

Missione 6 SALUTE

di Nerina Dirindin

In questa breve nota si illustra la Missione 6 (Salute), con qualche incursione nella Missione 5 (Inclusione e coesione) nelle parti collegate con la salute. Ad esse sono dedicati rispettivamente 15,63 e 19,8 miliardi del NGEU¹.

1. La Missione 6 “Salute”

La Missione 6 “Salute” si articola in due componenti:

a) Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale, con una dotazione di 7 miliardi di euro (fondi NGEU) e con i seguenti obiettivi:

- rafforzamento delle prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come Case della Comunità e Ospedali di Comunità);
- rafforzamento dell’assistenza domiciliare;
- sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi sociosanitari.

b) Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale, con una dotazione finanziaria di complessivi oltre 8,6 miliardi di euro (fondi NGEU) e con i seguenti obiettivi:

- ammodernamento del parco tecnologico e digitale degli ospedali: è previsto l’acquisto di oltre 3 mila grandi apparecchiature, la digitalizzazione di 280 ospedali sedi di Dea, il consolidamento della dotazione di posti letto in terapia intensiva e sub intensiva;
- completamento e miglioramento strutturale nel campo della sicurezza degli edifici ospedalieri, con particolare riferimento agli interventi antisismici;
- infrastrutturazione tecnologica e strumenti per elaborazione dati, compreso il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico e il miglioramento della capacità di monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA);
- valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica e sviluppo delle competenze tecniche, professionali e manageriali del personale del SSN.

Particolare attenzione meritano gli interventi di competenza del Ministero della Salute riferibili alla rete dei servizi territoriali. La pandemia ha reso infatti evidente la necessità di rinnovare il welfare socio sanitario a partire dal potenziamento dell’assistenza territoriale, il cui compito – presidiare la salute delle persone e delle comunità – è stato riscoperto dopo anni di disattenzione, proprio grazie al Coronavirus.

Sono previste tre importanti linee di attività:

*a) lo sviluppo dell’assistenza territoriale attraverso la realizzazione di 1.350 **Case della comunità***. Si tratta di una forma evoluta delle Case della salute (nate nel 2007) destinata a diventare lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti sul territorio, in particolare ai malati

1. Le altre Missioni sono: 1. Digitalizzazione, innovazione e cultura; 2. Rivoluzione verde e transizione ecologica; 3. Infrastrutture e mobilità sostenibile; 4. Istruzione e ricerca. I fondi devono essere destinati obbligatoriamente per almeno il 37% alla transizione verde e per almeno il 20% alla trasformazione digitale.

cronici. Costituisce un punto di riferimento continuativo per tutta la popolazione, anche attraverso un'infrastruttura informatica, un punto prelievi, la strumentazione polispecialistica, e ha il fine di garantire la promozione, la prevenzione della salute e la presa in carico della comunità di riferimento. All'interno delle Case della comunità saranno presenti, fra l'altro, il punto unico di accesso (PUA), le unità per le valutazioni multidimensionali, i servizi dedicati alla tutela della salute della donna, del bambino e dei nuclei familiari. Potranno essere ospitati servizi sociali e assistenziali rivolti prioritariamente alle persone anziane e fragili, variamente organizzati a seconda delle caratteristiche della comunità specifica. È prevista la presenza degli assistenti sociali, a garanzia di una più forte integrazione con la componente sociale;

b) il potenziamento dell'**assistenza domiciliare** con l'obiettivo di aumentare il volume delle prestazioni fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10% della popolazione con più di 65 anni (in linea con le migliori prassi europee), in particolare le persone con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti (attualmente la quota di persone assistite in ADI è prossima al 4%); la misura dovrà coordinarsi con quanto previsto dalla Missione 5, per integrare l'assistenza sanitaria domiciliare con gli interventi di tipo sociale anche grazie all'introduzione di strumenti di domotica, telemedicina e telemonitoraggio;

c) lo sviluppo delle **cure intermedie** attraverso la realizzazione di 400 Ospedali di comunità, una struttura della rete territoriale a ricovero breve, destinata a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata. È dotata di norma di 20 posti letto (fino ad un massimo di 40) e ha gestione prevalentemente infermieristica. Contribuisce a una maggiore appropriatezza delle cure determinando una riduzione di accessi impropri ai servizi sanitari come al pronto soccorso o al ricovero ospedaliero o alle prestazioni specialistiche. L'Ospedale di comunità potrà anche facilitare la transizione dei pazienti dalle strutture ospedaliere per acuti al proprio domicilio, consentendo alle famiglie di avere il tempo necessario per adeguare l'ambiente domestico e renderlo più adatto alle esigenze di cura.

Agli interventi si affiancano alcune riforme che nel caso della Missione 6 fanno riferimento a:

- definizione di standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l'assistenza territoriale;

- definizione di un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico, in linea con l'approccio "One-Health".

Oltre all'assistenza territoriale (Componente 1), la Missione Salute prevede interventi anche sull'assistenza ospedaliera e sulla ricerca (Componente 2). Il Piano prevede l'ammmodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero, la messa in sicurezza degli ospedali (con oltre 100 interventi antisismici), lo sviluppo della ricerca biomedica e della formazione del personale del SSN, il potenziamento del sistema degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, IRCCS. L'obiettivo è garantire un'evoluzione significativa dell'assistenza sanitaria, migliorando la qualità e la tempestività delle cure, valorizzando il ruolo del paziente come parte attiva del processo clinico-assistenziale e garantendo una maggiore capacità di governance e programmazione sanitaria guidata dalla analisi dei dati, nel pieno rispetto della sicurezza e della tutela dei dati e delle informazioni.

2. La Missione 5 "Inclusione e Coesione"

Il PNRR collega alcuni investimenti della Missione 6 "Sanità" alla Missione 5 "Inclusione e Coesione", in particolare ai progetti previsti dall'Investimento 1 "Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale" della Componente 2, rivolti a:

- sostenere le persone vulnerabili e prevenire l'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti;
- promuovere percorsi di autonomia per persone con disabilità;
- aiutare le persone senza dimora ad accedere a una sistemazione temporanea (Housing temporaneo e stazioni di posta).

Anche la Missione 5 prevede due riforme di sistema:

- a) la riforma della normativa sulle disabilità nell'ottica della de-istituzionalizzazione e della promozione dell'autonomia delle persone con disabilità (legge quadro per la disabilità);
- b) la definizione di un sistema organico di interventi in favore degli anziani non autosufficienti (legge delega sulla non autosufficienza).

Particolare attenzione meritano le linee di intervento sulle persone con disabilità e a favore degli anziani non autosufficienti, finalizzate alla prevenzione dell'istituzionalizzazione attraverso soluzioni alloggiative e dotazioni strumentali che permettano di conseguire e mantenere la massima autonomia, con la garanzia di servizi accessori, in particolare legati alla domiciliarità, che assicurino la continuità dell'assistenza, secondo un modello di presa in carico socio-sanitaria coordinato con il parallelo progetto di rafforzamento dell'assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale previsto nella componente Salute. In particolare, il progetto di riforma sulla non autosufficienza, **ambizioso ma non finanziato**, dovrebbe contribuire a rispondere a esigenze a lungo rappresentate ma mai affrontate in modo organico a favore di oltre 2 milioni di anziani. Esso prevede l'individuazione di specifici livelli essenziali delle prestazioni sociali, la semplificazione dell'accesso mediante punti unici di accesso sociosanitario, l'individuazione di modalità di riconoscimento della non autosufficienza basate sul bisogno assistenziale, la definizione di un progetto individualizzato. La linea di intervento richiede, una volta definiti i contenuti, il reperimento delle risorse attraverso stanziamenti ordinari (extra PNRR), che potranno essere negoziati nei prossimi anni.

Conclusioni

I progetti previsti dal PNRR possono contribuire a migliorare significativamente il sistema di tutela della salute e a ridurre almeno in parte le disuguaglianze che ancora persistono fra territori e gruppi di popolazione. La sua attuazione è tuttavia un'opera molto complessa che richiede un cambio di passo rispetto al passato nell'utilizzo delle risorse. Per questo vanno sottolineate alcune priorità, che dovrebbero guidare l'intero processo di attuazione².

La prima priorità è **spendere bene** le risorse disponibili. È fondamentale utilizzare i fondi per le priorità troppo a lungo trascurate, a partire dall'assistenza sociale e sanitaria territoriale, evitando di ricorrere a ricette ormai superate. A tal fine è necessario un attento accompagnamento critico, un costante monitoraggio e l'apertura di un grande dibattito nazionale.

La seconda priorità è **garantire a livello regionale una attuazione coerente** con gli indirizzi del PNRR. Le prime affermazioni di alcune regioni sembrano far pensare a un PNRR all'interno del quale ogni regione può fare scelte in totale autonomia, anche disattendendo indicazioni rile-

2. Si riprendono alcune delle considerazioni espresse dalla *Rete Salute, Welfare, Territorio* (Rete SWT), promossa dalle associazioni: Salute Diritto Fondamentale; saluteinternazionale.info; Sossanità, CoPerSaMM; Sos Sanità; Lisbon Institute of Global Mental Health; Campagna PHC now or never, nel documento *Il PNRR: passi in avanti ma non basta. Serve molta più energia per Salute e diritti Sociali*. Agli Appelli della Rete hanno aderito oltre cento organizzazioni sociali e sindacali: cfr. <https://salutedirittofondamentale.it/il-pnrr-passi-in-avanti-ma-non-basta-serve-molta-piu-energia-per-salute-e-diritti-sociali/>

vanti proprio per superare quelle diseguaglianze interregionali e infraregionali più volte denunciate. Dopo il PNRR i divari nel diritto alla tutela della salute devono essere diminuiti e non aumentati.

La terza priorità è assicurare uno **stretto coordinamento** dei progetti del PNRR **con l'ordinaria programmazione** del SSN e delle politiche sociali. I progetti devono essere rigorosamente monitorati a tutti i livelli, istituendo apposite sedi di partecipazione anche con le forze sociali e sindacali.

La quarta priorità è **procedere speditamente e senza timidezze con le riforme**, anche definendo con chiarezza grandi temi quali il Distretto, la Casa della comunità, l'Assistenza domiciliare, la Residenzialità e la prevenzione della istituzionalizzazione, per consentire una attuazione rapida e omogenea su tutto il territorio nazionale.

Va infine considerato che servono **ulteriori stanziamenti ordinari**, soprattutto per strutturare il SSN nella componente del personale, rispetto alla quale il NGEU non prevede finanziamenti, senza la quale i progetti restano inattuabili o comunque limitati nel tempo o, addirittura, destinati ad alimentare solo le iniziative della sanità privata.