di un modello Italia-Europa del futuro, il tema del benessere, la vita, la qualità delle cure, della ricerca, della scommessa di mettere questo tema al primo posto di qualsiasi prospettiva futura, non deve più vederci timidi, ognuno con il suo ruolo, con la sua funzione, i suoi interessi e la sua ricchezza.

C'è però una nuova priorità per il futuro dell'Italia. Mai mettere in secondo piano quello che invece deve essere al primo posto di qualsiasi modello di sviluppo sostenibile: tutelare la persona e dargli dignità.

Si apre ora una fase interessante: il Lazio sarà presente a testa alta, non siamo più la "carogna" o la "pecora nera" della sanità; questa fase è fatta anche di nuovi investimenti sia sul Fondo sanitario, che del PNRR.

Ci sono ancora tante ombre, poca evidenza, non è ancora chiaro l'indirizzo giusto e come i servizi che vengono finalmente individuati come priorità verranno gestiti per essere trasformati da grande obiettivo a concreto servizio per le persone.

C'è il tema prezioso della vita dei nostri anziani, che il Covid ha fatto emergere in tutta la sua drammaticità, c'è la grande sfida della sanità digitale, prendere in carico la vita e la condizione umana degli individui. Il Covid, tra le varie cose, ci ha insegnato che ci si può prendere cura delle persone in maniera diversa. La nostra squadra crede che in questa nuova stagione non c'è dubbio che potremo aprire ad una sana competizione affinché tutti possano dare quello che possono per offrire un servizio migliore. E, quindi, proprio per questo si apre una fase interessante: nella programmazione che è stata fatta non è ben chiaro come questi grandi investimenti sulle infrastrutture, sull'acquisto di materiali, diventino veramente un servizio per la cura delle persone. Mi auguro che queste grandi imprese non siano all'Italiana e non finiscano nel vuoto. Questo non deve accadere se si mettono in campo importanti investimenti sulla nuova sanità: sanità domiciliare, insieme si aprirà un dibattito su chi e come poter

offrire questi servizi al meglio, compatibilmente con gli equilibri economico-finanziari contrassegnati dal fatto che non dovremo più permettere che la vita e la dignità dell'uomo vengano messi in secondo piano rispetto ad altre voci della spesa pubblica. Questo è stato l'errore commesso in alcuni anni della storia dal dopoguerra e in qualche modo l'abbiamo pagato. Se ci fosse stata maggiore consapevolezza forse il Covid avrebbe creato meno disastri di quello che ha fatto. Però ce l'abbiamo fatta e siamo in una fase nuova in cui questa Comunità sarà co-protagonista e partecipa insieme alla Regione nelle decisioni in linea con i principi di autonomia, libertà e rispetto che abbiamo sempre garantito nella progettazione di un modello sanitario che anche nel Lazio c'è, è forte e competitivo, in qualche modo un punto di riferimento. Voi di AIOP ci siete stati, con le mille esperienze che rappresentate, con tutto il cuore, vi dico un immenso Grazie!





# NUOVE FRONTIERE IN SANITÀ

## FINITA LA PANDEMIA, L'INIZIO DELLA GESTIONE DEL PNRR

### **Fidelia Cascini**

*Docente di Igiene e Sanità Pubblica, Dipartimento di Scienze della Vita e Sanità Pubblica, Università Cattolica del Sacro Cuore, 00168, Roma.*

*Esperta di Salute Digitale, Direzione Generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica, Ministero della salute.*

### **Andrea Gentili**

*Dottorando di Ricerca, Dipartimento di Scienze della Vita e Sanità Pubblica, Università Cattolica del Sacro Cuore, 00168, Roma.*





## INDICE

<b>1. Abstract</b> .....	48
<b>2. Introduzione</b> .....	49
<b>3. La Missione 6 "Salute"</b> .....	51
<b>4. Le Case della Comunità</b> .....	57
<b>5. Gli Ospedali di Comunità (OdC)</b> .....	61
<b>6. Gli altri servizi territoriali</b> .....	64
6.1 L'Assistenza Domiciliare Integrata	
6.2 Le Centrali Operative Territoriali	
6.3 La Telemedicina	
<b>7. La Regione Lazio: servizi territoriali PNRR e criticità</b> .....	70
7.1 Case della Comunità	
7.2 Ospedali di Comunità	
7.3 Altri servizi territoriali	
<b>8. Conclusioni</b> .....	80

## 1. ABSTRACT

La pandemia Covid-19 ha dato evidenza di alcuni importanti limiti del nostro Servizio Sanitario Nazionale, tra cui la diffusa debolezza della sanità territoriale e della sua rete di servizi. L'accresciuta domanda di cure e assistenza correlata alla curva epidemiologica ha infatti causato un insostenibile sovraccarico di strutture sanitarie sia pubbliche che private, oltre che di personale medico e non-medico, con la conseguenza che anche una importante quota di pazienti non-Covid non ha potuto accedere e ricevere i trattamenti diagnostico-terapeutici e assistenziali di cui avrebbe avuto bisogno.

Così, il 13 luglio 2021, è stato definitivamente approvato con Decisione di esecuzione del Consiglio dell'Unione Europea<sup>1</sup>, il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) dell'Italia. Con esso è stata recepita la proposta della Commissione Europea in cui vengono definiti, in relazione a ciascun investimento e riforma, precisi obiettivi e traguardi, cadenzati temporalmente, al cui conseguimento si lega l'assegnazione delle risorse su base semestrale.

La Missione 6 del PNRR è stata interamente dedicata alla Salute, ed è composta da 2 componenti, 8 aree di investimento e 2 riforme, per un investimento complessivo di 15,63 miliardi di euro, come illustrato nel primo capitolo di questo studio. Grande rilevanza è stata attribuita al potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale, su cui si incentra il secondo capitolo che descrive i principali investimenti della componente 1, ivi compresi:

- le Case della Comunità, identificate come luogo di cura primaria e spina dorsale di una rete di servizi che sarà presente in maniera capillare su tutto il territorio nazionale;
- i servizi territoriali ideati per sostenere un'adeguata assistenza domiciliare (come le Centrali Operative Territoriali e la Telemedicina);
- le strutture identificate quale luogo di dimissione protetta per i pazienti fragili, ossia gli Ospedali di Comunità, già previsti peraltro nel DM 70/2015<sup>2</sup> sugli standard ospedalieri.

Si tratta di una Piano Nazionale con ricadute regionali a diversa espressione, in merito alle quali, considerato l'interesse manifestato per questo studio dall'AIOP Lazio, si è proceduto con un approfondimento specifico

---

<sup>1</sup> <https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-10160-2021-INIT/it/pdf>

<sup>2</sup> <https://www.camera.it/temi/2016/09/23/OCD177-2353.pdf>



su questa regione nel capitolo 7, dove sono passati in rassegna i vari Decreti della Giunta Regionale emanati per dar seguito ai finanziamenti del PNRR, nonché criticità esistenti e potenziali contromisure da adottare.

Nell'ultimo capitolo sono raccolte le evidenze dell'attuale letteratura scientifica, con spunti di riflessioni sui temi su cui è raccomandabile concentrarsi se davvero vi è la volontà di utilizzare l'opportunità-prestito del PNRR per dare risposte alla domanda di salute di un Paese cagionevole.

## 2. INTRODUZIONE

La pandemia di Covid-19 ha colpito duramente l'Italia determinando una riduzione del Prodotto Interno Lordo dell'8,9%, superiore al calo medio osservato nell'Unione Europea (6,2%). Oltre al danno economico, l'Italia è stata travolta da una crisi sanitaria caratterizzata anche da 160.000 decessi per Covid-19 superando anche in questo tragicamente la media dei Paesi dell'UE.<sup>3</sup>

La risposta dell'Unione alla crisi pandemica è rappresentata dal Next Generation EU (NGEU), un programma di investimenti e riforme che mira ad accelerare la transizione digitale ed ecologica, a raggiungere una maggiore equità di genere, territoriale e generazionale, e a migliorare la formazione dei lavoratori e delle lavoratrici.<sup>4</sup> All'interno di questo programma, si inserisce il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), un pacchetto da 191,5 miliardi approvato nel 2021 dall'Italia per rilanciarne l'economia dopo la pandemia di Covid-19, al fine di permettere lo sviluppo verde e digitale del Paese.<sup>5</sup>

Il PNRR ha tre priorità trasversali condivise a livello europeo, digitalizza-

---

<sup>3</sup> Governo: PNRR e Salute. <https://www.governo.it/it/approfondimento/pnrr-salute/16707>

<sup>4</sup> The Recovery and Resilience Plan: Next Generation Italia29. <https://www.mef.gov.it/en/focus/The-Recovery-and-Resilience-Plan-Next-Generation-Italia/>

<sup>5</sup> Next Generation Italia, approvato il piano del Governo, su Ministro per l'innovazione tecnologica e la transizione digitale. <https://innovazione.gov.it/notizie/articoli/next-generation-italia-approvato-il-piano-del-governo/>

zione e innovazione, transizione ecologica e inclusione sociale, e si compone di sei missioni: <sup>6</sup>

1. Digitalizzazione, Innovazione, Competitività, Cultura
2. Rivoluzione Verde e Transizione Ecologica
3. Infrastrutture per una Mobilità Sostenibile
4. Istruzione e Ricerca
5. Inclusione e Coesione
6. Salute

È oggetto di questo studio il contenuto della Missione 6 Salute del PNRR con particolare riferimento agli interventi identificati come “Ospedali di Comunità” e “Case della Comunità”, allo scopo di inquadrare tempestivamente possibili effetti e ricadute della riforma soprattutto nel territorio della Regione Lazio.

---

<sup>6</sup> Studi – Bilancio: L'Italia e l'Unione Europea Politica economica e finanza pubblica, il PNRR. <https://temi.camera.it/leg18/temi/piano-nazionale-di-ripresa-e-resilienza.html>

### 3. LA MISSIONE 6 “SALUTE”

Quello della *Salute* si è dimostrato un settore fortemente critico durante la pandemia. Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è risultato cruciale per garantire un pieno, equo e uniforme diritto alle cure sull'intero territorio nazionale.

Gli investimenti e le riforme contenute nel PNRR hanno sostanzialmente i seguenti obiettivi:<sup>7</sup>

1. potenziare la capacità di prevenzione e cura del SSN garantendone l'accesso a tutti i cittadini
2. promuovere l'utilizzo di tecnologie innovative in medicina.

Per fare ciò, alla Missione 6 Salute del PNRR sono stati destinati 15,63 miliardi di euro, divisi come segue tra le due componenti della Missione.

***Component 1. Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale: 7 miliardi di stanziamenti.***

L'obiettivo di questa componente è quello di “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, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari”. La component 1 si divide a sua volta in 3 investimenti principali:

1. Case della Comunità e presa in carico della persona: il progetto prevede la creazione e l'attivazione di 1.350 Case della Comunità entro la metà del 2026. Queste rappresenteranno lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti, in particolare ai malati cronici. Il costo complessivo dell'investimento è stimato in 2 miliardi di euro.
2. Casa come primo luogo di cura e telemedicina: l'obiettivo è di aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10 per cento della popolazione di età superiore ai 65 anni. Questo ambizioso risultato sarà finanziato con 4 miliardi di euro, destinati a migliorare e incrementare i servizi ADI, ad attivare le COT, e a efficientare i servizi di telemedicina.

---

<sup>7</sup> Governo: PNRR e Salute. <https://www.governo.it/approfondimento/pnrr-salute/16707>

3. Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità): l'investimento determinerà l'attivazione di 400 Ospedali di Comunità, destinati a essere una struttura intermedia 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. L'investimento è di 1 miliardo di euro, con termine della realizzazione degli Ospedali di Comunità fissato per la fine del 2026.



**Componente 2. Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale: 8 miliardi e 63 milioni di euro.**

Nella componente 2, possiamo trovare 2 investimenti principali (suddivisi poi in ulteriori sub-investimenti).

### **Investimento 1. Aggiornamento tecnologico e digitale.**

L'investimento 1, destinato all'aggiornamento dei sistemi e servizi tecnologici e digitali, è composto da 3 rami principali.

**Investimento 1.1:** Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero.



Un intervento da 4,05 miliardi di euro, e che comprende al suo interno i seguenti subinvestimenti.

*Subinvestimento 1.1.1:* Una spesa di 1,19 miliardi per la sostituzione di apparecchiature sanitarie. Nello specifico 0,6 miliardi sono destinati alla sostituzione di 1.568 apparecchiature da effettuarsi entro il terzo trimestre del 2023, mentre i rimanenti 0,59 miliardi servono alla sostituzione delle rimanenti 1.565 apparecchiature da effettuarsi entro la fine del 2024.

*Subinvestimento 1.1.2:* Una spesa pari a 1,45 miliardi di euro per la digitalizzazione dei Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (sia di I che II livello). Nello specifico 1,09 miliardi sono destinati alla digitalizzazione di 210 strutture da effettuarsi entro il primo trimestre del 2024, mentre i rimanenti 0,36 miliardi sono destinati alla digitalizzazione delle rimanenti 70 strutture entro la fine del 2025.

*Subinvestimento 1.1.3:* Una spesa complessiva pari a 1,41 miliardi di euro entro il secondo semestre del 2026 per il rinnovamento della dotazione esistente di posti letto di terapia intensiva e semi-intensiva, l'ammodernamento dei Pronto Soccorso e l'incremento del numero dei mezzi per i trasporti sanitari secondari.

**Investimento 1.2:** verso un ospedale sicuro e sostenibile.

Con un volume di investimento pari a 1,64 miliardi (di cui 1 miliardo relativo a progetti già in essere), si prefigge l'obiettivo di instaurare nuovi percorsi di miglioramento strutturale nel campo della sicurezza degli edifici ospedalieri, adeguandoli alle vigenti norme in materia di costruzioni in area sismica.

Infatti, un'indagine effettuata dal Ministero della Salute nel 2020 ha evidenziato la necessità di ben 116 interventi mirati all'adeguamento delle normative antisismiche.

**Investimento 1.3:** rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione. Questo investimento consta di 2 sub-investimenti distinti che puntano all'ammodernamento dell'infrastruttura tecnologica.

*Subinvestimento 1.3.1:* Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE).

L'obiettivo è quello di raggiungere la piena integrazione di tutti i documenti sanitari e tipologie di dati; di creare e implementare un archivio centrale; di ottenere la piena interoperabilità tra i diversi servizi



sanitari; di progettare un'interfaccia utente standardizzata e di definire i servizi che il FSE dovrà fornire. Inoltre, prevede l'integrazione dei documenti da parte delle Regioni all'interno del FSE, il supporto finanziario per i fornitori di servizi sanitari per l'aggiornamento della loro infrastruttura tecnologica e compatibilità dei dati, il supporto finanziario alle Regioni che adotteranno la piattaforma FSE, il supporto in termini di capitale umano e competenze per realizzare i cambiamenti infrastrutturali e di dati necessari per l'adozione del FSE.

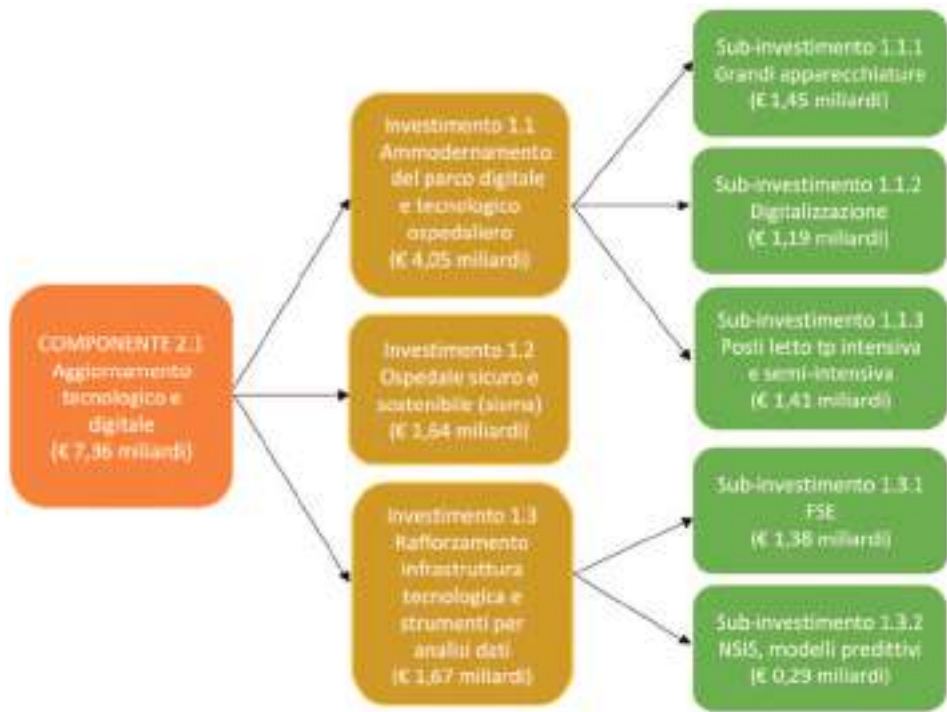
Tra gli esposti obiettivi, alcuni sono stati già avviati (tra cui la progettazione dell'infrastruttura per l'interoperabilità e la gestione del FSE come parte degli interventi per la digitalizzazione delle amministrazioni pubbliche).

Il progetto prevede un finanziamento pari a 1,38 miliardi di euro.

*Subinvestimento 1.3.2: Infrastruttura tecnologica del Ministero della Salute e analisi dei dati e modello predittivo per garantire i LEA italiani e la sorveglianza e vigilanza sanitaria.*

Il sub-investimento mira ai seguenti obiettivi: potenziamento dell'infrastruttura tecnologica e applicativa del Ministero della Salute; miglioramento della raccolta, del processo e della produzione di dati NSIS (Nuovo Sistema Informativo Sanitario) a livello locale; sviluppo di strumenti di analisi avanzata per studiare fenomeni complessi e scenari predittivi al fine di migliorare la capacità di programmare i servizi sanitari e rilevare malattie emergenti; creazione di una piattaforma nazionale dove domanda ed offerta di servizi di telemedicina forniti da soggetti accreditati possa incontrarsi.

Il progetto prevede un finanziamento pari a 290 milioni di euro.



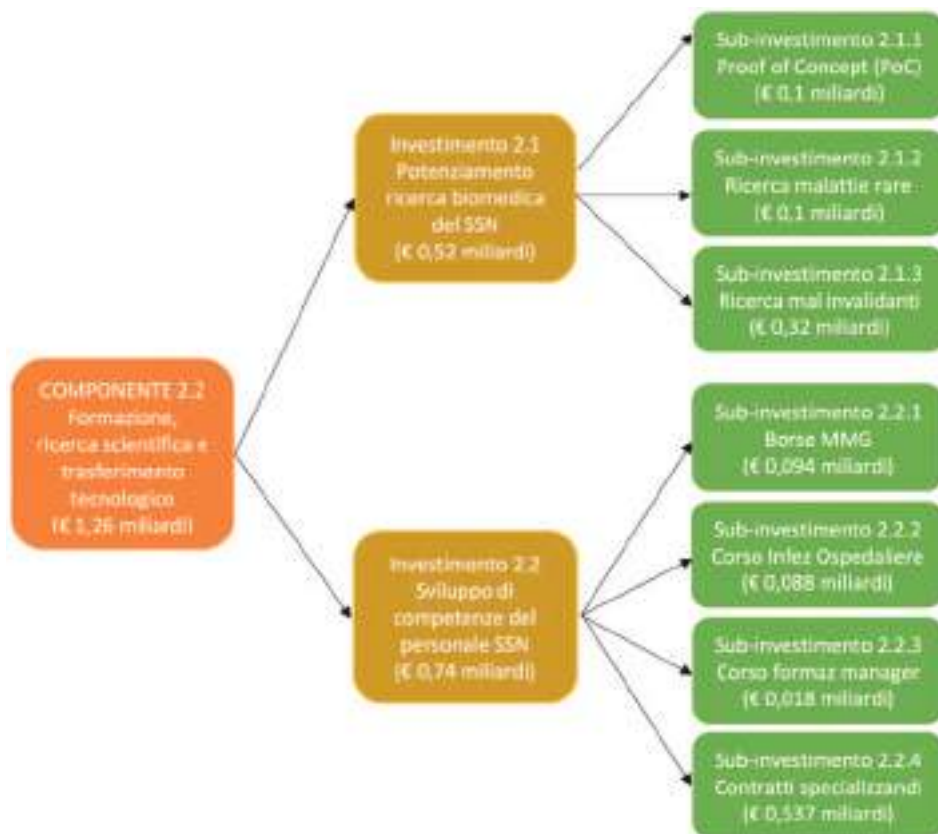
## Investimento 2. Formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico.

**Investimento 2.1:** Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN.

Il suo scopo è di potenziare il sistema della ricerca biomedica in Italia, rafforzando la capacità di risposta dei centri di eccellenza presenti in Italia nel settore delle patologie rare e favorendo il trasferimento tecnologico tra ricerca e imprese (0,52 miliardi di euro).

Per raggiungere tali risultati sono stati predisposti i seguenti programmi: al fine di ridurre il divario esistente tra le scoperte provenienti dal mondo della ricerca scientifica e quello dell'applicazione pratica per scopi commerciali, si prevede il finanziamento di progetti Proof of Concept (PoC), mitigando così gli eventuali rischi (derivanti da brevetti, licenze o barriere all'entrata) che potrebbero scoraggiare eventuali investitori; il finanziamento di programmi di ricerca o progetti nel campo delle malattie rare e dei tumori rari; il finanziamento per programmi di ricerca su malattie altamente invalidanti.

**Investimento 2.2:** Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario.



Grazie a tale investimento (di 0,74 miliardi di euro), saranno finanziate: 900 borse di studio aggiuntive all'anno per corsi specifici di medicina generale di durata triennale (per un totale di 2.700 borse aggiuntive); un piano straordinario di formazione sulle infezioni ospedaliere; progetti formativi per lo sviluppo di percorsi di acquisizione di competenze di management per i professionisti del SSN; 4.200 contratti di formazione specialistica aggiuntivi.



## 4. LE CASE DELLA COMUNITÀ

Come preannunciato nel capitolo 3, tra i vari interventi previsti per il rafforzamento della sanità territoriale, vi è la creazione e attivazione entro il 2026 di 1.350 Case della Comunità (CdC). Si tratta di luoghi fisici concepiti per essere di facile individuazione e accesso da parte della popolazione, ove cittadini e pazienti possano trovare agevolmente le risposte alle proprie necessità assistenziali e sanitarie. L'obiettivo principale delle Case della Comunità è in particolare quello di fornire tutti i servizi sanitari di base alla comunità di riferimento mediante il coinvolgimento di figure professionali come il Medico di Medicina Generale (MMG), il Pediatra di Libera Scelta (PLS), gli infermieri di comunità, gli specialisti ambulatoriali, altre figure professionali (come logopedisti, tecnici della riabilitazione, psicologi, dietologi, fisioterapisti).

L'Infermiere di Famiglia o Comunità è la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità, realizzandola in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità per perseguire l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti, e ponendo al centro la persona. L'infermiere di comunità è una figura professionale già prevista nel Decreto-legge n° 34/2020.

In base a quanto descritto nel PNRR, la Casa della Comunità garantisce l'erogazione dei seguenti servizi:

- Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario e sociale
- Punto prelievi
- Servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicità (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, oct, spirometro, ecc.) anche attraverso strumenti di telemedicina (es. telerefertazione)
- Servizi ambulatoriali specialistici per le patologie ad elevata prevalenza (cardiologo, pneumologo, diabetologo, ecc.)
- Servizi di prevenzione collettiva e promozione della salute a livello di comunità, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC), ambulatori infermieristici per la gestione integrata della cronicità e per la risposta ai bisogni occasionali
- Interventi di prevenzione e promozione della salute a livello di comunità, anche attraverso i Consultori familiari e l'attività rivolta ai minori - ove esistenti - che si articolano con il mondo educativo e scolastico per gli specifici interventi sulla popolazione 0-18 anni (facoltativo)
- Attività di profilassi vaccinale in particolare per alcune fasce di età o

condizioni di rischio e di fragilità. Tutte le attività di profilassi vaccinale e di sorveglianza di malattie infettive sono in linea con le indicazioni del Dipartimento di Prevenzione

- Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale
- Servizio di assistenza domiciliare di base
- Integrazione con i servizi sociali

Quanto alla distribuzione sul territorio nazionale, il numero delle nuove Case della Comunità previste per Regione è variabile, come illustrato nella tabella seguente.

<b>Regioni</b>	<b>Case della Comunità previste</b>
Piemonte	82
Valle d'Aosta	2
Lombardia	187
PA Bolzano	10
PA Trento	10
Veneto	91
Friuli-Venezia Giulia	23
Liguria	30
Emilia-Romagna	84
Toscana	70
Umbria	17
Marche	29
Lazio	107
Abruzzo	40
Molise	9
Campania	169
Puglia	120
Basilicata	17
Calabria	57
Sicilia	146
Sardegna	50
<b>Italia</b>	<b>1.350</b>

Ogni Casa della Comunità prevede l'impiego di 5 unità di personale amministrativo, 10 MMG e 8 infermieri che, rapportati all'intero investimento, significa un totale di 6.750 amministrativi e 10.800 infermieri che dovranno essere assunti, a partire dal 2026, per poter rendere queste strutture realmente operative.

Il finanziamento per il personale è invece quantificato per soli 94,5 milioni di euro, che saranno sufficienti per 2.363 infermieri (D.L. 34/2020 art.1



c.5). Per la rimanente parte del personale sanitario (15.187 operatori sanitari), il PNRR sostiene di poter ricavare le risorse necessarie alla loro assunzione grazie alla riorganizzazione dell'assistenza sanitaria (e quindi alla riduzione dei ricoveri inappropriati, alla riduzione del consumo dei farmaci, alla riduzione degli accessi inappropriati al Pronto Soccorso, etc.).

Le Case della Comunità hanno dunque la potenzialità di avvicinare fortemente i servizi sanitari ai bisogni dei cittadini, ma nella pratica sono caratterizzate da alcune importanti criticità.

I Medici di Medicina Generale dovrebbero ad esempio svolgere un ruolo cruciale per l'effettivo funzionamento di queste strutture, e sarebbe richiesta l'adesione di almeno 13.500 MMG in Italia. Ciononostante, il coinvolgimento di queste figure professionali nella programmazione del servizio pare sia stato scarso e al di sotto delle aspettative, con la conseguenza che al momento la partecipazione al progetto di questi professionisti è condizionata da eventuali incentivi che saranno messi a disposizione.

Il personale da destinare a queste strutture rappresenta peraltro uno dei punti critici del Piano anche per altri versi: le assunzioni non sono previste nel budget del PNRR e peseranno sul bilancio pubblico a partire dal 2027.

Occorre inoltre considerare che il finanziamento pubblico previsto ammonta a 94,5 milioni, e sarà molto difficile riuscire a ricavare dalla riorganizzazione sanitaria i rimanenti 607,5 milioni previsti per l'assunzione di tutto il personale necessario all'attivazione delle Case della Comunità.

Il rischio di creare delle strutture che non potranno essere attive per mancanza di risorse sia umane che economiche è dunque molto alto.

### *Medicina territoriale di prossimità: l'esempio dell'Emilia-Romagna*

La necessità di una riformulazione del modello di medicina territoriale attualmente utilizzato in Italia, cruciale per il rilancio della sanità del Paese, è stata sollevata dai decisori politici in diverse occasioni recenti e passate, e dal Presidente del Consiglio Mario Draghi durante i discorsi alle Camere per la fiducia del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

Il rafforzamento della sanità del territorio, come si evince dal Piano stesso, passerà attraverso la realizzazione di una capillare rete di servizi di base, tra cui: ospedali di comunità, case della comunità, centrali operative territoriali (COT), assistenza domiciliare integrata (ADI), telemedicina.

Una delle prime regioni ad aver intrapreso il proprio percorso verso questo modello di sanità territoriale è l'Emilia-Romagna, che può quindi fornirci attualmente evidenze e risultati derivanti dalla applicazione del modello stesso.

Basata sul principio Hub&Spoke, l'Emilia-Romagna ha realizzato una solida rete di servizi sanitari costituiti da strutture a media-alta complessità assistenziale (Hub) e strutture a bassa complessità assistenziale (Spoke).

Questo sistema garantisce al cittadino il principio di prossimità, necessario per una presa in carico a 360° per la cura: le case della salute - di cui ne esistono già attive 126 - rappresentano il luogo della presa in carico della cronicità, della medicina preventiva (screening, vaccinazioni), dei consultori, della salute mentale, dei servizi socioassistenziali.

Avviato con Decreto di Giunta Regionale<sup>8</sup>, il modello è stato studiato mediante analisi dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS)<sup>9</sup>, che ha valutato l'impatto delle Case della Salute e degli Ospedali di Comunità in base ad alcuni indicatori correlati allo stato di salute della popolazione assistita (e desumibili da flussi amministrativi regionali).

Ne è emerso che, nei territori in cui sono inserite le 88 strutture oggetto di indagine dal 2009-2019, gli accessi al Pronto Soccorso per cause che non richiedano un intervento urgente si sono ridotti del 16,1%, percentuale che raggiunge il 25,7% nel caso in cui il medico di medicina generale fornisce assistenza al suo interno.

Inoltre, i ricoveri ospedalieri per patologie gestibili a livello ambulatoriale (ad esempio, diabete mellito, polmonite batterica, scompenso cardiaco, BPCO) hanno mostrato una riduzione del 2,4%, valore che aumenta al 4,5% in caso di presenza in struttura del medico di medicina generale (MMG).

**Quindi, nella regione Emilia-Romagna, la riduzione dei ricoveri ospedalieri non necessari (cioè considerati inappropriati) è stata nel periodo di osservazione di poco inferiore al 26%, ed è stata influenzata dalla presenza del MMG presso le strutture territoriali.**

Il rafforzamento dei servizi territoriali ha avuto inoltre **un effetto di intensificazione dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) sia infermieristica che medica, con un 9,5% di prestazioni in più** rispetto al decennio precedente (circa 3.000 servizi di assistenza domiciliare in più).

---

<sup>8</sup> Case della Salute: indicazioni regionali per il coordinamento e lo sviluppo delle comunità di professionisti e della medicina d'iniziativa. <https://bur.regione.emilia-romagna.it/bur/area-bollettini/bollettini-in-lavorazione/dicembre-periodico-parte-seconda-2a-quindicina.2016-12-27.1859352012/case-della-salute-indicazioni-regionali-per-il-coordinamento-e-lo-sviluppo-delle-comunita-di-professionisti-e-della-medicina-diniziativa/allegato-case-per-la-salute-in.2016-12-27.1482846403>

<sup>9</sup> Dossier n. 269/2020 - Valutazione di impatto delle Case della Salute su indicatori di cura, 2009-2019. <https://assr.regione.emilia-romagna.it/pubblicazioni/dossier/doss269>

## 5. GLI OSPEDALI DI COMUNITÀ

Tra gli altri investimenti della Missione 6 del PNRR attirano particolare interesse gli Ospedali di Comunità (OdC): strutture residenziali sanitarie della rete territoriale a ricovero breve e destinate a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata.

Questi luoghi sono stati concepiti come strumento per consentire di dimettere in modo sicuro e appropriato pazienti da strutture ospedaliere per acuti verso strutture più idonee alle necessità socioassistenziali, alla stabilizzazione clinica, al recupero funzionale, permettendo inoltre a familiari e caregiver di avere il tempo necessario per adattare l'ambiente domestico alla presa in carico del paziente.<sup>10</sup>

### Quali caratteristiche avranno gli OdC del PNRR?

Saranno previsti in ogni OdC la quota di almeno 20 posti letto (fino a un massimo di 40 posti letto) a gestione prevalentemente infermieristica e con un OdC ogni circa 100.000 abitanti. Il personale sanitario e i costi necessari per gli OdC a livello nazionale sono riportati nella tabella che segue.

Tipologia personale	Unità di personale per OdC	Costo per unità <sup>11</sup>	Tot unità personale nazionale	Costo totale
Medico	1 (4.5 h/die x 6 gg/sett)	70.000 €	400 (561.600 h/anno)	28.000.000 €
Infermieri	9	50.000 €	3.600	180.000.000 €
OSS	6	40.000 €	2.400	96.000.000 €
Totale	16		6.400	304.000.000 €

### Quali saranno i criteri di ammissione al ricovero in queste strutture?

Dal PNRR si evidenziano alcune caratteristiche necessarie per l'ammissione dei pazienti al ricovero negli Ospedali di Comunità:

- Pazienti con multimorbidità provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa;
- Pazienti fragili e/o cronici provenienti dal domicilio per la presenza di una riacutizzazione di condizione clinica preesistente, comunque non meritevole di ricovero presso ospedale per acuti;

<sup>10</sup> Consiglio dei Ministri, Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), 2021. Consiglio dei ministri: documentazione del Governo inviata all'UE a corredo del PNRR.

<sup>11</sup> Individuati tramite i contratti collettivi nazionali di lavoro (CCNL) per comparto e dirigenza

- Pazienti che necessitano di assistenza infermieristica nelle ADL (Activity of Daily Living), nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi non erogabili a domicilio, monitoraggi;
- Necessità di formazione/educazione/addestramento del paziente e caregiver prima dell'accesso a domicilio.

Sono stati inoltre individuati gli Indicatori di Monitoraggio sul funzionamento degli OdC, che sono:

Tasso di ricovero della popolazione >75 anni
Tasso di ricovero della popolazione <14 anni
Tasso di ricovero in Ospedale per acuti durante la degenza in OdC
Tasso di riospedalizzazione a 90 giorni
Degenza media in Ospedali di Comunità
Degenza oltre le 6 settimane (o N° di outlier)
N. pazienti inviati da MMG/PLS
N. pazienti inviati da ospedali

### Quali le tempistiche di realizzazione?

L'obiettivo del PNRR è di terminare entro la prima metà del 2026 la realizzazione dei 400 nuovi OdC previsti in tutte le regioni italiane, distribuiti come illustrato in figura a pag. 63. Il costo dell'intervento è di 1 miliardo di euro complessivi nazionali per un'aggiunta di 8.000 posti letto totali nazionali (che si sommeranno ai 3.163 posti letto degli Ospedali di Comunità già esistenti sul suolo italiano)<sup>12</sup>.

### Quali i costi complessivi dell'operazione di realizzazione?

Per ogni nuovo Ospedale di Comunità si è ipotizzato un costo di realizzazione di 2.174.000 euro a cui si è stimato di aggiungere un 15% di costi per le tecnologie (pari a 326.000 euro per struttura), per un costo complessivo per ogni ospedale di 2.500.000 euro.

Tipo di costo	Unità	Costo unitario	Costo totale
Costi costruttivi	400	2.174.000	869.600.000
Tecnologie	400	326.000	130.400.000
Totale			1.000.000.000

<sup>12</sup> "Case della Salute e Ospedali di Comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale" a cura del Servizio Studi Affari Sociali della Camera dei Deputati e allegato



### Quali i costi per il mantenimento all'anno?

Il costo del personale per ciascuna struttura sarà pari a € 760.000, per cui il costo complessivo del personale dei 400 Ospedali di Comunità è quantificabile in € 304.000.000 che non fanno parte del PNRR e peseranno sul bilancio pubblico a partire dal 2027.<sup>13</sup> A questi costi del personale andranno aggiunti i costi di manutenzione, degli ambienti fisici, delle tecnologie, etc.

<sup>13</sup> Consiglio dei Ministri: documentazione del Governo inviata all'UE a corredo del PNRR. Camera Dei Deputati, Case della salute ed Ospedali di Comunità: Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale, 1/3/2021.

## 6. GLI ALTRI SERVIZI TERRITORIALI DEL PNRR

Al secondo punto della componente 1 della Missione 6, troviamo l'investimento riguardante la "Casa come primo luogo di cura, assistenza domiciliare e telemedicina". Con una somma prevista di 4 miliardi di euro, il progetto ha come fine ultimo quello di prendere in carico, entro la metà del 2026, almeno il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni, con particolare attenzione verso i portatori di una o più patologie croniche e/o non autosufficienti.

Nello specifico il Piano 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 (2,72 miliardi di euro)
- Realizzare presso ogni Azienda Sanitaria Locale (ASL) un sistema informativo in grado di rilevare dati clinici in tempo reale
- Attivare 600 Centrali Operative Territoriali (COT), una in ogni distretto, con la funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialogo con la rete dell'emergenza-urgenza (280 milioni di euro)
- Utilizzare la telemedicina per supportare al meglio i pazienti con patologie croniche (1 miliardo di euro)

### 6.1 Rafforzamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

Al 1° gennaio 2019 gli over 65enni sono 13,8 milioni (rappresentano il 22,8% della popolazione totale) e per il 2026 ci sarà un incremento di 807.907 anziani, portando il numero di potenziali assistiti over 65 a 14,6 milioni di italiani.

Per ottenere una previsione del costo necessario a raggiungere un tal numero di assistiti tramite l'ADI, si è fatto riferimento alle casistiche provenienti dall'ADI delle regioni Toscana, Veneto ed Emilia-Romagna, dove si hanno 4 livelli di intensità assistenziale, ogni livello con un determinato numero di accessi mensili previsto e di relativi costi individuali:



ADI - livelli di assistenza per intensità	% di pazienti sul totale	Numero addizionale di anziani assistiti	Costi per gli accessi addizionali (€)
Base	60%	483.782	104.712.925
Primo livello	20%	161.594	204.343.403
Secondo livello	10%	80.797	353.655.358
Terzo livello	4%	32.319	325.504.494
Cure palliative domiciliari	6%	48.478	611.763.186
<b>Totale</b>	<b>100%</b>	<b>806.970</b>	<b>1.599.979.366</b>

Il costo della presa in carico degli assistiti varierà sulla base del loro livello di intensità assistenziale (si va infatti da un minimo di una visita al mese fino a un massimo di 15 visite al mese per i pazienti in cura palliativa), ma mediamente la spesa media annua per ogni assistito trattato a domicilio sarà di 1.980 euro. Per riuscire a sostenere questa spesa, il governo ha previsto un incremento sequenziale del budget destinato all'ADI (pag. 66)

Secondo quanto riportato dalla documentazione del Governo italiano inviata alla Commissione Europea a corredo del PNRR, i fondi destinati al personale sanitario necessario all'espletazione dei servizi di assistenza domiciliare saranno coperti fino al 2027. In seguito, le risorse necessarie (1,1 miliardi di euro circa sul fronte dell'ADI) dovranno essere reperite tramite il risparmio derivante dalla riorganizzazione sanitaria, dalla riduzione della spesa farmaceutica e dalla riduzione degli accessi inappropriati in Pronto Soccorso.

Alle prevedibili criticità di carattere finanziario, si aggiungono ulteriori aspetti problematici come quelli riguardanti le prestazioni. Infatti, pur aumentando il numero dei pazienti assistiti a domicilio, non è chiaro in che modo saranno soddisfatte le prestazioni per singola persona: considerando cioè le 18 ore in media attualmente previste per ciascun assistito, le cure domiciliari potranno essere offerte solo per un breve periodo di tempo e attendibilmente a ridosso della dimissione ospedaliera.

L'analisi delle risorse e dei costi riguardanti l'ambito dell'assistenza domiciliare integrata mostra dunque che l'aumento del numero degli assistiti raggiunti dall'ADI, non è accompagnato da garanzia di qualità di assistenza mantenendo invariato il problema legato all'ambito socio-sanitario, sempre più caratterizzato da cittadini ultrasessantacinquenni non autosufficienti che necessitano di assistenza per lo svolgimento delle attività fondamentali di vita quotidiana (ADL) e che dovranno continuare a far affidamento su badanti e caregiver.



	2022	2023	2024	2025	2026	2027
<b>I COSTI</b>						
Costi del personale dell'assistenza domiciliare	578.231.762	760.889.632	997.151.408	1.283.890.954	1.599.979.366	1.599.979.366
<b>FINANZIAMENTI</b>						
Fondo sanitario di cui al comma 4, art. 1 del D.L. 34/2020	265.028.624	265.028.624	265.028.624	265.028.624	265.028.624	265.028.624
Fondo sanitario di cui al comma 5, art. 1 del D.L. 34/2020	235.000.000	235.000.000	235.000.000	235.000.000	235.000.000	235.000.000
<b>PNRR</b>	78.203.138	260.861.007	497.122.784	783.862.329	1.099.950.742	-
Risorse da reperire						1.099.950.742
<b>GLI ASSISTITI</b>						
Numero addizionale di anziani assistiti a domicilio	292.000	384.240	503.549	648.349	807.970	807.970



## 6.2 Le Centrali Operative Territoriali (COT)

Si tratta di strutture che svolgono una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e di raccordo tra servizi e professionisti, al fine di assicurare 7 giorni su 7 continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria. L'obiettivo è la realizzazione di 600 COT, una in ogni distretto sanitario, da effettuarsi entro il primo trimestre del 2024.

Le risorse destinate a questo obiettivo ammontano a 280 milioni così ripartiti:

- Circa 90 milioni di euro destinati alla ristrutturazione degli edifici esistenti;
- Circa 58 milioni di euro destinati ai dispositivi di supporto dei pazienti e degli operatori sanitari, tra cui gli strumenti legati all'utilizzo della telemedicina;
- Circa 50 milioni di euro (10 milioni per ogni anno) destinati al completamento del progetto pilota riguardante l'intelligenza artificiale come strumento a supporto dell'assistenza primaria (col fine di verificare le opportunità e i rischi relativi all'implementazione di tali strumenti all'interno del SSN);
- Circa 42 milioni di euro destinati alla interconnessione aziendale (l'acquisto di software, hardware, migrazione e interconnessione dati, nonché per la formazione del personale);
- Circa 25 milioni di euro destinati al Potenziamento del Portale della Trasparenza, strumento in grado di garantire al cittadino informazioni chiare e affidabili, integrando diverse fonti informative provenienti da ambiti nazionali e internazionali;
- Circa 13 milioni di euro destinati all'acquisto delle tecnologie necessarie all'attivazione delle COT.

La suddivisione regionale delle COT è definita come segue a pag. 68

<b>Regioni</b>	<b>n. COT previste</b>
Piemonte	43
Valle d'Aosta	1
Lombardia	101
PA Bolzano	5
PA Trento	5
Veneto	49
Friuli Venezia Giulia	12
Liguria	15
Emilia Romagna	45
Toscana	37
Umbria	9
Marche	15
Lazio	59
Abruzzo	13
Molise	3
Campania	58
Puglia	40
Basilicata	6
Calabria	19
Sicilia	49
Sardegna	16
<b>Italia</b>	<b>600</b>

Lo scopo principale delle COT sarà quello di fornire mezzi tecnologici per garantire il controllo remoto dei dispositivi di telemedicina forniti ai pazienti, sostenere lo scambio di informazioni tra gli operatori sanitari coinvolti nella cura, costituire un punto di riferimento per i caregiver, sia per la formazione alla cura che per la sua attuazione, e fungere da punto di riferimento in caso di ulteriori necessità assistenziali del paziente.

Per ogni COT sono previsti un coordinatore e 5 infermieri di comunità. Come si sarà potuto notare, non sono previsti investimenti per i costi relativi al personale; il costo previsto per l'assunzione è stimato intorno ai 150 milioni di euro l'anno e saranno reperiti tramite le risorse previste dal D.L. 34/2020 art. 1 c.5 a partire dal secondo trimestre del 2024.

Descrizione personale	Unità di personale per COT	Incremento costi unitari	Totale unità di personale	Costi addizionali (€)	Fonte del finanziamento (€)
Infermieri di famiglia	5	40.000	3.010	120.400.000	D.L. 34/2020 art. 1 c.5
Coordinatore	1	50.000	602	30.100.000	
<b>Totale</b>				<b>150.500.000</b>	



### 6.3 Telemedicina

La transizione digitale rappresenta uno dei tre assi strategici su cui si basa il PNRR e a cui viene destinato il 27% totale degli investimenti previsti. Tra le varie misure previste per l'avanzamento digitale del Paese vi è quello riguardante la Telemedicina.

Si tratta di un investimento di 1 miliardo di euro, inserito insieme all'investimento destinato all'ADI all'interno del capitolo "reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" (intervento M6C1). Questo perché la telemedicina, agendo sinergicamente con gli altri servizi presenti nel territorio, è identificata come strumento imprescindibile per rafforzare l'assistenza sul territorio e al domicilio.

L'obiettivo macro della presente misura è quello di incrementare il numero di pazienti presi in carico a domicilio, consentendo di raggiungere il valore soglia del 10% degli assistiti ultrasessantacinquenni. Oltre a ciò, gli obiettivi secondari sono:

- Garantire equità e qualità delle cure offerte a tutta la popolazione (anche in contesti geografici svantaggiati);
- Ridurre gli accessi al PS, al day hospital, l'ospedalizzazione e il ricorso all'istituzionalizzazione;
- Permettere una dimissione protetta a domicilio dalle strutture sanitarie garantendo una continuità di assistenza e cura;
- Migliorare le transizioni tra setting grazie all'informatizzazione e all'interoperabilità dei sistemi.

Con il Decreto del 29 aprile 2022 e successivamente pubblicate nella Gazzetta Ufficiale del 24 maggio 2022, sono state rese disponibili le linee guida organizzative contenenti il "Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare". Queste definiscono un modello di riferimento per l'attuazione dei diversi servizi di telemedicina nel setting domiciliare, attraverso l'individuazione di processi innovativi di presa in carico del paziente a domicilio e la valorizzazione della collaborazione multiprofessionale e multidisciplinare tra i diversi professionisti.

I rischi presenti in questo processo di transizione volto al digitale sono legati alla possibile mancata partecipazione attiva degli operatori sanitari coinvolti in questo progetto, e alla possibile mancanza di conoscenze, non solo tecniche, ma soprattutto manageriali necessarie alla gestione dei nuovi piani di lavoro concernenti le diverse prestazioni in telemedicina. La direzione è quella auspicata, la leadership del processo di evoluzione è ora affidata alle Regioni, responsabili della sua realizzazione.

## 7. LA REGIONE LAZIO

### Servizi territoriali, PNRR e criticità.

#### 7.1 Case della Comunità

Con una popolazione di 5.755.700 abitanti (ISTAT 01/01/2020), la Regione Lazio ha presentato tramite DGR 1005/2021 il Piano degli interventi PNRR relativo alle Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale.<sup>14</sup> All'interno della Deliberazione, si può notare come vengano sostanzialmente rispettate le indicazioni date dal Ministero della Salute (Mds) riguardanti il numero di OdC e COT da implementare grazie ai fondi del PNRR, ad eccezione delle CdC con un +33,6% rispetto al valore di riferimento fornito dal Mds<sup>15</sup> (cfr. tabella che segue)

	CdC	OdC	COT
Previsti da AGENAS	107	35	59
Previsti dalla DGR	143	36	59

Per quanto riguarda le 143 Case della Comunità che saranno finanziate col PNRR, si può dire che si tratta di 143 strutture di proprietà pubblica che necessitano di interventi su edifici già esistenti (tranne nel singolo caso della CdC di Castel di Tora che necessita di un intervento di ristrutturazione) e che verranno suddivise nei seguenti territori:

- 19 CdC nel territorio dell'ASL Roma 1
- 22 CdC nel territorio dell'ASL Roma 2
- 8 CdC nel territorio dell'ASL Roma 3
- 19 CdC nel territorio dell'ASL Roma 4
- 20 CdC nel territorio dell'ASL Roma 5
- 11 CdC nel territorio dell'ASL Roma 6
- 7 CdC nel territorio dell'ASL Viterbo
- 17 CdC nel territorio dell'ASL Frosinone
- 15 CdC nel territorio dell'ASL Latina
- 5 CdC nel territorio dell'ASL Rieti

<sup>14</sup> Deliberazione 30 dicembre 2021, n. 1005 Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione 6-Salute componente M6C1 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale. Investimenti 1.1, 1.2 e 1.3 - Definizione del Piano - Identificazione delle Strutture del PNRR e del piano regionale integrato

<sup>15</sup> Ripartizione programmatica delle risorse alle regioni e alle province autonome per i progetti del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e del Piano per gli investimenti complementari. (G.U. Serie Generale, n. 57 del 09 marzo 2022)



Il finanziamento stimato per la realizzazione delle 143 CdC ammonta a € 158.494.374 (calcolato sulla base delle 107 CdC quantificate da AGENAS). Questo significa che mediamente per ogni CdC sono destinati € 1.108.352 (invece dei € 1.600.000 previsti dal PNRR iniziale) e questa somma sarà necessaria alla dotazione, per ciascuna delle CdC, di 10-15 sale di consulenza ed esame, del punto prelievo, della strumentazione necessaria all'erogazione dei servizi diagnostici di base (per esempio, ecografia, elettrocardiografia, radiologia, spirometria, ecc.), nonché per la messa in regime dell'innovativo sistema di interconnessione dati.

La superficie complessiva delle CdC oggetto di intervento è estremamente variabile: si va dai 50 mq della CdC di Civitella San Paolo all'interno dell'ASL Roma 4, ai 1.200 mq della CdC di Marino dell'ASL Roma 6.

Quanto alle risorse umane, secondo il PNRR sono previste per ciascuna Casa della Comunità 5 unità di personale amministrativo, 10 medici di medicina generale e 8 infermieri. Complessivamente saranno necessari quindi per la sola Regione Lazio 715 amministrativi, 1.430 medici di medicina generale (che dovranno accettare di trasferirsi all'interno delle CdC) e 1.144 infermieri.

Questo personale dovrà essere assunto nel 2027, ovvero quando le Case della Comunità diverranno pienamente operative. Il PNRR non include risorse aggiuntive per l'assunzione del personale che andranno ricavate quindi al termine del programma del PNRR nel 2026. L'unico finanziamento pubblico previsto attualmente riguarda quello indicato nel D.L. 34/2020 art. 1 c.5 che prevede 94,5 milioni di euro da ripartire a livello regionale per il finanziamento di 2.363 infermieri (corrispondenti a circa 10,5 milioni per l'assunzione di 262 infermieri per la Regione Lazio). Per l'assunzione del resto del personale (715 amministrativi e 882 infermieri), il cui costo è stimato intorno ai € 56.730.000, non sono previsti finanziamenti, ma si calcola di stanziare le risorse necessarie tramite le riorganizzazioni sanitarie proposte (riduzione ricoveri inappropriati, riduzione del consumo dei farmaci, riduzione accessi inappropriati al Pronto Soccorso, ecc.).

Personale nel Lazio	Unità (per ogni CdC)	Costo unitario (in euro)	Unità di personale totali in regione	Finanziamenti (euro)	Fonte finanziamento
Amministrativi	5	30.000	715	-	Nessun finanziamento previsto
Medici di medicina Generale (MMG)	10	-	1.430	-	
Infermieri di famiglia	6	40.000	882	-	
	2	40.000	262	10.500.000	D.L. 34/2020 art. 1 c.5
<b>Totale</b>	<b>23</b>	<b>-</b>	<b>3.289</b>	<b>10.500.000</b>	

Le Case della Comunità rappresentano dunque un lodevole tentativo di riformare le cure primarie, e come tale merita una particolare attenzione. Permangono però perplessità legate al ruolo e alla definizione delle competenze che queste strutture andranno ad avere.

Inoltre, le Case della Comunità sono state istituite sulla base del numero di abitanti, scelta che è a rischio di provocare, all'interno della stessa regione, grosse disparità in termini di equo accesso alle strutture poiché località con pochi abitanti o situate in zone rurali o montane, avranno prevedibilmente poche strutture (CdC, OdC, COT) a disposizione e anche distanti. Si pensi, ad esempio per la Regione Lazio, a zone disagiate come possono essere quelle di Amatrice o Accumoli in provincia di Rieti.

Il discorso relativo alla distanza dal proprio domicilio alla CdC non riguarda solo il cittadino/paziente che avrà difficoltà a raggiungere il luogo della propria presa in cura, ma riguarda anche, e soprattutto, i medici di medicina generale che dovranno essere coinvolti (e convinti) a lavorare in strutture distanti in alcuni casi anche 30 minuti di macchina dal proprio domicilio.

## 7.2 Ospedali di Comunità

Dagli ultimi dati presenti sul sito del Ministero della Salute, per la Regione Lazio sono conteggiati 21.148 posti letto per acuti (di cui 17.580 in strutture pubbliche e 3.568 in strutture accreditate) su un totale di 5,8 milioni di residenti laziali, portando a un tasso di 3,67 posti letto per acuti per 1.000 abitanti. Per quanto riguarda invece i posti letto per non acuti, notiamo che nella Regione Lazio sono presenti 1.169 posti letto in strutture pubbliche e 2.591 nelle strutture accreditate, portando a un totale di 3.760 posti letto per post acuti in regione e a un tasso di 0,65 posti letto per post acuti per 1.000 abitanti.

Tramite il PNRR questo tasso supererà la soglia fissata dal Decreto Ministeriale 70 del 2 aprile 2015, che indica come obiettivo una media complessiva pari o inferiore ai 3,7 posti letto per acuti ogni 1.000 abitanti e 0,7 posti letto per post acuti ogni 1.000 abitanti.<sup>16</sup>

Nello specifico, nella Regione Lazio ci sarà un'aggiunta di 775 posti letto per non acuti, comportando un aumento di 0,14 posti letto per 1.000 abitanti tramite l'attivazione degli OdC e portando quindi il tasso a 0,79 posti letto per 1.000 abitanti.

Visti i criteri di eleggibilità sopra riportati e riguardanti i potenziali pazienti delle suddette strutture, è presumibile che gli OdC andranno a intercettare quel bacino di utenti che, nonostante non abbiano le caratteristiche necessarie per continuare a rimanere ricoverati (per insussistenza di criteri clinici), non possiedono nemmeno i criteri per una corretta dimissione domiciliare (per necessità di monitoraggio infermieristico, per educazione e addestramento del caregiver e del paziente, per riattivazioni funzionali). Sono pazienti, pertanto, che attualmente continuano a occupare posti letto in strutture ospedaliere, rallentando la potenziale presa in carico di nuovi pazienti.

Si può supporre che gli OdC andranno quindi da una parte a ritardare la dimissione a domicilio di pazienti (che necessitano ancora di cure e assistenza), dall'altra parte a diminuire le giornate di degenza per le varie patologie trattate in ospedali per acuti.

Questa diminuzione delle giornate di degenza sarà spalmata sia sugli ospedali pubblici che su quelli privati accreditati? E in caso, saranno interessati in ugual misura? Al momento non è specificato. Esistono esperienze in altre regioni.

---

<sup>16</sup> Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70. Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. (G.U. 4 giugno 2015, n. 127)

### *Provenienze e dimissioni dell'Ospedale di Comunità: l'esperienza dell'Ospedale di Tregnano.*

Se prendessimo come riferimento i dati reali provenienti dall'OdC di Tregnano (VR), che ha pubblicato i dati relativi a provenienza e destinazione dei pazienti ammessi dal 2015 al 2020, potremmo dedurre alcune considerazioni.

Come si può notare nelle tabelle seguenti, le provenienze dei pazienti che afferiscono all'OdC sono unicamente 2:

- 1) dal domicilio per un 54.1% dei casi;
- 2) da ospedali (pubblici) per acuti nel rimanente 45.9% dei casi.

Non si sono verificati ricoveri in OdC di pazienti provenienti da Ospedali privati accreditati o da strutture residenziali (sia pubbliche che private).

Anno	Domicilio	Ospedale	Totale
2015	121 (58.5%)	86 (41.5%)	207
2016	107 (52.9%)	95 (47.1%)	202
2017	106 (53.8%)	91 (46.2%)	197
2018	108 (54.3%)	91 (45.7%)	199
2019	116 (57.7%)	85 (42.3%)	201
2020	50 (42.0%)	69 (58.0%)	119
<b>Totale</b>	<b>608 (54.1%)</b>	<b>517 (45.9%)</b>	<b>1.125</b>

Dalla tabella seguente si nota come, nonostante il domicilio rappresenti la destinazione principale dei dimessi dagli OdC, le dimissioni verso Ospedali (pubblici o privati) e strutture sociosanitarie consistano in una apprezzabile quota delle modalità di dimissione.

Questa esperienza ci permette di osservare che le provenienze dei pazienti dell'OdC sono state prevalentemente dagli ospedali pubblici per acuti (forse sono gli unici dell'esperienza locale veneta?), e che le dimissioni e con conseguente presa in carico hanno riguardato sia Hospice o case di Cure/ residenze per anziani (pubbliche o private accreditate).

Infine, da notare in questa esperienza veneta anche il ridotto numero dei decessi, che indica un'adeguata selezione dei pazienti da ricoverare (non si tratta infatti di un hospice ma di un ospedale per non acuti).

Anno	Domicilio	Ospedale	Altre strutture	Decessi
2015	170 (87.2%)	12 (6.2%)	12 (6.1%)	1 (0.5%)
2016	166 (81.8%)	15 (7.4%)	14 (6.8%)	8 (4.0%)
2017	163 (82.8%)	7 (3.6%)	21 (10.6%)	6 (3.0%)
2018	169 (84.5%)	10 (5.0%)	16 (8.0%)	5 (2.5%)
2019	156 (77.2%)	14 (7.0%)	24 (11.9%)	8 (3.9%)
2020	99 (81.8%)	13 (10.7%)	6 (5.0%)	3 (2.5%)
<b>Totale</b>	<b>923 (82.5%)</b>	<b>71 (6.36%)</b>	<b>93 (8.32%)</b>	<b>31 (2.77%)</b>

Fonte: Gli Ospedali di Comunità: Proposta di modello organizzativo. Psicogeriatria.  
<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato2968052.pdf>



In altre esperienze regionali, come ad esempio l'esperienza sopra menzionata dell'ospedale di Tregnano, gli OdC hanno alleggerito il carico di lavoro presente sugli ospedali (pubblici e accreditati), soprattutto per quanto riguarda le attività di degenza per non acuti.

Volendo impostare un ragionamento su come potrebbe essere la distribuzione delle giornate di degenza rispetto agli Ospedali di Comunità nel Lazio, sappiamo che nel 2019 le attività di degenza per non acuti delle strutture di ricovero pubbliche e private accreditate sono state le seguenti<sup>17</sup>:

Anno 2019 nel Lazio	Ospedali pubblici	Ospedali privati accreditati	Finanziati dal PNRR
PL utilizzati	1.128	2.475	775 (in 36 OdC)
Ricoveri	9.893	27.631	
Giorni di degenza effettuati	376.267	817.666	246.667 (potenziali)
Tasso di utilizzo dei PL	87,20%	90,50%	
Giornate di degenza media	38	29,6	

Il PNRR per la Regione Lazio prevede l'implementazione aggiuntiva di:

- 775 posti letto;
- 36 Ospedali di Comunità;

Utilizzando la stessa percentuale di tasso di utilizzo dei posti letto presente negli ospedali pubblici otteniamo un totale di 246.667 giornate di degenza potenzialmente utilizzate dai futuri Ospedali di Comunità. Possiamo ipotizzare che queste giornate di degenza vengano ripartite proporzionalmente (sulla base dei dati attuali) tra pubblico e privato accreditato.

In questo caso, avremmo teoricamente:

- 168.965 giornate di degenza effettuate in meno per il privato accreditato
- 77.702 giornate di degenza effettuate in meno per il pubblico

Come evidenziato, i criteri indispensabili di accoglibilità presso gli OdC sono: assenza di problematiche acute in atto; condizione clinica stabile; inquadramento diagnostico definito; e un programma terapeutico delineato.

<sup>17</sup> Diciannovesimo rapporto annuale 2021 AIOP Ospedale & Salute. Franco Angeli s.r.l., Milano, Italy

## Ma quali patologie saranno indirizzate verso gli Ospedali di Comunità?

Sulla base dei criteri di ammissibilità descritti dal PNRR per gli Ospedali di Comunità, si può ipotizzare che le malattie e le condizioni cliniche che saranno gestite all'interno di queste strutture saranno attendibilmente quelle a maggiore durata di degenza, rispondenti ai requisiti del PNRR.

Secondo uno studio della Università Bocconi<sup>18</sup> (che prende in esame 8 Ospedali di Comunità presenti in Italia), si possono notare 4 tipologie principali di pazienti:

- a. Paziente che necessita di ricovero in struttura non ospedaliera, ma comunque in grado di fornire assistenza infermieristica: per es., un anziano affetto da polmonite che necessita di monitoraggio e ossigenoterapia;
- b. Pazienti che terminano il proprio percorso diagnostico terapeutico ma necessitano di protezione infermieristica: qui l'OdC interviene per ridurre la degenza ospedaliera e in sostituzione dell'ADI;
- c. Pazienti che necessitano di formazione e addestramento su terapia, medicinali, dispositivi medici da utilizzare;
- d. Pazienti che in seguito a interventi chirurgici, necessitano dell'aiuto di figure di riferimento (come fisioterapisti o logopedisti) per la riabilitazione muscolare e funzionale.

Purtroppo il PNRR non prevede all'interno degli OdC percorsi di riabilitazione. Anzi specifica trattarsi di strutture ad assistenza prevalentemente infermieristica. Quindi le evidenze dello studio della Università Bocconi non sono pienamente adattabili al caso degli OdC come da PNRR: ragionevolmente, tra tutti, il punto d) dello studio della Bocconi è quello che meno si adatta (i casi analizzati fanno riferimento a ospedali che trattano ricoveri di pazienti con necessità riabilitative le cui esigenze, costi e requisiti organizzativi sono diversi); ma forse neanche gli altri punti possono completamente essere usati come riferimento per gli OdC del PNRR e quindi anche in termini di analisi di impatto e costi sanitari, le conseguenze potranno essere diverse meritando una riflessione approfondita e tempestiva.

In ogni caso, nello studio della Bocconi, i criteri utilizzati per la selezione dei casi studio sono stati la rappresentatività geografica (rispetto alle ma-

---

<sup>18</sup> Gli Ospedali di Comunità in Italia: passato, presente e futuro di G. Fattore, F. Meda e M. Meregaglia.

[https://cergas.unibocconi.eu/sites/default/files/media/attach/Capitolo%2014%20Rapporto%20ASI%202021.pdf?zTxHl\\_csrKAKsXPQyrPiid9gLvC8W\\_Ck=](https://cergas.unibocconi.eu/sites/default/files/media/attach/Capitolo%2014%20Rapporto%20ASI%202021.pdf?zTxHl_csrKAKsXPQyrPiid9gLvC8W_Ck=)



cro-aree nazionali: Nord-Ovest, Nord-Est, Centro, Sud e Isole), la tipologia di sede (sede propria/contigua a Casa della Salute, ex ospedale per acuti riconvertito, etc.), e la disponibilità a collaborare delle strutture contattate. Nello specifico, i casi studio sono stati i seguenti:

- OdC di Bobbio, Emilia-Romagna
- OdC di Auronzo, Veneto
- OdC di Cisternino, Puglia
- OdC della AUSL Toscana Sud-Est
- OdC di Modigliana, Emilia-Romagna
- OdC di Trecenta, Veneto
- OdC di Demonte, Piemonte
- OdC di Larino, Molise

Dal citato studio, i pazienti rientrano principalmente nelle seguenti condizioni patologiche:

- Pazienti post ricovero, che necessitano di assistenza riabilitativa e/o assistenza continuata in fase post-acuta
- Pazienti post ricovero per frattura del femore
- Pazienti post ricovero per ictus con emiparesi
- Pazienti con patologie croniche cardiocircolatorie
- Pazienti anziani che necessitano di cure farmacologiche complesse o di riabilitazione post ricovero e intervento

Per quanto riguarda invece il PNRR, con quale criterio guida si deciderà quali patologie potranno essere gestite negli OdC? Saranno altre rispetto a quelle finora evidenziate?

Riusciranno gli OdC ad aggiungere *value* al sistema sanitario e cioè a migliorare gli esiti di salute mantenendo invariati o addirittura diminuendo i costi sostenuti (e quindi consentendo l'auspicata sostenibilità del SS Regionale e Nazionale)?

### 7.3 Altri servizi territoriali

Dei 2,72 miliardi di euro destinati all'assistenza domiciliare per trattare il 10% degli anziani (over 65), circa 260 milioni saranno destinati alla Regione Lazio. Risulta utile ricordare che nel 2019 dei 1.276.876 cittadini over 65 residenti nella Regione Lazio (fonti Istat), solo il 2,49% è riuscito a essere preso in carico a domicilio (dati disponibili dal flusso SIAD per l'anno 2019), contro una media nazionale di 5,06%.

Prendendo in esame le previsioni Istat sul numero di anziani presenti nel

Lazio per l'anno 2026, anno in cui l'assistenza domiciliare dovrà raggiungere il suo obiettivo finale, si presume che ci saranno circa 1.418.769 anziani. Possiamo quindi notare che dagli attuali 31.794 over 65 ad oggi trattati a domicilio, si dovrà arrivare a 141.877 (oltre 110.000 persone in più).<sup>19</sup>

Per garantire la crescita dell'assistenza domiciliare, a livello nazionale i costi per il personale a partire dal 2022 cresceranno di anno in anno di 578 milioni, fino ad arrivare ad un incremento, nel 2026, di 1.599.979.366 euro in più rispetto al 2021. Bisognerà vedere se tale somma risulterà sufficiente a coprire un tale carico di lavoro da parte del personale sanitario dei vari Distretti coinvolti in questo compito.

Inoltre, le previsioni su quali saranno le percentuali di pazienti per ogni intensità di assistenza domiciliare sono state effettuate, come detto anticipatamente, prendendo in considerazione i numeri provenienti da 3 regioni prese a modello (Toscana, Emilia-Romagna e Veneto). Purtroppo, come si può leggere dai dati provenienti dai flussi SIAD 2019, esiste una forte disomogeneità nelle proporzioni tra le varie categorie di intensità di assistenza domiciliare.

	<b>CIA base</b>	<b>CIA livello1</b>	<b>CIA livello 2</b>	<b>CIA livello 3</b>	<b>CIA livello 4</b>
ITALIA	40%	23%	23%	3%	11%
Sicilia	9%	16%	47%	7%	20%
Calabria	42%	27%	24%	3%	5%
Basilicata	17%	20%	28%	7%	28%
Puglia	19%	28%	29%	5%	20%
Campania	8%	17%	46%	8%	22%
Molise	21%	23%	33%	4%	20%
Abruzzo	19%	19%	38%	7%	17%
Lazio	14%	31%	36%	5%	14%
Marche	14%	40%	30%	3%	12%
Umbria	28%	39%	19%	3%	11%
Toscana	61%	21%	10%	2%	7%
Emilia Romagna	60%	22%	9%	2%	8%
Liguria	10%	45%	33%	3%	9%
Friuli V.G.	41%	36%	15%	2%	6%
Veneto	53%	26%	12%	2%	7%
P.A. Trento	49%	30%	13%	2%	6%
P.A. Bolzano	48%	35%	10%	2%	6%
Lombardia	39%	16%	30%	4%	10%
Valle d'Aosta	19%	34%	22%	6%	19%
Piemonte	52%	25%	11%	2%	10%

<sup>19</sup> <http://dati-anziani.istat.it/> (data di consultazione: 13/06/2022)



Questo comporta che, invece che una media di 60% di pazienti CIA (Coefficiente di Intensità Assistenziale) livello base, 20% di pazienti CIA livello 1, 10% di pazienti CIA livello 2, 4% di pazienti CIA livello 3 e 6% di pazienti CIA livello 4 (cure palliative), la Regione Lazio abbia, con solo il 14%, una sottostima dei pazienti assistiti in ADI con un CIA livello base, mentre tutte le altre categorie sono sovra rappresentate rispetto alla media derivante dalle 3 regioni prese in esame, ovvero con un 31% di pazienti con CIA livello 1, un 36% di pazienti con CIA livello 2, un 5% di pazienti con CIA livello 3, e un 14% di pazienti con CIA livello 4.<sup>20</sup>

Tutto ciò si traduce non solo in un maggior numero di accessi su base mensile, ma anche in una maggiore richiesta di visite specialistiche e super specialistiche. Ne consegue un aumento importante dei costi medi per assistito di cui non si tiene conto all'interno del PNRR e che determina quindi una sottostima dei costi necessari al raggiungimento dell'assistenza domiciliare del 10% degli anziani del nostro Paese. Si tratta di una conseguenza dell'impostazione del PNRR su base demografica anziché sui reali bisogni di salute delle popolazioni presenti all'interno delle diverse regioni d'Italia.

Infine, nonostante siano un obiettivo espresso all'interno della Missione 5 "Inclusione e Coesione" del PNRR, i temi dell'inclusione sociale e dell'assistenza socio-sanitaria vengono affrontati in maniera assai più limitata e con finanziamenti sicuramente di gran lunga inferiori rispetto a quelli destinati alle cure domiciliari delle Asl.

Solo 66 milioni di euro, su base nazionale, sono destinati al rafforzamento servizi sociali a domicilio, indirizzati più che altro a garantire la dimissione ospedaliera anticipata e a prevenire i ricoveri in ospedale. Sembra mancare una visione d'insieme che preveda una maggiore interazione tra le cure domiciliari medico-infermieristiche e le attività di assistenza e socio-sanitarie erogate solitamente dai Comuni.

---

<sup>20</sup> [www.pattononautosufficienza.it/wp-content/uploads/2021/09/Allegato-tecnico-2.pdf](http://www.pattononautosufficienza.it/wp-content/uploads/2021/09/Allegato-tecnico-2.pdf)

## 8. CONCLUSIONI

L'Italia ha saputo raggiungere per il 2021 tutte le milestone e i target previsti dal crono-programma del PNRR (51/51) e questo è un segnale di come tutti i Ministeri coinvolti nell'attuazione del Piano stiano dando massima priorità alla sua attuazione, tra cui anche il Ministero della Salute.

Tuttavia, analizzando il Piano per quanto concerne la Missione 6, emergono non poche criticità, già evidenziate nei precedenti capitoli e che meritano particolare attenzione in ottica di sostenibilità.

Prendiamo, come unico esempio per tutti, quello degli Ospedali di Comunità e ci chiediamo: sono idonei gli indicatori di monitoraggio individuati per fornire una reale misura del funzionamento, dell'efficacia e della qualità di cura fornita da queste strutture?

Si aggiunga poi il tema dei costi generali e ci chiediamo: i fondi a disposizione del Servizio Sanitario nazionale e dei Servizi Sanitari regionali saranno sufficienti a coprire le spese di mantenimento di queste strutture, auspicabilmente generanti risparmi visto l'obiettivo di razionalizzazione dei ricoveri?

Secondo le stime riportate dal PNRR, per il nostro esempio dell'Ospedale di Comunità, la giornata di degenza media andrebbe a costare solo 106 euro al giorno (valore calcolato tenendo conto unicamente del costo del personale per l'attivazione della struttura e senza considerare i normali costi legati a strumentazione, materiale sanitario, di gestione e di mantenimento della struttura). E occorre ricordare che attualmente la tariffa media degli Ospedali di Comunità già operativi è di 132 euro al giorno.<sup>21, 22</sup> Se non riusciremo, come attendibilmente saranno viste queste premesse, a garantire il costo di gestione degli Ospedali di Comunità previsto dal PNRR, bisognerà attingere a fondi aggiuntivi per la gestione di queste strutture (se il costo di gestione dei nuovi ospedali sarà in linea con quello delle strutture odierne, bisognerà prevedere un 25 % in più di quanto pattuito, cioè circa 76 milioni di euro in più all'anno).

Inoltre, gli 1,36 miliardi di euro previsti dal Piano di Sostenibilità e che saranno risparmiati tramite la riduzione delle ospedalizzazioni, degli accessi inappropriati nei Pronto Soccorso e della spesa farmaceutica, sembrano sproporzionati rispetto alle evidenze attuali.

Questa cifra deriva dalla somma di 4 elementi principali (come illustrato nella seguente tabella):

---

<sup>21</sup> L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – 6° Rapporto 2017/2018 – Il tempo delle risposte, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna (RN), 2017

<sup>22</sup> Pesaresi F., "Le tariffe delle Residenze sanitarie assistenziali", I Luoghi della Cura, 12/9/2019.



1	Aumento del finanziamento del SSN	180.000.000 €
2	Riduzione delle ospedalizzazioni ad alto rischio di inappropriatazza per patologie croniche	134.379.918 €
3	Riduzione degli accessi inappropriati in Pronto Soccorso per codici bianchi o verdi	719.294.197 €
4	Riduzione della spesa farmaceutica per le 3 categorie di farmaci ad alta assunzione e con elevato rischio di inappropriatazza (diabete, BPCO e ipertensione arteriosa)	329.000.000 €
	<b>Totale</b>	<b>1.362.674.115 €</b>

La stima sulla riduzione degli accessi al Pronto Soccorso è stata effettuata tramite i dati del flusso EMUR 2019: sono stati estrapolati i numeri relativi agli accessi con codice verde e bianco che non hanno determinato un ricovero, quindi 2.735.519 codici bianchi e 11.234.872 codici verdi (ovvero l'87,4% del totale degli accessi). Di questi, il 60% degli accessi con codice verde (6.740.923) e il 90% di quelli con codice bianco (2.461.967) sono stati considerati inappropriati e quindi evitabili.

Come abbiamo visto nel capitolo 4 per le Case e Ospedali di Comunità emiliani, realtà ben sedimentate nel territorio e da anni pienamente operative, sebbene marcati e incoraggianti, i dati relativi alla riduzione media degli accessi impropri in ospedali per acuti raggiunge il valore massimo del 26%, vale a dire un -34% di quanto previsto per i codici verdi e un -64% di quanto previsto per i codici bianchi.

A quanto sopra sui costi generali, si aggiunga poi il problema dei costi del personale. Qui non si tratta solo di un problema di reperimento o di carenza di personale sanitario.

Nel PNRR non sono previsti finanziamenti per il personale sanitario che dovrà lavorare in queste strutture, significando ulteriori pesi sul bilancio pubblico a partire dal 2027.

Come abbiamo visto, il Piano di Sostenibilità allegato al PNRR sostiene di poter risparmiare ben 1,36 miliardi dalla riorganizzazione delle strutture da destinare al finanziamento del personale sanitario. Il problema è che andando a sommare le necessità finanziarie per il personale di ADI (1.1 miliardo), Ospedali di Comunità (304 milioni) e Case di Comunità (567

milioni), si nota come si superi ampiamente il budget previsto (2 miliardi).<sup>23</sup>

Nella sola Regione Lazio e limitatamente agli Ospedali di Comunità, sarà necessario reperire entro il 2027 almeno 576 unità di personale sanitario (tra cui 36 medici, 324 infermieri e 216 OSS).

Il costo annuale da sostenere per la Regione Lazio per i soli stipendi del personale dei futuri OdC sarà di circa 27 milioni di euro.

Tipologia personale	Unità di personale per OdC	Costo per unità <sup>24</sup>	Tot unità personale per i 36 OdC della Regione Lazio	Costo totale annuale nel Lazio
Medico	1 (4,5 h/ die x 6 giorni/sett)	70.000 €	36 (50.544 h/anno)	2.520.000 €
Infermieri	9	50.000 €	324	16.200.000 €
OSS	6	40.000 €	216	8.640.000 €
Totale	16		576	27.360.000 €

Per quanto riguarda altri aspetti critici è poi ragionevole porsi altri interrogativi, è cioè:

1. Rispetto alla cooperazione per finalità sanitarie tra strutture sanitarie pubbliche e strutture private accreditate, come andranno a strutturarsi i rapporti tra le diverse amministrazioni? I nuovi servizi assistenziali e le nuove strutture si aggiungono infatti a una vasta rete di strutture già esistenti (lungodegenza post acuzie, riabilitazione ospedaliera, RSA, strutture residenziali riabilitative, ecc.) con le quali dovrebbe essere creata sinergia e integrazione anche a beneficio dell'ottimizzazione delle risorse.
2. In che modo/chi provvederà ai finanziamenti per i macchinari da utilizzare in questi nuovi Ospedali di Comunità? A quali risorse si attingerà per soddisfare il Piano? Sarà sufficiente il 15% del budget totale previsto per ogni singolo Ospedale (e quindi 326.000 euro) per l'ac-

<sup>23</sup> Gli ospedali di comunità nel PNRR: Grande sviluppo e qualche problema. Franco Pesaresi | 24 giugno 2021. <https://welforum.it/il-punto/verso-un-welfare-piu-forte-ma-davvero-coeso-e-comunitario/gli-ospedali-di-comunita-nel-pnrr/>

<sup>24</sup> Individuati tramite i contratti collettivi nazionali di lavoro (CCNL) per comparto e dirigenza



quisto di tutto il parco tecnologico e per la sua manutenzione, o dovrà essere messo a bilancio *ex-novo*? È prevedibile che l'implementazione di tutti i macchinari e delle tecnologie necessarie all'attivazione dei vari Ospedali di Comunità sparsi nel Paese, richiederà un consistente aumento della spesa corrente a partire dal 2027, termine dei finanziamenti del PNRR.

3. Per la componente relativa al personale, quale sarà il costo a carico della Regione Lazio (per prendere un esempio tra tante regioni nella stessa situazione)? Sappiamo che il Governo ha stimato necessari 239.268.000 €/anno a livello nazionale. Considerando il numero di Ospedali di Comunità che saranno presenti nel Lazio, possiamo ipotizzare che il Governo abbia previsto per la Regione Lazio una spesa annuale di 22.608.000 € ma, sulla base dell'esperienza emiliana e considerando i costi necessari per stipendiare medici, infermieri e OSS (ricavati dai CCNL), il costo da sostenere difficilmente sarà inferiore ai 27.360.000 € necessari per l'arruolamento del personale minimo necessario per i 36 Ospedali di Comunità da 20 posti letto previsti (si noti che, in realtà, il DGR del Lazio prevede anche 3 Ospedali di Comunità da 40 posti letto, comportando la necessità di maggiori unità di personale e, quindi, di maggiori spese).

Con questi interrogativi in mente, dovremmo allora cercare soluzioni concrete e efficaci per risolvere i problemi emersi. Sebbene infatti il principio alla base del PNRR è di notevole importanza poiché ambisce a migliorare la qualità e ad aumentare la quantità dei servizi sanitari territoriali, da sempre troppo poco calcolati e di conseguenza finanziati, d'altro canto niente affatto trascurabili sono le criticità legate alle previsioni di spesa e di mantenimento, sul medio e lungo termine, a livello nazionale e di singole regioni, tra cui il Lazio è solo un esempio.

L'esigenza di costruire il progetto PNRR rapidamente (o meglio, frettolosamente) ha forse impedito un pieno approfondimento e completo confronto sulle realtà regionali, derivandone un disegno impostato su base demografica, che non tiene conto dei reali bisogni e della domanda di salute dei cittadini nei diversi contesti territoriali su cui i futuri servizi sanitari andranno ad essere erogati, e né dell'impegno di risorse economiche e umane che la realizzazione richiederà.

Il successo della riforma della sanità del territorio appare ora sostanzialmente in mano del decisore politico e alla sua prospettiva di medio-lungo termine, orientata a vincere la resistenza al cambiamento e al saper coinvolgere attivamente in un confronto costruttivo e sinergico tutti gli attori del comparto sanitario erogatori di prestazioni.





# RASSEGNA STAMPA



VIDEO - <https://www.rainfay.it/video/2022/05/TGR-Lazio-del-07052022-ore-1930-b865c722-a614-430f-81ea-831c1faa9a3e.html>





## PNRR. Aiop Lazio: "Sanità privata esclusa dalle riforme"

L'associazione dell'ospitalità privata pone dubbi sulla capacità del sistema di coprire nel tempo le spese di mantenimento delle nuove strutture previste dal Pnrr. Poi denuncia: "Il privato è stato elogiato per il lavoro doveroso svolto durante la pandemia al servizio del pubblico, ma altrettanto velocemente è stato abbandonato quando si è trattato di parlare di Pnrr". D'Amato: "Se il Lazio è stato un modello durante la pandemia è perché abbiamo lavorato insieme e questa integrazione va mantenuta"

12 MAG - "La collaborazione pubblico-privato, tanto fondamentale per gestire le fasi più critiche dell'emergenza Covid, è tra le grandi assenti nel piano di interventi del Pnrr relativo alle reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale. Assenza, questa, che unita ad altre criticità potrebbe rendere le riforme irrealizzabili o insostenibili sul lungo periodo". È quanto denuncia l'Aiop Lazio, che ha condotto una ricerca per cercare di capire cosa accadrà con le nuove strutture previste dal Piano nazionale di ripresa e resilienza.

Lo studio è stato condotto sul modello dell'Emilia-Romagna e di altri enti territoriali, in cui sono stati già attuati gli Ospedali di Comunità e le Case di Comunità. "Il PNRR, dall'analisi dei dati della ricerca presentata - commenta la presidente Aiop Lazio, Veronica Faroni - mostra delle criticità legate alle previsioni di spesa e mantenimento delle nuove strutture, alla carenza di personale medico, paramedico e infermieristico e alla questione legata ai destinatari degli Ospedali di Comunità. Noi siamo stati elogiati per il lavoro doveroso svolto durante la pandemia al servizio del pubblico, ma altrettanto velocemente siamo stati abbandonati quando si è trattato di parlare di PNRR". E continua: "Invece di spendere ingenti fondi per convertire luoghi non sanitari in sanitari, si poteva aumentare la capacità di dare assistenza delle strutture già esistenti, come le RSA, tramite l'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) e la telemedicina. E ancora: per rispondere alla grande affluenza al Pronto Soccorso, basterebbe snellire i percorsi dai Pronto Soccorso alle RSA, senza andare a costruire megastrukture; basterebbe non morire di burocrazia".

Questo, in sintesi, il quadro dipinto dall'analisi di Aiop Lazio: "Il PNRR mette in campo un investimento di 15,63 miliardi di euro, suddivisi in due componenti. La prima si esplica nella creazione e l'attivazione di 1.288 "Case della Comunità" entro la metà del 2026, per curare i malati cronici, per un costo complessivo di 2 miliardi di euro; inoltre, prevede la creazione di 381 "Ospedali di Comunità" (OdC), destinati al ricovero breve e ad interventi sanitari a bassa-media intensità clinica, con l'obiettivo di incrementare e migliorare l'assistenza sanitaria di prossimità, ovvero decongestionare gli ospedali distribuendo i pazienti in strutture che possano monitorare la degenza e la dimissione. L'investimento è di 1 miliardo di euro. Il progetto mira,



Inoltre, al rafforzamento dell'assistenza domiciliare, grazie alla telemedicina, con l'obiettivo di prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni. Investimenti per un totale di 7 miliardi di stanziamenti."

L'altro aspetto è legato all'aggiornamento tecnologico e digitale, "per un costo di 7,36 miliardi di euro. Entro la prima metà del 2026 la realizzazione dei nuovi OdC, previsti in tutte le regioni italiane, avrà un costo di 1 miliardo di euro complessivi nazionali per un'aggiunta di 7.620 posti letto totali nazionali".

Secondo l'Aio Lazio "nascono una serie di interrogativi in relazione alla creazione di queste nuove strutture e sulla capacità dei fondi di SSN e SSR di coprire le spese di mantenimento di queste strutture. Nel PNRR, infatti, non sono previsti finanziamenti per il personale sanitario che dovrà lavorare in queste strutture: ne conseguono ulteriori pesi sul bilancio pubblico a partire dal 2027. Il progetto PNRR, impostato su base demografica, sembra inoltre non tenere conto delle realtà regionali; ne consegue un disegno a macchia di leopardo, che non risponde ai reali bisogni dei cittadini nei diversi contesti territoriali, su cui i futuri servizi sanitari andranno ad essere erogati, né tiene conto dell'impegno di risorse economiche e umane che tale realizzazione richiederà".

Che la collaborazione pubblico-privato "abbiamo portato grandi benefici nella gestione della pandemia è un dato di fatto sotto l'occhio di tutti, specialmente nel Lazio", sottolinea l'Aio Lazio. "Durante la pandemia - dice Faroni - il 'modello' Lazio ha dimostrato che il connubio tra il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e ospedalità privata sia fondamentale per garantire un pieno, equo e uniforme diritto alle cure sull'intero territorio nazionale", ha dichiarato il direttore di AIOIP Lazio Mauro Casanatta. Nel Lazio sono state vaccinate 1 milione e 300 mila persone e nelle nostre strutture, nei primi mesi del 2020, sono stati creati 1350 posti letto, per essere di supporto agli ospedali e alla Regione Lazio. Ad oggi, in otto strutture accreditate del Lazio, sono ancora aperti reparti Covid".

Un riconoscimento arriva anche dal presidente della Giunta Regionale del Lazio Nicola Zingaretti: "In pandemia abbiamo vissuto due degli anni più drammatici dal dopoguerra, ma ce l'abbiamo fatta. Grazie a tutti gli operatori, ma anche ad una rete straordinaria di imprese che si sono messe prontamente al servizio di questa grande battaglia", sono state le parole del governatore all'evento promosso da Aioip Lazio per parlare di Pnrr, secondo quanto riportato da una nota dell'assoziazione. "Questa occasione che porta a riunirci oggi - ha proseguito Zingaretti - è il simbolo che abbiamo vinto. Il Lazio è tornato ad essere il protagonista italiano del modello sanitario del futuro. Riguardo la politica di investimenti del PNRR, nella gestione di tempi e modi di concretizzazione, non c'è dubbio che le strutture accreditate avranno l'opportunità di dire la loro e di essere parte di una sfida orientata al consolidamento di un modello di sanità".

"Se il Lazio è stato un modello nell'assistenza sanitaria durante la pandemia - ha detto l'assessore alla Salute Alessio D'Amato - è perché abbiamo lavorato insieme, e questa integrazione deve essere mantenuta nel futuro. Gli standard del PNRR sono stati prefissati. Bisogna adeguare il Fondo Sanitario, investire nella formazione, per carenze di infermieri e di alcune specializzazioni mediche; in futuro dobbiamo arrivare a coinvolgere almeno 100.000 over 65 in più nell'Assistenza domiciliare integrata e passare all'accreditamento, uscendo dalla logica delle gare".





**PNRR e case della salute, AioP Lazio le bocchia:  
«Pazienti preferiscono il PS. Pochi  
investimenti in formazione»**



**VIDEO:** <https://www.sanitainformazione.it/video/pnrr-e-case-della-salute-la-bocchiatura-di-aioP-lazio-pazienti-preferiscono-il-pronto-soccorso-pochi-investimenti-in-formazione/>

Un no deciso quello di AioP Lazio al PNRR così come è stato scritto. Secondo i rappresentanti dell'ospitalità privata, infatti, la carenza di attenzione verso la formazione del personale sanitario (presente e futuro) e la realizzazione delle case della salute non andrebbero nella direzione auspicata. Ne abbiamo parlato con la presidente Veronica Iessica Faroni.

**Presidente Faroni, ci può dire in poche parole come AioP Lazio vede il PNRR e come dovrebbe essere sfruttato per essere un'opportunità e non un rischio?**

«Attualmente non lo vediamo positivamente perché corre esclusivamente su binari di tipo edilizio, senza pensare assolutamente a quelle che sono le necessità del paziente. Non si sa chi andrà ricoverato, non si sa come mantenere queste strutture. Noi siamo sempre a disposizione. Sia nel pubblico che nel privato sono stati tagliati posti letto che potevano essere riutilizzati. A cosa serve andare a costruire o riesumare strutture che avranno sicuramente dei costi di manutenzione eccessivi? Spendiamo queste risorse per i pazienti, non per l'edilizia...».

**Per quanto riguarda le case della salute, invece, qual è il giudizio di AioP Lazio su come sono state pensate?**

«Le case della salute diciamo hanno già dimostrato che non danno quella risposta che ci aspettavamo. Il paziente potrebbe andare nella casa della salute ma preferisce andare in pronto soccorso, ovvero in un qualcosa di multidisciplinare più organizzato».

**Nel PNRR ci sarà ci saranno tante innovazioni, sia a livello di telemedicina che digitalizzazione. La formazione del personale è adeguata oppure si dovrà fare qualcosa per renderlo capace di seguire al meglio tutte queste innovazioni?**

«C'è una grande lacuna sulla formazione. Sono previsti degli interventi ma c'è sì è investito poco sull'università e, in generale, su quella che poi è la vera risorsa del paese, per l'appunto la formazione».

**Per quanto riguarda invece la formazione continua, chi si è specializzato anni fa si ritroverà ad avere a che fare con innovazioni che non facevano parte del suo corso di studi. È una lacuna che si deve in qualche modo colmare...**

«C'è un aumento delle borse delle scuole di specializzazione che dovrebbe comportare un aumento di specialisti. Il problema, però, è che se non viene cambiato il concorso nazionale si tratta di uno spreco di risorse e di borse di studio».

**EMERSE** Mercoledì 11 maggio 2022 - 14:32

## Sanità, Tavola Rotonda sul PNRR tra AIOP Lazio e le Istituzioni

A Villa Miani



<https://www.asknews.it/cronaca/2022/05/11/sanita-tavola-rotonda-sul-pnrr-tra-aiop-lazio-e-le-istituzioni-pn-20220511-00105/>

A.I.O.P. Lazio ha presentato lo scorso 6 maggio, presso Villa Miani, in occasione della Tavola Rotonda intitolata "Nuove frontiere in Sanità. Finita la pandemia, l'inizio della gestione del PNRR", moderata dalla giornalista RAI Roberta Serdoz, uno studio sul piano degli interventi PNRR relativo alle reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale, condotto sul modello dell'Emilia Romagna e di altri enti territoriali, in cui sono stati già attuati gli Ospedali di Comunità e le Case di Comunità: emergono alcune criticità che non sono state chiarite all'interno dei piani di attuazione del PNRR. Hanno partecipato al dibattito le Istituzioni e i rappresentanti dell'ospedalità pubblica e privata.

"Il PNRR, dall'analisi dei dati della ricerca presentata - ha affermato la Presidente di A.I.O.P. Lazio Veronica Faroni - mostra delle criticità legate alle previsioni di spesa e mantenimento delle nuove strutture, alla



carenza di personale medico, paramedico e infermieristico e alla questione legata ai destinatari degli Ospedali di Comunità. Noi siamo stati elogiati per il lavoro doveroso svolto durante la pandemia al servizio del pubblico, ma altrettanto velocemente siamo stati abbandonati quando si è trattato di parlare di PNRR". "Invece di spendere ingenti fondi per convertire luoghi non sanitari in sanitari, si poteva aumentare la capacità di dare assistenza delle strutture già esistenti, come le RSA, tramite l'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) e la telemedicina - ha proseguito la Presidente Faroni. "Per rispondere alla grande affluenza al Pronto Soccorso, basterebbe snellire i percorsi dal Pronto Soccorso alle RSA, senza andare a costruire megastrutture; basterebbe non morire di burocrazia" ha concluso la Dott.ssa Faroni.

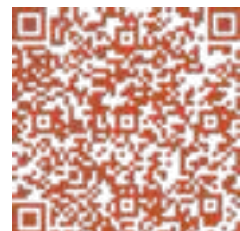
"Durante la pandemia il "modello" Lazio ha dimostrato che il connubio tra il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e ospedalità privata sia fondamentale per garantire un pieno, equo e uniforme diritto alle cure sull'intero territorio nazionale - ha dichiarato il Direttore di A.I.O.P. Lazio Mauro Casanatta - Nel Lazio sono state vaccinate 1 milione e 300 mila persone e nelle nostre strutture, nei primi mesi del 2020, sono stati creati 1350 posti letto, per essere di supporto agli ospedali e alla Regione Lazio. Ad oggi, in otto strutture accreditate del Lazio, sono ancora aperti reparti Covid".

"Rianimiamo la Sanità - ha dichiarato l'Assessore alle Politiche per la Salute della Regione Emilia Romagna e Coordinatore della Commissione Salute Conferenza delle Regioni l'On. Raffaele Donini- Il PNRR non può prescindere da una riforma della medicina di base. Le Regioni chiedono un Fondo Sanitario Nazionale adeguato; il PNRR non può essere un piano edilizio. Si alla collaborazione pubblico privato" ha concluso l'On. Raffaele Donini.

"In pandemia abbiamo vissuto due degli anni più drammatici dal dopoguerra, ma ce l'abbiamo fatta - ha affermato il Presidente della Giunta Regionale del Lazio Nicola Zingaretti. Grazie a tutti gli operatori, ma anche ad una rete straordinaria di imprese che si sono messe prontamente al servizio di questa grandebattaglia. Questa occasione che porta a riunirci oggi è il simbolo che abbiamo vinto. Il Lazio è tornato ad essere il protagonista italiano del modello sanitario del futuro. Riguardo la politica di investimenti del PNRR, nella gestione di tempi e modi di concretizzazione, non c'è dubbio che le strutture accreditate avranno la possibilità di dire la loro e di essere parte di una sfida orientata al consolidamento di un modello di sanità". "Se il Lazio è stato un modello nell'assistenza sanitaria durante la pandemia è perché abbiamo lavorato insieme, e questa integrazione deve essere mantenuta nel futuro - ha dichiarato l'Assessore alla Salute e Integrazione Socio-Sanitaria Regione Lazio Alessio D'Amato - Gli standard del PNRR sono stati prefissati. Bisogna adeguare il Fondo Sanitario, investire nella formazione, per carenze di infermieri e di alcune specializzazioni mediche; in futuro dobbiamo arrivare a coinvolgere almeno 100.000 over 65 in più nell'Assistenza domiciliare integrata e passare all'accreditamento, uscendo dalla logica delle gare".

"Il PNRR è un dispositivo che risponde a regole europee. Sono stati fatti sforzi per aumentare fondi verso l'assistenza domiciliare, oltre 1 miliardo di euro" ha aggiunto la Dirigente dell'Organizzazione Servizi Sanitari Territoriali di AGE.NA S., la Dott.ssa Alice Borghini.

"La pandemia ha evidenziato la necessità di salute e la richiesta di maggior tutela dei cittadini. Istanze che vanno ascoltate, migliorando l'assistenza e prescindere dal luogo in cui si trovano. Il PNRR è l'occasione per rispondere alla crescente necessità di tutela della salute. Per farlo sarà molto importante la telemedicina e la condivisione dei dati", ha spiegato Mr Harold Wolf, Advisor per OMS sui temi della Sanità Digitale.



## Sanità. Aiop: PNRR impostato su base demografica, carente su realtà territoriali

Faraoni: Criticità su previsioni spesa e carenza personale medico

Il Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr) mette in campo un investimento di 15,63 miliardi di euro, divisi in due componenti. La prima si esplica nella creazione e attivazione di 1.288 'Case della Comunità' entro la metà del 2026, dedicate alla cura dei malati cronici, per un costo complessivo di 2 miliardi di euro. La seconda prevede la creazione di 381 'Ospedali di Comunità', destinati al ricovero breve e ad interventi sanitari a bassa-media intensità clinica, con l'obiettivo di incrementare e migliorare l'assistenza sanitaria di prossimità, ovvero decongestionare gli ospedali distribuendo i pazienti in strutture che possano monitorare la degenza e la dimissione. L'investimento è di 1 miliardo di euro. Il progetto mira, inoltre, al rafforzamento dell'assistenza domiciliare, grazie alla telemedicina, con l'obiettivo di prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni. Investimenti per un totale di 7 miliardi di stanziamenti. L'altro aspetto è legato all'aggiornamento tecnologico e digitale, per un costo di 7,36 miliardi di euro. Nascono una serie di interrogativi in relazione alla creazione di queste nuove strutture e sulla capacità dei fondi di Ssn e Ssr di coprire le spese di mantenimento di queste strutture. È quanto emerge da uno studio condotto da Aiop Lazio (Associazione italiana ospedalità privata) sul modello dell'Emilia Romagna e di altri enti territoriali in cui sono stati già attuati gli ospedali di comunità e le case di comunità. L'indagine, da cui emergono alcune criticità che non sono state chiarite all'interno dei piani di attuazione del Pnrr, è stata presentata in occasione della tavola rotonda intitolata 'Nuove frontiere in sanità. Finita la pandemia, l'inizio della gestione del Pnrr', organizzata da Aiop.

"Nel Pnrr, infatti, non sono previsti finanziamenti per il personale sanitario che dovrà lavorare in queste strutture: ne conseguono ulteriori pesi sul bilancio pubblico a partire dal 2027- si legge nella nota di Aiop Lazio- il progetto Pnrr, impostato su base demografica, sembra inoltre non tenere conto delle realtà regionali. Ne consegue un disegno a macchia di leopardo, che non risponde ai reali bisogni dei cittadini nei diversi contesti territoriali, su cui i futuri servizi sanitari andranno ad essere erogati, né tiene conto dell'impegno di risorse economiche e umane che tale realizzazione richiederà".

"Dall'analisi dei dati della ricerca presentata- ha affermato la presidente di Aiop Lazio Veronica Faraoni- il Pnrr mostra delle criticità legate alle previsioni di spesa e mantenimento delle nuove strutture, alla carenza di personale medico, paramedico e infermieristico e alla questione legata ai destinatari degli ospedali di comunità. Noi siamo stati elogiati per il lavoro doveroso svolto durante la pandemia al servizio del pubblico, ma altrettanto velocemente siamo stati abbandonati quando si è trattato di parlare di Pnrr. Invece di spendere ingenti fondi per convertire luoghi non sanitari in sanitari- ha aggiunto- si poteva aumentare la capacità di dare assistenza delle strutture già esistenti, come le RSA, tramite l'Assistenza domiciliare integrata (Adi) e la telemedicina. Per rispondere alla grande affluenza al pronto soccorso- ha concluso- basterebbe snellire i percorsi dal Pronto Soccorso alle RSA, senza andare a costruire megastrutture; basterebbe non morire di burocrazia".



Come | 2022

"Durante la pandemia il 'modello' Lazio ha dimostrato quanto il connubio tra il Servizio sanitario nazionale (Ssn) e ospedalità privata sia fondamentale per garantire un pieno, equo e uniforme diritto alle cure sull'intero territorio nazionale- ha dichiarato il direttore di Aiop Lazio Mauro Casanatta- Nel Lazio sono state vaccinate 1 milione e 300 mila persone e nelle nostre strutture, nei primi mesi del 2020, sono stati creati 1.350 posti letto, per essere di supporto agli ospedali e alla Regione Lazio. Ad oggi, in otto strutture accreditate del Lazio, sono ancora aperti reparti Covid". "Rianimiamo la sanità- ha commentato l'assessore alle Politiche per la Salute della Regione Emilia Romagna e coordinatore della commissione Salute della Conferenza delle Regioni, Raffaele Donini- Il Pnrr non può prescindere da una riforma della medicina di base. Le Regioni chiedono un Fondo sanitario nazionale adeguato; il Pnrr non può essere un piano- edilizio. Si alla collaborazione pubblico privato".

"In pandemia, abbiamo vissuto due degli anni più drammatici dal dopoguerra, ma ce l'abbiamo fatta- ha sostenuto il presidente della Regione Lazio Nicola Zingaretti- Grazie a tutti gli operatori, ma anche a una rete straordinaria di imprese che si sono messe prontamente al servizio di questa grande battaglia. Il Lazio è tornato ad essere il protagonista italiano del modello sanitario del futuro. Riguardo la politica di investimenti del Pnrr, nella gestione di tempi e modi di concretizzazione, non c'è dubbio che le strutture accreditate avranno la possibilità di dire la loro e di essere parte di una sfida orientata al consolidamento di un modello di sanità".

"Se il Lazio è stato un modello nell'assistenza sanitaria durante la pandemia, è perché abbiamo lavorato insieme, e questa integrazione deve essere mantenuta nel futuro- ha affermato l'assessore alla Salute e Integrazione socio-sanitaria della Regione Lazio Alessio D'Amato- Gli standard del Pnrr sono stati prefissati. Bisogna adeguare il Fondo sanitario, investire nella formazione, per carenze di infermieri e di alcune specializzazioni mediche. In futuro dobbiamo arrivare a coinvolgere almeno 100mila over 65 in più nell'Assistenza domiciliare integrata e passare all'accreditamento, uscendo dalla logica delle gare".

"Il Pnrr è un dispositivo che risponde a regole europee. Sono stati fatti sforzi per aumentare fondi verso l'assistenza domiciliare, oltre 1 miliardo di euro", ha ricordato la dirigente dell'Organizzazione Servizi sanitari territoriali di Agena, AilcoBorghini.

"La pandemia ha evidenziato la necessità di salute e la richiesta di maggior tutela dei cittadini. Istanze che vanno ascoltate, migliorando l'assistenza a prescindere dal luogo in cui si trovano. Il Pnrr è l'occasione per rispondere alla crescente necessità di tutela della salute. Per farlo sarà molto importante la telemedicina e la condivisione dei dati", ha spiegato in conclusione Harold Wolf, advisor per OMS sui temi della sanità digitale.



# AGI > AGENZIA ITALIA

## Sanità: Aiop, settore privato escluso da riforme del PNRR

La collaborazione pubblico-privato, tanto fondamentale per gestire le fasi più critiche dell'emergenza Covid, è tra le grandi assenti nel piano di interventi del PNRR relativo alle reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale. Assenza, questa, che unita ad altre criticità potrebbe rendere le riforme irrealizzabili o insostenibili sul lungo periodo. Questo è quanto emerso da una ricerca dell'AiOP Lazio, presentata la scorsa settimana in occasione della Tavola Rotonda intitolata "Nuove frontiere in Sanità. Finita la pandemia, l'inizio della gestione del PNRR", che si è tenuta a Roma presso Villa Miani. Lo studio è stato condotto sul modello dell'Emilia Romagna e di altri enti territoriali, in cui sono stati già attuati gli Ospedali di Comunità e le Case di Comunità. "Il PNRR, dall'analisi dei dati della ricerca presentata - ha affermato la Presidente di AiOP Lazio Veronica Faroni - mostra delle criticità legate alle previsioni di spesa e mantenimento delle nuove strutture, alla carenza di personale medico, paramedico e infermieristico e alla questione legata ai destinatari degli Ospedali di Comunità. Noi siamo stati elogiati per il lavoro doveroso svolto durante la pandemia al servizio del pubblico, ma altrettanto velocemente siamo stati abbandonati quando si è trattato di parlare di PNRR". E continua: "Invece di spendere ingenti fondi per convertire luoghi non sanitari in sanitari, si poteva aumentare la capacità di dare assistenza delle strutture già esistenti, come le RSA, tramite l'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) e la telemedicina. E ancora: per rispondere alla grande affluenza al Pronto Soccorso, basterebbe snellire i percorsi dal Pronto Soccorso alle RSA, senza andare a costruire megastruzture; basterebbe non morire di burocrazia".

Il PNRR mette in campo un investimento di 15,53 miliardi di euro, suddivisi in due componenti. La prima si esplica nella creazione e l'attivazione di 1.285 "Case della Comunità" entro la metà del 2026, per curare i malati cronici, per un costo complessivo di 2 miliardi di euro; inoltre, prevede la creazione di 381 "Ospedali di Comunità" (OdC), destinati al ricovero breve e ad interventi sanitari a bassa-media intensità clinica, con l'obiettivo di incrementare e migliorare l'assistenza sanitaria di prossimità, ovvero decongestionare gli ospedali distribuendo i pazienti in strutture che possano monitorare la degenza e la dimissione. L'investimento è di 1 miliardo di euro. Il progetto mira, inoltre, al rafforzamento dell'assistenza domiciliare, grazie alla telemedicina, con l'obiettivo di prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni. Investimenti per un totale di 7 miliardi di stanziamenti. L'altro aspetto è legato all'aggiornamento tecnologico e digitale, per un costo di 7,36 miliardi di euro. Entro la prima metà del 2026 la realizzazione dei nuovi OdC previsti in tutte le regioni italiane, avrà un costo di 1 miliardo di euro complessivi nazionali per un'aggiunta di 7.620 posti letto totali nazionali. Secondo l'indagine dell'AiOP nascono una serie di interrogativi in relazione alla creazione di queste nuove strutture esula capacità dei fondi di SSN e SSR di coprire le spese di mantenimento di queste strutture. Nel PNRR, infatti, non sono previsti finanziamenti per il personale sanitario che dovrà lavorare in queste strutture: ne conseguono ulteriori pesi sul bilancio pubblico a partire dal 2027. Il progetto PNRR, impostato su base demografica, sembra inoltre non tenere conto delle realtà regionali; ne consegue un disegno a macchia di leopardo, che non risponde ai reali bisogni dei cittadini nei diversi contesti territoriali, su cui i futuri servizi sanitari andranno ad essere erogati, né tiene conto dell'impegno di risorse economiche e umane che tale realizzazione richiederà. Che la collaborazione pubblico-privato abbiamo portato grandi benefici nella gestione della pandemia è un dato di fatto sotto l'occhio di tutti, specialmente nel Lazio. "Durante la pandemia il 'modello' Lazio ha dimostrato che il connubio tra il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e



ospedalità privata sia fondamentale per garantire un pieno, equo e uniforme diritto alle cure sull'intero territorio nazionale", ha dichiarato il direttore di AICP Lazio Mauro Casanatta. Nel Lazio - continua - sono state vaccinate 1 milione e 300 mila persone e nelle nostre strutture, nei primi mesi del 2020, sono stati creati 1350 posti letto, per essere di supporto agli ospedali e alla Regione Lazio. Ad oggi, in otto strutture accreditate del Lazio, sono ancora aperti reparti Covid". Un riconoscimento ufficiale al modello Lazio arriva anche dal presidente della Giunta Regionale del Lazio Nicola Zingaretti: "In pandemia abbiamo vissuto due degli anni più drammatici dal dopoguerra, ma ce l'abbiamo fatta. Grazie a tutti gli operatori, ma anche ad una rete straordinaria di imprese che si sono messe prontamente al servizio di questa grande battaglia. Questa occasione che porta a riunirci oggi è il simbolo che abbiamo vinto. Il Lazio è tornato ad essere il protagonista italiano del modello sanitario del futuro. Riguardo la politica di investimenti del PNRR, nella gestione di tempi e modi di concretizzazione, non c'è dubbio che le strutture accreditate avranno la possibilità di dire la loro e di essere parte di una sfida orientata al consolidamento di un modello di sanità". Aggiunge l'Assessore alla Salute e Integrazione Socio-Sanitaria Regione Lazio Alessio D'Amato: "Se il Lazio è stato un modello nell'assistenza sanitaria durante la pandemia è perché abbiamo lavorato insieme, e questa integrazione deve essere mantenuta nel futuro. Gli standard del PNRR sono stati prefissati. Bisogna adeguare il Fondo Sanitario, investire nella formazione, per carenze di infermieri e di alcune specializzazioni mediche; in futuro dobbiamo arrivare a coinvolgere almeno 100.000 over 65 in più nell'Assistenza domiciliare integrata e passare all'accreditamento, uscendo dalla logica delle gare".



## Pnrr: Aiop Lazio, "Sanità privata esclusa da riforme"

### Ricerca mostra tutte le falle e le criticità del piano di interventi

La collaborazione pubblico-privato, tanto fondamentale per gestire le fasi più critiche dell'emergenza Covid, è tra le grandi assenze nel piano di interventi del Pnrr relativo alle reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale. Assenza, questa, che unita ad altre criticità potrebbe rendere le riforme irrealizzabili o insostenibili sul lungo periodo. È quanto emerso da una ricerca dell'AIOPLazio, presentata di recente a Roma, condotta sul modello dell'Emilia-Romagna e di altri enti territoriali, in cui sono stati già attuati gli Ospedali di comunità e le Case di comunità. "Il Pnrr, dall'analisi dei dati della ricerca - commenta in una nota la presidente di AIOPLazio Veronica Faroni - criticità legata alle previsioni di spesa e mantenimento delle nuove strutture, alla carenza di personale medico, paramedico e infermieristico e alla domanda legata ai destinatari degli Ospedali di comunità. Noi siamo stati elogiati per il lavoro doveroso svolto durante la pandemia al servizio del pubblico, ma altrettanto velocemente siamo stati abbandonati quando si è trattato di parlare di Pnrr", denuncia. "Invece di spendere ingenti fondi per luoghi non sanitari in sanitari, si possono aumentare la capacità di dare assistenza delle strutture già esistenti, come le Rsa, tramite l'Adi (Assistenza domiciliare integrata) e la telemedicina. E ancora: per rispondere alla grande affluenza al Pronto Soccorso, basterebbe snellire i percorsi dal Pronto Soccorso alle Rsa, senza andare a costruire megastrukture; basterebbe noi morire di burocrazia". Il Pnrr - ricorda la nota

- mette in campo 15,63 miliardi di euro, suddivisi in due componenti. La prima si esplica nella creazione e l'attivazione di 1.288 Case della comunità entro metà del 2026, per curare i malati cronici, per un costo complessivo di 2 miliardi di euro; inoltre, prevede la creazione di 381 Ospedali di comunità (OdC), destinati al ricovero breve ed interventi sanitari a bassa-media intensità clinica con un investimento di 1 miliardo. Il progetto mira, inoltre, al rafforzamento dell'assistenza domiciliare, grazie alla telemedicina, con l'obiettivo di prendere in carico, entro metà 2026, il 10% della popolazione over 65. Investimenti per un totale di 7 miliardi di stanziamenti. L'altro aspetto - ricorda la nota - è legato all'aggiornamento tecnologico e digitale, per un costo di 7,36 miliardi di euro. Entro la prima metà del 2026 la realizzazione dei nuovi OdC, previsti in tutte le regioni italiane, avrà un costo di 1 miliardo di euro complessivi nazionali per un'aggiunta di 7.620 posti letto totali nazionali.

Secondo l'indagine dell'AIOPLazio nasce una serie di interrogativi rispetto alla creazione di queste nuove strutture e sulla capacità dei fondi di Sn1 e Sn2 di coprire le spese di mantenimento. Nel Pnrr, infatti, non sono previsti pesi per il personale sanitario che dovrà lavorare in queste strutture: ne conseguono ulteriori sul bilancio pubblico a partire dal 2027. Il progetto Pnrr, impostato su base demografica, sembra inoltre - prosegue l'AIOPLazio - non tenere conto delle realtà regionali; ne consegue un disegno a macchia di leopardo, che non risponde ai reali bisogni dei cittadini nei diversi contesti territoriali, su cui i futuri servizi sanitari andranno ad essere erogati, né tiene conto dell'impegno di risorse economiche e umane che tale realizzazione richiederà. "Durante la pandemia il modello Lazio ha dimostrato che il connubio tra il Sn1 e ospedalità privata sia fondamentale per garantire un pieno, equo e uniforme diritto alle cure sull'intero territorio nazionale", ha dichiarato il direttore di AIOPLazio Mauro Casanatta. Nel Lazio - continua - sono state vaccinate 1 e 300mila milione persone e nelle nostre strutture, nei primi mesi del 2020, sono stati creati 1350 posti letto, per essere di supporto agli ospedali e alla Regione Lazio. Ad oggi, in otto strutture accreditate del Lazio, sono ancora aperti reparti Covid". "Lazio è stato un modello nell'assistenza sanitaria durante la pandemia - aggiunge l'assessore alla Salute della Regione Lazio Alessio D'Amato - è perché abbiamo lavorato insieme, e questa integrazione deve essere lavorata nel futuro. Gli standard del Pnrr sono stati prefissati. Bisogna adeguare il fondo sanitario, investire nella formazione, per carenze di infermieri e di alcune specializzazioni mediche; in futuro dobbiamo arrivare a coinvolgere almeno 100.000 over 65 in più nell'assistenza domiciliare integrata e passare all'accreditamento, uscendo dalla logica delle gare".



Consulente |   
1998 - 2000 - 2002 - 2004 - 2006 - 2008 - 2010 - 2012 - 2014 - 2016 - 2018 - 2020



**SALUTE LAZIO**  
SISTEMA SANITARIO REGIONALE

## Sanità: Tavola Rotonda sul PNRR tra AIOP Lazio e le Istituzioni a Villa Miani



“Nuove frontiere in Sanità. Finita la pandemia, l’inizio della gestione del PNRR” è il titolo dell’incontro che ha visto la partecipazione del presidente Zingaretti e l’assessore alla Sanità D’Amato e durante il quale AIOP Lazio ha presentato la sua analisi sul futuro della sanità

A.I.O.P. Lazio ha presentato lo scorso 6 maggio, presso Villa Miani, in occasione della Tavola Rotonda intitolata “Nuove frontiere in Sanità. Finita la pandemia, l’inizio della gestione del PNRR”, moderata dalla giornalista RAI Roberta Serdoz, uno studio sul piano degli interventi PNRR relativo alle reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale, condotto sul modello dell’Emilia Romagna e di altri enti territoriali, in cui sono stati già attuati gli Ospedali di Comunità e le Case di Comunità: emergono alcune criticità che non sono state chiarite all’interno dei piani di attuazione del PNRR. Hanno partecipato al dibattito le Istituzioni e i rappresentanti dell’ospitalità pubblica e privata.

“Il PNRR, dall’analisi dei dati della ricerca presentata – ha affermato la Presidente di A.I.O.P. Lazio Veronica Faroni – mostra delle criticità legate alle previsioni di spesa e mantenimento delle nuove strutture, alla carenza di personale medico, paramedico e infermieristico e alla questione legata ai destinatari degli Ospedali di Comunità. Noi siamo stati elogiati per il lavoro doveroso svolto durante la pandemia al servizio del pubblico, ma altrettanto velocemente siamo stati abbandonati quando si è trattato di parlare di PNRR”. “Invece di spendere ingenti fondi per convertire luoghi non sanitari in sanitari, si poteva aumentare la capacità di dare assistenza delle strutture già esistenti, come le RSA, tramite l’ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) e la telemedicina – ha proseguito la Presidente Faroni.



“Per rispondere alla grande affluenza al Pronto Soccorso, basterebbe snellire i percorsi dal Pronto Soccorso alle RSA, senza andare a costruire megastrutture; basterebbe non morire di burocrazia” ha concluso la Dott.ssa Faroni.

“Durante la pandemia il “modello” Lazio ha dimostrato che il connubio tra il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e ospedalità privata sia fondamentale per garantire un pieno, equo e uniforme diritto alle cure sull'intero territorio nazionale – ha dichiarato il Direttore di A.I.O.P. Lazio **Mauro Casanatta** – Nel Lazio sono state vaccinate 1 milione e 300 mila persone e nelle nostre strutture, nei primi mesi del 2020, sono stati creati 1350 posti letto, per essere di supporto agli ospedali e alla Regione Lazio. Ad oggi, in otto strutture accreditate del Lazio, sono ancora aperti reparti Covid.”



“Rianimiamo la Sanità – ha dichiarato l'Assessore alle Politiche per la Salute della Regione Emilia Romagna e Coordinatore della Commissione Salute Conferenza delle Regioni l'On. Raffaele Donini– Il PNRR non può prescindere da una riforma della medicina di base. Le Regioni chiedono un Fondo Sanitario Nazionale



Generazione | 2022

adeguato; il PNRR non può essere un piano edilizio. Si alla collaborazione pubblico privato” ha concluso l'On. Raffaele Donini.

“In pandemia abbiamo vissuto due degli anni più drammatici dal dopoguerra, ma ce l'abbiamo fatta – ha affermato il Presidente della Giunta Regionale del Lazio Nicola Zingaretti. Grazie a tutti gli operatori, ma anche ad una rete straordinaria di imprese che si sono messe prontamente al servizio di questa grande battaglia. Questa occasione che porta a riunirci oggi è il simbolo che abbiamo vinto. Il Lazio è tornato ad essere il protagonista italiano del modello sanitario del futuro. Riguardo la politica di investimenti del PNRR, nella gestione di tempi e modi di concretizzazione, non c'è dubbio che le strutture accreditate avranno la possibilità di dire la loro e di essere parte di una sfida orientata al consolidamento di un modello di sanità”.  
“Se il Lazio è stato un modello nell'assistenza sanitaria durante la pandemia è perché abbiamo lavorato insieme, e questa integrazione deve essere mantenuta nel futuro – ha dichiarato l'Assessore alla Salute e Integrazione Socio-Sanitaria Regione Lazio Alessio D'Amato – Gli standard del PNRR sono stati prefissati. Bisogna adeguare il Fondo Sanitario, investire nella formazione, per carenze di infermieri e di alcune specializzazioni mediche; in futuro dobbiamo arrivare a coinvolgere almeno 100.000 over 65 in più nell'Assistenza domiciliare integrata e passare all'accreditamento, uscendo dalla logica delle gare”.



“Il PNRR è un dispositivo che risponde a regole europee. Sono stati fatti sforzi per aumentare fondi verso l'assistenza domiciliare, oltre 1 miliardo di euro” ha aggiunto la Dirigente dell'Organizzazione Servizi Sanitari Territoriali di AGE.NA.S., la Dott.ssa Alice Borghini.

“La pandemia ha evidenziato la necessità di salute e la richiesta di maggior tutela dei cittadini. Istanze che vanno ascoltate, migliorando l'assistenza a prescindere dal luogo in cui si trovano. Il PNRR è l'occasione per rispondere alla crescente necessità di tutela della salute. Per farlo sarà molto importante la telemedicina e la condivisione dei dati”, ha spiegato Mr. Harold Wolf, Advisor per OMS sui temi della Sanità Digitale.



#### SINTESI DELLA RICERCA

Il PNRR mette in campo un investimento di 15,63 miliardi di euro, così divisi in due componenti. La prima si esplica nella creazione e l'attivazione di 1.288 "Case della Comunità" entro la metà del 2026, per curare i malati cronici, per un costo complessivo di 2 miliardi di euro; inoltre, prevede la creazione di 381 "Ospedali di Comunità" (OdC), destinati al ricovero breve e ad interventi sanitari a bassa-media intensità clinica, con l'obiettivo di incrementare e migliorare l'assistenza sanitaria di prossimità, ovvero decongestionare gli ospedali distribuendo i pazienti in strutture che possano monitorare la degenza e la dimissione. L'investimento è di 1 miliardo di euro. Il progetto mira, inoltre, al rafforzamento dell'assistenza domiciliare, grazie alla telemedicina, con l'obiettivo di prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni. Investimenti per un totale di 7 miliardi di stanziamenti. L'altro aspetto è legato all'aggiornamento tecnologico e digitale, per un costo di 7,36 miliardi di euro. Entro la prima metà del 2026 la realizzazione dei nuovi OdC previsti in tutte le regioni italiane, avrà un costo di 1 miliardo di euro complessivi nazionali per un'aggiunta di 7.620 posti letto totali nazionali. Nascono una serie di interrogativi in relazione alla creazione di queste nuove strutture e sulla capacità dei fondi di SSN e SSR di coprire le spese di mantenimento di queste strutture. Nel PNRR, infatti, non sono previsti finanziamenti per il personale sanitario che dovrà lavorare in queste strutture: ne conseguono ulteriori pesi sul bilancio pubblico a partire dal 2027. Il progetto PNRR, impostato su base demografica, sembra inoltre non tenere conto delle realtà regionali; ne consegue un disegno a macchia di leopardo, che non risponde ai reali bisogni dei cittadini nei diversi contesti territoriali, su cui i futuri servizi sanitari andranno ad essere erogati, né tiene conto dell'impegno di risorse economiche e umane che tale realizzazione richiederà.



Generale | 112

## PS PANORAMA DELLA SANITÀ

### La denuncia dell'Aiop Lazio: Sanità privata esclusa da riforme del PNRR

Una ricerca presentata dall'Aiop Lazio mostra tutte le falle e le criticità del piano di interventi del Pnrr relativo alle reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale

La collaborazione pubblico-privato, tanto fondamentale per gestire le fasi più critiche dell'emergenza Covid, è tra le grandi assenti nel piano di interventi del Pnrr relativo alle reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale. Assenza, questa, che unita ad altre criticità potrebbe rendere le riforme irrealizzabili o insostenibili sul lungo periodo. Questo è quanto emerso da una ricerca dell'AiOP Lazio, presentata la scorsa settimana in occasione della Tavola Rotonda intitolata "Nuove frontiere in Sanità. Finita la pandemia, l'inizio della gestione del Pnrr", che si è tenuta a Roma presso Villa Miani. Lo studio è stato condotto sul modello dell'Emilia-Romagna e di altri enti territoriali, in cui sono stati già attuati gli Ospedali di Comunità e le Case di Comunità. "Il Pnrr, dall'analisi dei dati della ricerca presentata - ha affermato la Presidente di Aiop Lazio Veronica Faroni - mostra delle criticità legate alle previsioni di spesa e mantenimento delle nuove strutture, alla carenza di personale medico, paramedico e infermieristico e alla questione legata ai destinatari degli Ospedali di Comunità. Noi siamo stati elogiati per il lavoro doveroso svolto durante la pandemia al servizio del pubblico, ma altrettanto velocemente siamo stati abbandonati quando si è trattato di parlare di Pnrr". E continua: "Invece di spendere ingenti fondi per convertire luoghi non sanitari in sanitari, si poteva aumentare la capacità di dare assistenza delle strutture già esistenti, come le Rsa, tramite l'Adi (Assistenza Domiciliare Integrata) e la telemedicina. E ancora: per rispondere alla grande affluenza al Pronto Soccorso, basterebbe snellire i percorsi dal Pronto Soccorso alle Rsa, senza andare a costruire megastrukture; basterebbe non morire di burocrazia".

Il Pnrr mette in campo un investimento di 15,63 miliardi di euro, suddivisi in due componenti. La prima si esplica nella creazione e l'attivazione di 1.288 "Case della Comunità" entro la metà del 2026, per curare i malati cronici, per un costo complessivo di 2 miliardi di euro; inoltre, prevede la creazione di 381 "Ospedali di Comunità" (OdC), destinati al ricovero breve e ad interventi sanitari a bassa-media intensità clinica, con l'obiettivo di incrementare e migliorare l'assistenza sanitaria di prossimità, ovvero decongestionare gli ospedali distribuendo i pazienti in strutture che possano monitorare la degenza e la dimissione. L'investimento è di 1 miliardo di euro. Il progetto mira, inoltre, al rafforzamento dell'assistenza domiciliare, grazie alla telemedicina, con l'obiettivo di prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni. Investimenti per un totale di 7 miliardi di stanziamenti. L'altro aspetto è legato all'aggiornamento tecnologico e digitale, per un costo di 7,36 miliardi di euro. Entro la prima metà del 2026 la realizzazione dei nuovi OdC, previsti in tutte le regioni italiane, avrà un costo di 1 miliardo di euro complessivi nazionali per un'aggiunta di 7.620 posti letto totali nazionali.

Secondo l'indagine dell'Aiop nascono una serie di interrogativi in relazione alla creazione di queste nuove strutture e sulla capacità dei fondi di Ssn e Ssr di coprire le spese di mantenimento di queste strutture. "Nel



Pnrr, infatti – evidenzia l'Aiop Lazio – non sono previsti finanziamenti per il personale sanitario che dovrà lavorare in queste strutture: ne conseguono ulteriori pesi sul bilancio pubblico a partire dal 2027. Il progetto Pnrr, impostato su base demografica, sembra inoltre non tenere conto delle realtà regionali; ne consegue un disegno a macchia di leopardo, che non risponde ai reali bisogni dei cittadini nei diversi contesti territoriali, su cui i futuri servizi sanitari andranno ad essere erogati, né tiene conto dell'impegno di risorse economiche e umane che tale realizzazione richiederà. Che la collaborazione pubblico-privato abbiamo portato grandi benefici nella gestione della pandemia è un dato di fatto sotto l'occhio di tutti, specialmente nel Lazio”.

“Durante la pandemia il ‘modello’ Lazio ha dimostrato che il connubio tra il Servizio Sanitario Nazionale e ospedalità privata sia fondamentale per garantire un pieno, equo e uniforme diritto alle cure sull'intero territorio nazionale”, ha dichiarato il direttore di Aiop Lazio Mauro Casanatta. Nel Lazio – continua – sono state vaccinate 1 milione e 300 mila persone e nelle nostre strutture, nei primi mesi del 2020, sono stati creati 1350 posti letto, per essere di supporto agli ospedali e alla Regione Lazio. Ad oggi, in otto strutture accreditate del Lazio, sono ancora aperti reparti Covid”.



CENSURE  
SICUREZZA



1:10

Agir - Agenzia Gi...  
agenziarepubblica.it

**SANITÀ**



Sanità: Tavola Rotonda sul PNRR tra AIOP Lazio e le Istituzioni a Villa Miani

**News** Fabio Celli - 7 maggio 2022

---

**men**

Tumore al polmone (NSCLC): 32,5% dei pazienti in terapia con sotrasio sopravvive a due anni

**Farmaceutica** Fabio Celli

---

**DIASORIN** - Accordo con Brahms per lo sviluppo di una nuova collezione di



Sanità: Tavola Rotonda sul PNRR tra AIOP Lazio e le Istituzioni a Villa Miani

Fabio Celli - 7 maggio 2022

---



Covid: Farini (A.I.O.P. Lazio) "Non demonizzare le RSA"

Fabio Celli

Severino: "Superare il Covid per le imprese" - Intervento del socio D. Agnelli presso UNASCI Frosinone



<http://www.conquistedelavoro.it/breaking-news/nuove-frontiere-sanità-e-gestione-pnrr-domani-convegno-aiop-br-intervengono-gualtieri-zingaretti-barelli-wolf-1.2860142>

# Conquiste del Lavoro

## Nuove frontiere sanità e gestione PNRR, domani convegno Aiop

Intervengono Gualtieri, Zingaretti, Barelli, Wolf

Si intitola "Nuove frontiere in sanità. Finita la pandemia, l'inizio della gestione del Pnrr" la tavola rotonda che si terrà domani alle 18 a Villa Miani per il convegno annuale di Aiop Lazio (Associazione Italiana dell'ospitalità privata), la cui sede regionale rappresenta 120 Istituzioni sanitarie e socio sanitarie.

Si parlerà della risposta italiana alla pandemia, tenendo conto che l'Italia è il Paese dell'Unione Europea che è stato colpito per primo e più duramente dal Covid-19, con oltre 160.000 decessi negli ultimi due anni. In particolare, spiega una nota del convegno, si analizzerà il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (Pnrr) che, con un pacchetto da 191.5 miliardi, si configura come strumento di rilancio dell'economia, nell'ambito del Next Generation EU (NGEU), messo in campo dall'Unione Europea.

L'incontro si apre con i saluti istituzionali del sindaco di Roma Capitale Roberto Gualtieri e del Presidente di HIMSS (Health Information and Management Systems Society) e Advisor dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sui temi di sanità digitale Harold (Hal) Wolf. La tavola rotonda viene moderata da Roberta Serdoz, caporedattrice del TgR Lazio. Prendono parte all'evento Veronica Faroni, Presidente A.I.O.P. Sede regionale Lazio, Casanatta, Direttore di A.I.O.P. Lazio, Alessio D'Amato, Assessore alla Salute e Integrazione Socio-Sanitaria Regione Lazio, Raffaele Donini, Assessore alle Politiche per la Salute della Regione Emilia Romagna e Coordinatore della Commissione Salute Conferenza delle Regioni, Paolo Barelli, Presidente del Gruppo di Forza Italia alla Camera dei Deputati, Gianni Profita, Rettore dell'Università UniCamillus e Alice Borghini, Dirigente dell'Organizzazione Servizi Sanitari Territoriali di AGE.NA.S. Nell'occasione viene presentata uWoldna ricerca curata da Fidella Cascini, docente presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, sulla fattibilità di attuazione del PNRR e le sue relative criticità. Interviene alla serata il presidente della Giunta Regionale del Lazio Nicola Zingaretti.



Ministero della Sanità  
DIREZIONE GENERALE  
DIREZIONE GENERALE

<https://www.insidertrend.it/2022/05/11/salute/sanita-reti-di-prossimita-tavola-rotonda-a-villa-miani-su-pnrr-tra-aiop-e-le-istituzioni/>



## SANITÀ, reti di prossimità. Tavola rotonda a Villa Miani su PNRR tra AIOP e le Istituzioni

Vi hanno preso parte, tra gli altri, il presidente della Regione Lazio Nicola Zingaretti e l'assessore alla Sanità Alessio D'Amato. l'obiettivo di incrementare e migliorare l'assistenza sanitaria di prossimità. Obiettivo: decongestionare gli ospedali distribuendo i pazienti in strutture che possano monitorare la degenza e la dimissione.



In occasione della tavola rotonda sulle nuove frontiere in Sanità dopo la pandemia e l'inizio della gestione del PNRR, che ha avuto luogo lo scorso 6 maggio presso Villa Miani a Roma, incontro moderato dalla giornalista Roberta Serdoz, AIOP Lazio ha presentato uno studio relativo al piano degli interventi in ambito PNRR sulle reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale, condotto sul modello dell'Emilia Romagna e di altri enti territoriali, in cui sono stati già attuati gli ospedali di comunità e le case di comunità. Dallo studio sono emerse alcune criticità presenti nei piani di attuazione del Piano nazionale ripresa e resilienza PNRR. Al dibattito hanno partecipato esponenti delle Istituzioni e rappresentanti dell'ospedalità pubblica e privata.

### PREVISIONI DI SPESA E PNRR

«Il PNRR, dall'analisi dei dati della ricerca presentata – ha affermato la Presidente di AIOP Lazio Veronica Faroni – mostra delle criticità legate alle previsioni di spesa e mantenimento delle nuove strutture, alla carenza di personale medico, paramedico e infermieristico e alla questione legata ai destinatari degli ospedali di comunità. Noi siamo stati elogiati per il lavoro doveroso svolto durante la pandemia al servizio del pubblico, ma altrettanto velocemente siamo stati abbandonati quando si è trattato di parlare di PNRR». Ella ha inoltre sottolineato come sia possibile incrementare le capacità di assistenza delle strutture esistenti (come le RSA) attraverso il ricorso all'assistenza e alla

telemedicina. «Per rispondere alla grande affluenza al pronto soccorso – ha quindi concluso –, basterebbe snellire i percorsi da questi alle RSA, senza costruire megastrukture».

#### LA RIFORMA DELLA MEDICINA DI BASE

«Durante la pandemia il "modello Lazio" ha dimostrato che il connubio tra il Servizio sanitario nazionale e l'ospedalità privata sia fondamentale per garantire un pieno, equo e uniforme diritto alle cure sull'intero territorio nazionale – ha altresì dichiarato il direttore di AIDP Lazio Mauro Casanatta –; nel Lazio sono state vaccinate 1.300.000 persone e nelle nostre strutture, nei primi mesi del 2020, sono stati creati 1.350 posti letto, mentre oggi in otto strutture accreditate del sono ancora aperti i reparti Covid».

«Rianimiamo la Sanità – ha dichiarato l'assessore alle Politiche per la Salute della Regione Emilia Romagna, che è anche coordinatore della Commissione Salute Conferenza delle Regioni, Raffaele Donini –, poiché il PNRR non può prescindere da una riforma della medicina di base. Le Regioni chiedono un fondo sanitario Nazionale adeguato, ma il PNRR non può essere un piano edilizio. Si alla collaborazione pubblico privato».

#### EFFICACIA DEL «MODELLO LAZIO»

«In pandemia abbiamo vissuto due degli anni più drammatici dal dopoguerra, ma ce l'abbiamo fatta – è il consuntivo fatto dal presidente della Giunta regionale del Lazio Nicola Zingaretti, è stato possibile grazie al lavoro di tutti gli operatori e, anche, a una rete straordinaria di imprese che si sono messe prontamente al servizio per combattere questa grande battaglia. L'occasione che porta a riunirci oggi è il simbolo che abbiamo vinto: il Lazio è tornato a essere il protagonista italiano del modello sanitario del futuro. Riguardo la politica di investimenti del PNRR, nella gestione di tempi e modi di concretizzazione, non c'è dubbio che le strutture accreditate avranno la possibilità di dire la loro e di essere parte di una sfida orientata al consolidamento di un modello di sanità».

«Se il Lazio è stato un modello nell'assistenza sanitaria durante la pandemia è perché abbiamo lavorato insieme, e questa integrazione deve essere mantenuta nel futuro – ha altresì dichiarato l'assessore alla Salute e all'Integrazione socio-sanitaria della Regione Lazio Alessio D'Amato –; gli standard del PNRR sono stati prefissati. Bisogna adeguare il Fondo Sanitario, investire nella formazione, per carenze di infermieri e di alcune specializzazioni mediche; in futuro dobbiamo arrivare a coinvolgere almeno 100.000 over 65 in più nell'assistenza domiciliare integrata o passare all'accreditamento, uscendo dalla logica delle gare».

#### SINTESI DELLA RICERCA

Il PNRR rende possibile un investimento pari a oltre quindici miliardi di euro, articolato in due componenti: creazione e attivazione di 1.288 case della comunità (CdC) entro la metà del 2026, per la cura dei malati cronici, che comporterà un costo complessivo di due miliardi; inoltre, è prevista la creazione di 381 ospedali di comunità (OdC), destinati al ricovero breve e a interventi sanitari a bassa-media intensità clinica, con l'obiettivo di incrementare e migliorare l'assistenza sanitaria di prossimità, ovvero decongestionare gli ospedali distribuendo i pazienti in strutture che possano monitorare la degenza e la dimissione. L'investimento è di un miliardo di euro. Il progetto mira, inoltre, al rafforzamento dell'assistenza domiciliare grazie al ricorso alla telemedicina, con l'obiettivo di prendere in carico entro la metà del 2026 il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni. Investimenti per un totale di sette miliardi di stanziamenti, mentre un ulteriore aspetto è quello relativo all'aggiornamento tecnologico e digitale, per un costo di 7,36 miliardi di euro.



#### PRESTO LA REALIZZAZIONE DEGLI ODC

Entro la prima metà del 2026 la realizzazione dei nuovi OdC previsti in tutte le regioni italiane, avrà un costo di 1 miliardo di euro complessivi nazionali per un'aggiunta di 7.620 posti letto totali nazionali. Nascono una serie di interrogativi in relazione alla creazione di queste nuove strutture e sulla capacità dei fondi di SSN e SSR di coprire le spese di mantenimento di queste strutture. Nel PNRR, infatti, non sono previsti finanziamenti per il personale sanitario che dovrà lavorare in queste strutture: ne conseguono ulteriori pesi sul bilancio pubblico a partire dal 2027. Il progetto PNRR, impostato su base demografica, sembra inoltre non tenere conto delle realtà regionali; ne consegue un disegno a macchia di leopardo, che non risponde ai reali bisogni dei cittadini nei diversi contesti territoriali, su cui i futuri servizi sanitari andranno ad essere erogati, né tiene conto dell'impegno di risorse economiche e umane che tale realizzazione richiederà.





<https://thedailycases.com/sanita-tavola-rotonda-sul-pnrr-tra-aiop-lazio-e-le-istituzioni-a-villa-miani/>

The screenshot shows the DailyCases website interface. At the top, the 'DAILYCASES' logo is prominent. Below it, a navigation bar contains various menu items. The main content area features a large article titled 'Sanità: Tavola Rotonda sul PNRR tra AIOP Lazio e le Istituzioni a Villa Miani'. The article is dated 'Pubblicato 6 giorni fa 11 Maggio 2022' and 'di Redazione'. To the left of the article, there is a vertical list of other news items with small thumbnail images. The main image of the article depicts a panel discussion on a stage with several participants seated and one standing at a podium. A large screen in the background displays the text 'NUOVE FRONTIERE IN SANITÀ'.

“Nuove frontiere in Sanità. Finita la pandemia, l’inizio della gestione del PNRR” è il titolo dell’incontro che ha visto la partecipazione del presidente Zingaretti e l’assessore alla Sanità D’Amato e durante il quale AIOP Lazio ha presentato la sua analisi sul futuro della sanità

AI.O.P. Lazio ha presentato lo scorso 6 maggio, presso Villa Miani, in occasione della Tavola Rotonda intitolata “Nuove frontiere in Sanità. Finita la pandemia, l’inizio della gestione del PNRR”, moderata dalla giornalista RAI Roberta Serdoz, uno studio sul piano degli interventi PNRR relativo alle reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale, condotto sul modello dell’Emilia Romagna e di altri enti territoriali, in cui sono stati già attuati gli Ospedali di Comunità e le Case di Comunità; emergono alcune criticità che non sono state chiarite all’interno dei piani di attuazione del PNRR. Hanno partecipato al dibattito le Istituzioni e i rappresentanti dell’ospitalità pubblica e privata.



"Il PNRR, dall'analisi dei dati della ricerca presentata – ha affermato la Presidente di A.I.O.P. Lazio Veronica Faroni – mostra delle criticità legate alle previsioni di spesa e mantenimento delle nuove strutture, alla carenza di personale medico, paramedico e infermieristico e alla questione legata ai destinatari degli Ospedali di Comunità. Noi siamo stati elogiati per il lavoro doveroso svolto durante la pandemia al servizio del pubblico, ma altrettanto velocemente siamo stati abbandonati quando si è trattato di parlare di PNRR". "Invece di spendere ingenti fondi per convertire luoghi non sanitari in sanitari, si poteva aumentare la capacità di dare assistenza delle strutture già esistenti, come le RSA, tramite l'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) e la telemedicina – ha proseguito la Presidente Faroni.

"Per rispondere alla grande affluenza ai Pronto Soccorso, basterebbe snellire i percorsi dal Pronto Soccorso alle RSA, senza andare a costruire megastutture; basterebbe non morire di burocrazia" ha concluso la Dott.ssa Faroni.

"Durante la pandemia il "modello" Lazio ha dimostrato che il connubio tra il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e ospedalità privata sia fondamentale per garantire un pieno, equo e uniforme diritto alle cure sull'intero territorio nazionale – ha dichiarato il Direttore di A.I.O.P. Lazio Mauro Casanatta – Nel Lazio sono state vaccinate 1 milione e 300 mila persone e nelle nostre strutture, nei primi mesi del 2020, sono stati creati 1350 posti letto, per essere di supporto agli ospedali e alla Regione Lazio. Ad oggi, in otto strutture accreditate del Lazio, sono ancora aperti reparti Covid".

"Rianimiamo la Sanità – ha dichiarato l'Assessore alle Politiche per la Salute della Regione Emilia Romagna e Coordinatore della Commissione Salute Conferenza delle Regioni l'On. Raffaele Donini – Il PNRR non può prescindere da una riforma della medicina di base.

Le Regioni chiedono un Fondo Sanitario Nazionale adeguato; il PNRR non può essere un piano edilizio. Si alla collaborazione pubblico privato" ha concluso l'On. Raffaele Donini.

"In pandemia abbiamo vissuto due degli anni più drammatici dal dopoguerra, ma ce l'abbiamo fatta – ha affermato il Presidente della Giunta Regionale del Lazio Nicola Zingaretti. Grazie a tutti gli operatori, ma anche ad una rete straordinaria di imprese che si sono messe prontamente al servizio di questa grande battaglia. Questa occasione che porta a riunirci oggi è il simbolo che abbiamo vinto. Il Lazio è tornato ad



essere il protagonista italiano del modello sanitario del futuro. Riguardo la politica di investimenti del PNRR, nella gestione di tempi e modi di concretizzazione, non c'è dubbio che le strutture accreditate avranno la possibilità di dire la loro e di essere parte di una sfida orientata al consolidamento di un modello di sanità". "Se il Lazio è stato un modello nell'assistenza sanitaria durante la pandemia è perché abbiamo lavorato insieme, e questa integrazione deve essere mantenuta nel futuro – ha dichiarato l'Assessore alla Salute e Integrazione Socio-Sanitaria Regione Lazio Alessio D'Amato – Gli standard del PNRR sono stati prefissati. Bisogna adeguare il Fondo Sanitario, investire nella formazione, per carenze di infermieri e di alcune specializzazioni mediche; in futuro dobbiamo arrivare a coinvolgere almeno 100.000 over 65 in più nell'Assistenza domiciliare integrata e passare all'accreditamento, uscendo dalla logica delle gare".

"Rianimiamo la Sanità – ha dichiarato l'Assessore alle Politiche per la Salute della Regione Emilia Romagna e Coordinatore della Commissione Salute Conferenza delle Regioni l'On. Raffaele Donini– Il PNRR non può prescindere da una riforma della medicina di base. Le Regioni chiedono un Fondo Sanitario Nazionale adeguato; il PNRR non può essere un piano edilizio. Si alla collaborazione pubblico privato" ha concluso l'On. Raffaele Donini.

"In pandemia abbiamo vissuto due degli anni più drammatici dal dopoguerra, ma ce l'abbiamo fatta – ha affermato il Presidente della Giunta Regionale del Lazio Nicola Zingaretti. Grazie a tutti gli operatori, ma anche ad una rete straordinaria di imprese che si sono messe prontamente al servizio di questa grande battaglia. Questa occasione che porta a riunirci oggi è il simbolo che abbiamo vinto. Il Lazio è tornato ad essere il protagonista italiano del modello sanitario del futuro. Riguardo la politica di investimenti del PNRR, nella gestione di tempi e modi di concretizzazione, non c'è dubbio che le strutture accreditate avranno la possibilità di dire la loro e di essere parte di una sfida orientata al consolidamento di un modello di sanità". "Se il Lazio è stato un modello nell'assistenza sanitaria durante la pandemia è perché abbiamo lavorato insieme, e questa integrazione deve essere mantenuta nel futuro – ha dichiarato l'Assessore alla Salute e Integrazione Socio-Sanitaria Regione Lazio Alessio D'Amato – Gli standard del PNRR sono stati prefissati. Bisogna adeguare il Fondo Sanitario, investire nella formazione, per carenze di infermieri e di alcune specializzazioni mediche; in futuro dobbiamo arrivare a coinvolgere almeno 100.000 over 65 in più nell'Assistenza domiciliare integrata e passare all'accreditamento, uscendo dalla logica delle gare".





OSPEDALE CIVILE  
DI ROMA

<https://www.litalianonews.it/2022/05/11/sanita-tavola-rotonda-sul-pnrr-tra-aio-p-lazio-e-le-istituzioni-a-villa-miani-presenti-tra-gli-altri-il-presidente-zingaretti-e-l-assessore-alla-sanita-damato/>



**Sanità: Tavola Rotonda sul PNRR tra AIO P Lazio e le Istituzioni a Villa Miani. Presenti, tra gli altri, il Presidente Zingaretti e l'Assessore alla Sanità D'Amato**

"Il PNRR, dall'analisi dei dati della ricerca presentata – ha affermato la Presidente di A.I.O.P. Lazio Veronica Faroni – mostra delle criticità legate alle previsioni di spesa e mantenimento delle nuove strutture, alla carenza di personale medico, paramedico e infermieristico e alla questione legata ai destinatari degli Ospedali di Comunità. Noi siamo stati elogiati per il lavoro doveroso svolto durante la pandemia al servizio del pubblico, ma altrettanto velocemente siamo stati abbandonati quando si è trattato di parlare di PNRR".

A.I.O.P. Lazio ha presentato lo scorso 6 maggio, presso Villa Miani, in occasione della Tavola Rotonda intitolata "Nuove frontiere in Sanità. Finita la pandemia, l'inizio della gestione del PNRR", moderata dalla giornalista RAI Roberta Serdoz, uno studio sul piano degli interventi PNRR relativo alle reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale, condotto sul modello dell'Emilia Romagna e di altri enti territoriali, in cui sono stati già attuati gli Ospedali di Comunità e le Case di Comunità: emergono alcune criticità che non sono state chiarite all'interno dei piani di attuazione del PNRR. Hanno partecipato al dibattito le Istituzioni e i rappresentanti dell'ospitalità pubblica e privata.

"Il PNRR, dall'analisi dei dati della ricerca presentata – ha affermato la Presidente di A.I.O.P. Lazio Veronica Faroni – mostra delle criticità legate alle previsioni di spesa e mantenimento delle nuove strutture, alla carenza di personale medico, paramedico e infermieristico e alla questione legata ai destinatari degli Ospedali di Comunità. Noi siamo stati elogiati per il lavoro doveroso svolto durante la pandemia al servizio del

pubblico, ma altrettanto velocemente siamo stati abbandonati quando si è trattato di parlare di PNRR".  
"Invece di spendere ingenti fondi per convertire luoghi non sanitari in sanitari, si poteva aumentare la capacità di dare assistenza delle strutture già esistenti, come le RSA, tramite l'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) e la telemedicina – ha proseguito la Presidente Faroni.

"Per rispondere alla grande affluenza al Pronto Soccorso, basterebbe snellire i percorsi dal Pronto Soccorso alle RSA, senza andare a costruire megastrukture; basterebbe non morire di burocrazia" ha concluso la Dott.ssa Faroni.

"Durante la pandemia il "modello" Lazio ha dimostrato che il connubio tra il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e ospedalità privata sia fondamentale per garantire un pieno, equo e uniforme diritto alle cure sull'intero territorio nazionale – ha dichiarato il Direttore di A.I.O.P. Lazio Mauro Casanatta – Nel Lazio sono state vaccinate 1 milione e 300 mila persone e nelle nostre strutture, nei primi mesi del 2020, sono stati creati 1350 posti letto, per essere di supporto agli ospedali e alla Regione Lazio. Ad oggi, in otto strutture accreditate del Lazio, sono ancora aperti reparti Covid.",



Da\_sx\_Direttore\_Casanatta\_e\_Presidente\_Faroni





A.I.O.P. Lazio ha presentato lo scorso 6 maggio, presso Villa Miani, in occasione della Tavola Rotonda intitolata "Nuove frontiere in Sanità. Finita la pandemia, l'inizio della gestione del PNRR", moderata dalla giornalista RAI Roberta Serdoz, uno studio sul piano degli interventi PNRR relativo alle reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale, condotto sul modello dell'Emilia Romagna e di altri enti territoriali, in cui sono stati già attuati gli Ospedali di Comunità e le Case di Comunità: alcune criticità che non sono state chiarite all'interno dei piani di attuazione del PNRR. Hanno partecipato al dibattito le istituzioni e i rappresentanti dell'ospedalità pubblica e privata.

"Il PNRR, dall'analisi dei dati della ricerca presentata - ha affermato la Presidente di A.I.O.P. Lazio Veronica Faroni - mostra delle criticità legate alle previsioni di spesa e mantenimento delle nuove strutture, alla carenza di personale medico, paramedico e infermieristico e alla questione legata ai destinatari degli Ospedali di Comunità. Noi siamo stati elogiati per il lavoro doveroso svolto durante la pandemia al servizio del pubblico, ma altrettanto velocemente siamo stati abbandonati quando si è trattato di parlare di PNRR". "Invece di spendere ingenti fondi per convertire luoghi non sanitari in sanitari, si poteva aumentare la capacità di dare assistenza delle strutture già esistenti, come le RSA, tramite l'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) e la telemedicina - ha proseguito la Presidente Faroni. "Per rispondere alla grande affluenza al Pronto Soccorso, basterebbe snellire i percorsi dal Pronto Soccorso alle RSA, senza andare a costruire megastrutture; basterebbe non morire di burocrazia" ha concluso la Dott.ssa Faroni.

"Durante la pandemia il "modello" Lazio ha dimostrato che il connubio tra il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e ospedalità privata sia fondamentale per garantire un pieno, equo e uniforme diritto alle cure sull'intero territorio nazionale - ha dichiarato il Direttore di A.I.O.P. Lazio Mauro Casanatta - Nel Lazio sono state vaccinate 1 milione e 300 mila persone e nelle nostre strutture, nei primi mesi del 2020, sono stati creati 1350 posti letto, per essere di supporto agli ospedali e alla Regione Lazio. Ad oggi, in otto strutture accreditate del Lazio, sono ancora aperti reparti Covid".



"Rianimiamo la Sanità - ha dichiarato l'Assessore alle Politiche per la Salute della Regione Emilia Romagna e Coordinatore della Commissione Salute Conferenza delle Regioni l'On. Raffaele Donini- Il PNRR non può prescindere da una riforma della medicina di base. Le Regioni chiedono un Fondo Sanitario Nazionale adeguato; il PNRR non può essere un piano edilizio. Sì alla collaborazione pubblico privato" ha concluso l'On. Raffaele Donini.

"In pandemia abbiamo vissuto due degli anni più drammatici dal dopoguerra, ma ce l'abbiamo fatta - ha affermato il Presidente della Giunta Regionale del Lazio Nicola Zingaretti. Grazie a tutti gli operatori, ma anche ad una rete straordinaria di imprese che si sono messe prontamente al servizio di questa grandebattaglia. Questa occasione che porta a riunirci oggi è il simbolo che abbiamo vinto. Il Lazio è tornato ad essere il protagonista italiano del modello sanitario del futuro. Riguardo la politica di investimenti del PNRR, nella gestione di tempi e modi di concretizzazione, non c'è dubbio che le strutture accreditate avranno la possibilità di dire la loro e di essere parte di una sfida orientata al consolidamento di un modello di sanità". "Se il Lazio è stato un modello nell'assistenza sanitaria durante la pandemia è perché abbiamo lavorato insieme, e questa integrazione deve essere mantenuta nel futuro - ha dichiarato l'Assessore alla Salute e Integrazione Socio-Sanitaria Regione Lazio Alessio D'Amato - Gli standard del PNRR sono stati prefissati. Bisogna adeguare il Fondo Sanitario, investire nella formazione, per carenze di infermieri e di alcune specializzazioni mediche; in futuro dobbiamo arrivare a coinvolgere almeno 100.000 over 65 in più nell'assistenza domiciliare integrata e passare all'accreditamento, uscendo dalla logica delle gare".

"Il PNRR è un dispositivo che risponde a regole europee. Sono stati fatti sforzi per aumentare fondi verso l'assistenza domiciliare, oltre 1 miliardo di euro" ha aggiunto la Dirigente dell'Organizzazione Servizi Sanitari Territoriali di AGE.N.A.S., la Dott.ssa Alice Borghini.

"La pandemia ha evidenziato la necessità di salute e la richiesta di maggior tutela dei cittadini. Istante che vanno ascoltate, migliorando l'assistenza a prescindere dal luogo in cui si trovano. Il PNRR è l'occasione per rispondere alla crescente necessità di tutela della salute. Per farlo sarà molto importante la telemedicina e la condivisione dei dati", ha spiegato Mr Harold Wolf, Advisor per OMS sui temi della Sanità Digitale.



<https://www.stranotizie.it/pnrr-la-bocciatura-di-aiop-lazio-pochi-investimenti-in-formazione/>



## PNRR, la bocciatura di Aiop Lazio: «Pochi investimenti in formazione»

Un no deciso quello di Aiop Lazio al PNRR così come è stato scritto. Secondo i rappresentanti dell'ospitalità privata, infatti, la carenza di attenzione verso la formazione del personale sanitario (presente e futuro) e la realizzazione delle case della salute non andrebbero nella direzione auspicata. Ne abbiamo parlato con la presidente Veronica Jessica Faroni.

**Presidente Faroni, ci può dire in poche parole come Aiop Lazio vede il PNRR e come dovrebbe essere sfruttato per essere un'opportunità e non un rischio?**

«Attualmente non lo vediamo positivamente perché corre esclusivamente su binari di tipo edilizio, senza pensare assolutamente a quelle che sono le necessità del paziente. Non si sa chi andrà ricoverato, non si sa come mantenere queste strutture. Noi siamo sempre a disposizione. Sia nel pubblico che nel privato sono stati tagliati posti letto che potevano essere riutilizzati. A cosa serve andare a costruire o riesumare strutture che avranno sicuramente dei costi di manutenzione eccessivi? Spendiamo queste risorse per i pazienti, non per l'edilizia...».

**Per quanto riguarda le case della salute, invece, qual è il giudizio di Aiop Lazio su come sono state pensate?**

«Le case della salute diciamo hanno già dimostrato che non danno quella risposta che ci aspettavamo. Il paziente potrebbe andare nella casa della salute ma preferisce andare in pronto soccorso, ovvero in un qualcosa di multidisciplinare più organizzato».

**Nel PNRR ci sarà ci saranno tante innovazioni, sia a livello di telemedicina che digitalizzazione. La formazione del personale è adeguata oppure si dovrà fare qualcosa per renderlo capace di seguire al meglio tutte queste innovazioni?**

«C'è una grande lacuna sulla formazione. Sono previsti degli interventi ma c'è sì è investito poco sull'università e, in generale, su quella che poi è la vera risorsa del paese, per l'appunto la formazione».

**Per quanto riguarda invece la formazione continua, chi si è specializzato anni fa si ritroverà ad avere a che fare con innovazioni che non facevano parte del suo corso di studi. È una lacuna che si deve in qualche modo colmare...**

«C'è un aumento delle borse delle scuole di specializzazione che dovrebbe comportare un aumento di specialisti. Il problema, però, è che se non viene cambiato il concorso nazionale si tratta di uno spreco di risorse e di borse di studio».



# SAMSUNG

## **Samsung: tecnologie all'avanguardia per migliorare la qualità della vita.**

Samsung si impegna a creare un nuovo futuro per i pazienti e i professionisti del settore sanitario con la missione di portare salute e benessere nella vite delle persone. Grazie alla sua esperienza di leader nel settore dei display, dell'IT, delle tecnologie mobili e dell'elettronica, Samsung persegue l'obiettivo di garantire ai clienti diagnosi affidabili, soluzioni efficienti dal punto di vista dei costi e flussi di lavoro semplificati. Specializzata nei servizi di diagnostica per immagini e in vitro, l'innovazione di Samsung in campo sanitario è condotta dalla Divisione Health & Medical Equipment di Samsung Electronics con più di 1600 persone impiegate in 100 Paesi diversi.

**Samsung Electronics Italia Spa**

Via Mike Bongiorno, 9

20124 Milano

**[www.samsunghealthcare.com/it](http://www.samsunghealthcare.com/it)**



- SISTEMI TECNOLOGICI INTEGRATI
- SOLUZIONI DI TELEFONIA AVANZATA
- SICUREZZA INFORMATICA
- CALL CENTER



- CONTACT CENTER
- PIATTAFORME TELEFONICHE IP
- CLOUD
- AUDIO E VIDEOCONFERENCE
- SISTEMI DECT

**AS.CO.T.T. SRL**  
www.ascott.it  
direzione@ascott.it  
Numero verde 800.96.98.18

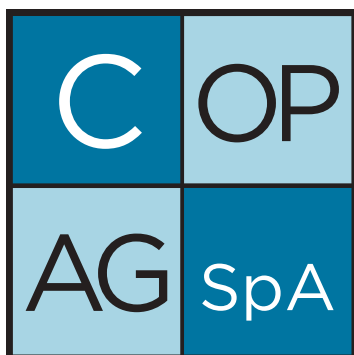


TINEXTA GROUP

**InfoCert, Tinexta Group**, è la più grande Certification Authority europea, attiva in oltre trenta Paesi. La società eroga servizi di digitalizzazione, eDelivery, Firma Digitale e conservazione digitale dei documenti ed è gestore accreditato AgID dell'identità digitale nell'ambito di SPID (Sistema Pubblico per la gestione dell'Identità Digitale). InfoCert investe in modo significativo nella ricerca e sviluppo e nella qualità: detiene un significativo numero di brevetti mentre le certificazioni di qualità ISO 9001, 27001 e 20000 testimoniano l'impegno ai massimi livelli nell'erogazione dei servizi e nella gestione della sicurezza.

Il Sistema di Gestione della Sicurezza delle Informazioni InfoCert è certificato ISO/IEC 27001:2013 per le attività EA:33-35. InfoCert è leader europeo nell'offerta di servizi di Digital Trust pienamente conformi ai requisiti del Regolamento eIDAS (regolamento UE 910/2014) e agli standard ETSI EN 319 401, e punta a crescere sempre di più a livello internazionale anche mediante acquisizioni: detiene il 51% di **Camerfirma**, una delle principali autorità di certificazione spagnole, il 60% di **CertEurope** certification authority leader del mercato francese e il 16,7% di **Authada**, Identity Provider tedesco all'avanguardia. InfoCert, infine, è proprietaria dell'80% delle azioni di **Sixtoma SpA**, il partner tecnologico del mondo CNA, che fornisce soluzioni tecnologiche e servizi di consulenza a PMI, associazioni di categoria, intermediari finanziari, studi professionali ed enti.

[www.infocert.it](http://www.infocert.it)



**Una società per azioni con l'anima del consorzio: COPAG SpA**

è un unicum assoluto, configurandosi quale leader del settore in grado di proporsi come "global provider" dell'ospitalità privata, con linee di business afferenti medical devices, sala operatoria e distribuzione farmaceutica.

**La storica azienda romana**, nata nel lontano 1976, non opera come un semplice fornitore, ma come un vero e proprio partner delle strutture sanitarie, assicurando la distribuzione di prodotti, anche di difficile reperimento, ed ottimizzando il procurement delle case di cura attraverso strumenti innovativi e digitali come la software house per la gestione del magazzino farmaco.

**Mediante i prodotti a marchio proprio**, sinonimo di garanzia e qualità, e gli accordi di esclusiva con i più importanti players del mondo healthcare (J&J, Pkdare, Alfasigma, Zentiva) solo per citarne alcuni, COPAG accompagna ogni giorno le strutture sanitarie nella realizzazione della propria mission: assistere al meglio i pazienti mediante l'uso dei migliori prodotti presenti sul mercato.



### **SERVIZI PER LA SANITÀ PRIVATA**

Accompagniamo i nostri clienti dalle necessità fino alle soluzioni realizzate.

### **SERVIZI PER IL RISPARMIO ENERGETICO**

Soluzioni di immediata realizzazione per impianti idronici e per ACS.

Studi di fattibilità tecnico-economica senza alcun onere per il cliente.

Interventi totalmente finanziati dai nostri partners.

