



Capitolo 10

Assistenza primaria

Primary Care

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 10

Assistenza primaria

Spandonaro F.¹

10.1. Premessa

L'approvazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) ha, di fatto, inaugurato una stagione di investimenti per la Sanità, senza precedenti per dimensione e impegno.

Il Piano sembra, inoltre, avere le potenzialità per poter colmare quello che, probabilmente, è il principale vulnus della Legge (L.) n. 189/2012, la cosiddetta Legge Balduzzi, che ha segnato il corretto e condiviso tentativo di riprogettare il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) basandolo sul potenziamento dell'assistenza primaria (o "territoriale" come si usa indicarla nei documenti ufficiali), ma con l'utopica speranza di farlo senza oneri aggiuntivi per il sistema.

In altri termini, il PNRR dovrebbe mettere a disposizione risorse sufficienti per riformare davvero il sistema dell'assistenza "territoriale" e, in tal modo, ammodernare il SSN: aspettativa corroborata dalla esistenza di una generale condivisione del principio che l'assistenza primaria debba essere l'elemento portante di un servizio sanitario che, pandemia a parte, deve rispondere ai bisogni di una popolazione in rapido invecchiamento, e per questo caratterizzata da una diffusa presenza di condizioni patologiche croniche.

Nel seguito proviamo a quantificare le risorse messe in campo dal PNRR, con particolare focus sull'assistenza primaria, per poi analizzare criticamente quanto previsto nel Piano e indicare alcune linee di intervento/investimento che appaiono cruciali per il "territorio".

10.2. Le risorse del PNRR per l'assistenza primaria

Il PNRR attinge alle ingenti risorse messe a disposizione nell'ambito del progetto *Next Generation EU*; a tali risorse se ne aggiungono peraltro altre, in primis quelle del programma di finanziamento *React-EU* e quelle del cosiddetto "Fondo complementare".

L'Italia ha previsto nel Piano di investire € 191,5 mld., pari all'ammontare massimo che poteva essere richiesto.

Non si deve dimenticare che di essi, € 68,9 mld. (il 36,0%) sono erogati sotto forma di sostegno non rimborsabile e € 122,6 mld. (il rimanente 64,0%) in prestito: quindi, per quasi due terzi, le risorse per il PNRR si configurano come un prestito e, quindi, determinano un debito a carico del Paese.

Nello specifico, alla Sanità (Missione 6 del PNRR), sono destinate risorse per € 20,2 mld. (complessivamente sui tre "fondi" sopra citati): un somma rilevante che, però, in percentuale del totale (10,5%), rappresenta più o meno l'incidenza della spesa sanitaria sul PIL nazionale; è pur vero, come vedremo, che anche in altre Missioni si ritrovano finanziamenti di cui, "in qualche modo", beneficerà anche il settore sanitario: ad esempio citiamo i benefici indiretti che possono derivare dagli investimenti tesi a realizzare la transizione digitale e quelli per la protezione dell'ambiente; ma anche, certamente, le risorse per l'*Housing Sociale* e la disabilità, contenute nella Missione 5 (Inclusione e Coesione).

Nello specifico la Missione 6 (Salute) si articola in due cosiddette Componenti: da un lato, il potenzia-

¹ C.R.E.A. Sanità, Università San Raffaele, Roma

mento dell'assistenza "territoriale", tramite la creazione di nuove strutture (Strutture intermedie e Case della Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare e lo sviluppo della telemedicina; dall'altro, l'innovazione e il rafforzamento del capitale umano del SSN attraverso il potenziamento della ricerca e della formazione.

Nello specifico, quella che ci interessa per l'assistenza primaria è la prima Componente (M6C1: reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza territoriale), complessivamente finanziata per € 9 mld.; a questa si aggiunge la seconda Componente (M6C2: innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN), con un ulteriore "budget" di € 11,2 mld. (Tabella 10.1.).

A ben vedere, sarebbe miope affermare che all'Assistenza Primaria siano dedicate solo le risorse della prima componente: in alcuni degli interventi previsti nella seconda componente, possiamo aspettarci un impatto anche sull'assistenza primaria:

pensiamo ad esempio al Fascicolo Sanitario elettronico; inoltre, come anticipato, anche (almeno) la Missione 5 interviene in parte su ambiti di assistenza territoriale: a titolo di esempio ricordiamo che in questa Missione € 1,45 mld. sono destinati a interventi di contrasto alla non autosufficienza, come è il caso dell'*Housing* sociale e delle misure in favore delle disabilità.

In definitiva, nell'ambito della Missione Salute (6) circa il 45,0% delle risorse sono finalizzate all'implementazione della prima Componente (M6C1: reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza territoriale) e il 55% alla realizzazione della seconda Componente (M6C2: innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN) (Tabella 10.2.).

Considerando anche le risorse della Missione 5, si aggiunge un altro 8-10% di risorse utili per sostenere l'assistenza primaria, ivi inclusa quella per la *Long Term Care* (ovvero la non autosufficienza).

Tabella 10.1. PNRR: finanziamenti settore salute

M6. Salute	PNRR (€ mld.)	React EU (€ mld.)	Fondo complementare (€ mld.)	Totale (€ mld.)
M6C1: reti pross., strutture e telemed. per ass. territoriale	7,00	1,50	0,50	9,00
M6C2: innovaz. e ricerca e digitalizzazione del SSN	8,63	0,21	2,39	11,23
Totale Missione Salute	15,63	1,71	2,89	20,23
Missione Inclusione e Coesione M5C1.1 Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale	1,45			
Totale	17,08			

Fonte: PNRR, 2021 - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 10.2. PNRR: composizione finanziamenti settore salute.

M6. Salute	PNRR (%)	React EU (%)	Fondo complementare (%)	Totale (%)
M6C1: reti pross., strutture e telemed. per ass. territoriale	44,8	87,7	17,3	44,5
M6C2: innovaz. e ricerca e digitalizzazione del SSN	55,2	12,3	82,7	55,5
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0
Missione Salute	91,5			
Altre Missioni	8,5			
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: PNRR, 2021 - © C.R.E.A. Sanità

Entrando nello specifico degli interventi/investimenti previsti nell'ambito della prima Componente, è previsto il potenziamento e la creazione di strutture e presidi territoriali, come le Case della Comunità (CdC) e gli Ospedali di Comunità (OdC), il rafforzamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari.

Ad oggi disponiamo dell'ipotesi di assegnazione delle risorse per la prima fase degli interventi²:

prioritariamente è previsto siano finanziati gli interventi relativi alle CdC, agli OdC e all'aggiornamento tecnologico e digitale con uno stanziamento di circa € 3,2 mld. (ovvero il 39,8% della somma ripartibile); di questi il 62,4% (€ 2,0 mld.) saranno investiti nelle CdC, il 6,4% (€ 0,2 mld.) nell'aggiornamento tecnologico e digitale (Centrali Operative Territoriali - COT, interconnessione aziendale e *device*) e il 31,2% (€ 1,0 mld.) nel rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e degli OdC (Tabella 10.3.).

Tabella 10.3. PNRR - M6C1: proposta riparto risorse

Regioni	M6C1 (€ mln.)	CdC (%)	COT / intercon. (%)	OdC (%)
Italia	3.204,5	62,4	6,4	31,2
Nord	1.354,4	62,0	6,9	31,0
Centro	580,5	62,0	7,0	31,0
Sud	1.269,5	63,0	5,5	31,5
Piemonte	214,0	62,1	6,9	31,0
Valle d'Aosta	6,1	62,9	5,6	31,5
Lombardia	488,0	62,0	7,1	31,0
P.A. di Bolzano	25,2	62,2	6,8	31,1
P.A. di Trento	26,2	62,3	6,5	31,2
Veneto	238,3	62,0	7,0	31,0
Friuli Venezia Giulia	60,1	62,1	6,8	31,1
Liguria	77,2	62,2	6,6	31,1
Emilia Romagna	219,3	62,0	7,0	31,0
Toscana	183,1	62,1	6,9	31,0
Umbria	43,3	61,9	7,1	31,0
Marche	74,6	62,1	6,8	31,1
Lazio	279,5	61,9	7,2	30,9
Abruzzo	83,0	63,1	5,3	31,6
Molise	19,4	63,2	5,3	31,6
Campania	352,7	62,9	5,6	31,5
Puglia	249,9	63,0	5,5	31,5
Basilicata	35,4	62,8	5,8	31,4
Calabria	119,4	63,0	5,4	31,5
Sicilia	306,0	63,0	5,5	31,5
Sardegna	103,7	63,2	5,3	31,6

Fonte: PNRR, 2021 - © C.R.E.A. Sanità

² Proposta di ripartizione programmatica provvisoria delle risorse del PNRR. Il Ministero della Salute intende dare seguito al DM del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 6 agosto 2021 e pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale Serie Generale n.229 del 24/09/2021, recante disposizioni in tema di "Assegnazione delle risorse finanziarie previste per l'attuazione degli interventi del piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e ripartizione di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione"

Le misure previste nella seconda Componente, invece, sono prioritariamente destinate al rinnovamento e l'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti; seguono il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso più efficaci sistemi informativi, la formazione del personale e la ricerca in ambiti specifici.

In questa prima fase si prevede siano attivati

investimenti per € 4,8 mld., essenzialmente rivolti all'ammodernamento del parco tecnologico e digitale (sostituzione delle apparecchiature sanitarie, digitalizzazione dei DEA di I e II livello), nonché al miglioramento strutturale degli edifici ospedalieri.

Una quota minore, destinata al potenziamento dei flussi informativi può certamente essere considerata far le risorse a destinate a produrre un beneficio anche nell'assistenza primaria.

Tabella 10.4. PNRR - M6C2: proposta riparto risorse

Regioni	M6C2 (€ mil.)	Parco tecnolog. digit. (%)	Adeguam. norme sismic. (%)	Adozione nuovi flussi inform. (%)	Formazione pers. infezioni (%)
Italia	4.838,4	54,5	43,2	0,6	1,7
Nord	2.034,1	54,5	43,1	0,6	1,7
Centro	868,9	54,6	43,2	0,6	1,5
Sud	1.935,4	54,5	43,2	0,6	1,7
Piemonte	321,9	54,5	43,1	0,6	1,8
Valle d'Aosta	9,3	54,1	42,8	0,6	2,5
Lombardia	729,9	54,7	43,3	0,6	1,4
P.A. di Bolzano	38,3	54,1	42,8	0,6	2,5
P.A. di Trento	39,8	54,3	43,0	0,6	2,1
Veneto	357,6	54,5	43,1	0,6	1,7
Friuli Venezia Giulia	91,0	54,2	42,9	0,6	2,3
Liguria	116,7	54,3	43,0	0,6	2,1
Emilia Romagna	329,8	54,4	43,1	0,6	1,9
Toscana	275,8	54,4	43,1	0,6	1,9
Umbria	65,0	54,4	43,1	0,6	1,8
Marche	112,3	54,5	43,1	0,6	1,8
Lazio	415,9	54,9	43,4	0,6	1,1
Abruzzo	127,0	54,4	43,1	0,6	1,9
Molise	29,6	54,6	43,2	0,6	1,6
Campania	535,3	54,7	43,3	0,6	1,3
Puglia	381,2	54,5	43,2	0,6	1,7
Basilicata	54,2	54,2	42,9	0,6	2,2
Calabria	182,3	54,5	43,1	0,6	1,8
Sicilia	466,4	54,6	43,2	0,6	1,6
Sardegna	159,4	54,2	42,9	0,6	2,3

Fonte: PNRR, 2021 - © C.R.E.A. Sanità

10.3. Il potenziamento dell'assistenza primaria

Entrando nel merito degli interventi previsti dal Piano, osserviamo che il potenziamento del “territorio” ne rappresenta l'elemento strategico, sebbene il finanziamento sia praticamente equiripartito con quello destinato agli ospedali (adeguamenti strutturali e tecnologici).

Il tema del “territorio” è stato ricorrente nel dibattito di politica sanitaria durante la pandemia, sebbene non si possa considerarlo una ovvia conseguenza dell'emergenza: certamente era lecita aspettativa che il “territorio” assumesse un ruolo primario nella presa in carico dei pazienti lievi, come anche nel tracciamento e nelle vaccinazioni; da questo punto di vista la risposta in emergenza è stata certamente a “macchia di leopardo”: sia da un punto di vista geografico, sia da quello delle strutture coinvolte, sia dei tipi di intervento. Ad esempio, l'esperienza delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) è stata per lo più considerata un successo, come anche non si può ignorare una forte proattività delle farmacie, mentre molti hanno lamentato una risposta non sempre (o non ovunque) all'altezza della situazione da parte della medicina generale. Analogamente, le vaccinazioni sono state un successo, ma molto meno il tracciamento, per quanto i “numeri” dei contagi lo abbiano spesso reso impossibile nei fatti.

Meno lecita si ritiene sia l'aspettativa che il “territorio” potesse fare “filtro” rispetto all'ospedale: questo perché le strutture ospedaliere sono state messe in difficoltà dal numero di contagi esitati in condizioni acute, che di fatto sono trattabili solo in ospedale, in assenza di una strategia terapeutica efficace utilizzabile nel “territorio”: in altri termini, almeno finché, con l'esperienza, non si sono maturate alcune prime evidenze sull'efficacia delle terapie, il cosiddetto “territorio” ben poco poteva fare, almeno nelle fasi più gravi della pandemia.

Quanto precede conferma, comunque, che la necessità di potenziamento del “territorio”, ovvero dell'assistenza primaria, è essenzialmente la strategia migliore (più efficace ed efficiente) per la presa in carico dei problemi cronici, nonché per dare risposte

ai problemi complessi che essa genera: dove, questi ultimi, sono il frutto della inscindibile compresenza di bisogni sanitari e di supporto sociale.

Una corrente di pensiero che reitera una proposizione, più o meno esplicita, che vede il “territorio” come un “filtro” al ricovero, destinato a garantire la deospedalizzazione, e quindi il superamento di una visione “ospedalocentrica”, appare sempre meno giustificata: genera, infatti, una falsa contrapposizione dei regimi di presa in carico, che rischia di produrre modelli inefficaci.

Le evidenze disponibili dimostrano che porre ancora la questione della deospedalizzazione è anacronistico: rimandando al Capitolo 6 per un approfondimento, appare infatti evidente che a fronte di un tasso di ospedalizzazione italiano che è il più basso in Europa, l'obiettivo prioritario posto al territorio non possa più essere quello di “fare filtro” al ricovero.

Piuttosto, a fronte di una riduzione di oltre un terzo dei ricoveri, realizzata in poco più di un decennio, la natura “ospedalocentrica” del sistema sanitario non sembra più legata al “ricovero”, quanto all'attività specialistica svolta: attività in larga misura ambulatoriale, che è di fatto di supporto alla presa in carico dei problemi di salute legati alla cronicità.

Un modello di assistenza primaria, che non dovesse coinvolgere sinergicamente l'ospedale, anzi lo ponesse in “contrapposizione” al “territorio”, sarebbe una scelta perdente; il potenziamento del “territorio” passa, piuttosto, per la capacità di organizzare una presa in carico integrata (ospedale-territorio), o meglio ancora una collaborazione “ospedale-territorio-sociale”, che non presenti soluzioni di continuità.

In questa ottica, gli investimenti previsti dal PNRR possono certamente contribuire, sebbene il modo con cui sono stati proposti, essenzialmente in termini di potenziamento dell'offerta extra-ospedaliera, presenti alcune aree di potenziale criticità.

Nello specifico, il primo caposaldo degli interventi è il potenziamento delle CdC.

Al di là delle questioni, peraltro non secondarie, legate alla formazione delle decisioni regionali in tema di destinazione dei Fondi, ovvero delle quote finalizzate alla realizzazione di nuove strutture, ovvero al riadattamento di strutture esistenti, o ancora delle

relative dotazioni strumentali, appare chiaro che il modello avrà successo solo se le CdC riusciranno a rappresentare un punto di riferimento per i cittadini.

Il rischio è che le CdC possano rimanere, nei fatti, dei poliambulatori, in cui si concentrano più attività specialistiche di primo livello (a questo proposito si vedano anche i risultati delle *survey* svolte da C.R.E.A. Sanità sull'offerta attualmente in essere in un campione di Case della Salute – Capitolo 8b del sedicesimo Rapporto Sanità 2020). Tra l'altro, se questo succedesse, si genererebbe una competizione, specialmente in alcune Regioni, fra poliambulatori pubblici e privati, dagli esiti incerti, visto che i secondi scontano una maggiore flessibilità e possibilità di investimento.

Per scongiurare il pericolo citato, la prima condizione è quella della integrazione della assistenza primaria prestata nelle CdC, tanto con l'assistenza di II livello prestata dagli specialisti ospedalieri, quanto con quella sociale.

In altri termini, il paziente (e la sua famiglia) si sentiranno presi in carico sul "territorio", solo se gli sarà evitata la attuale peregrinazione fra strutture e uffici, che purtroppo ancora caratterizza molte situazioni reali in ambito sanitario.

Accettando l'impostazione, se ne desume che l'investimento previsto nelle CdC ha, quale fattore abilitante, quello genericamente indicato come telemedicina, nella misura in cui questa possa garantire le condizioni per una collaborazione a distanza fra professionisti (del "territorio" e specialisti), ma anche fra pazienti monitorati a domicilio e strutture di ricovero/residenza, nonché fra ospiti delle residenze (e le relative famiglie), la medicina generale e le strutture specialistiche ospedaliere.

Per inciso, gli *standard* di offerta delle CdC devono anche essere adattati alle concrete situazioni locali: è evidente che in zone densamente abitate le CdC potranno essere molto diffuse e, quindi, risultare "prossime" ai pazienti, mentre in zone decentrate, a bassa densità di popolazione, il loro posizionamento potrebbe non garantire la necessaria "prossimità"; in questo ultimo caso, è probabile che la "prossimità" dovrà continuare a essere garantita mediante gli studi dei Medici di Medicina Generale: in tal caso, data

l'impossibilità di una loro integrazione "fisica", si dovrà supplire con una integrazione funzionale, riproponendosi la questione delle piattaforme di *e-health* che verranno implementate a supporto del processo.

L'ICT è certamente l'infrastruttura essenziale per lo sviluppo del "territorio", pur non rappresentando condizione sufficiente per lo sviluppo dell'assistenza primaria: la questione dell'integrazione sopra descritta coinvolge, infatti, anche i ruoli professionali e le regole di collaborazione fra professionisti (in primis fra quelli della medicina generale e quelli ospedalieri) e fra strutture.

In altri termini, il processo di sviluppo del territorio richiede una profonda rivisitazione dei ruoli dei professionisti e anche del modello organizzativo.

In tema di modelli organizzativi, va anche segnalato come l'investimento nelle COT, riproponga la questione di quale debba essere il ruolo del Distretto: questo livello organizzativo ha per anni sofferto della difficoltà di contemperare una gestione a matrice con responsabilità (e autonomia) verticali, quali quelle dei Dipartimenti (primo fra tutti quello della Prevenzione), e responsabilità orizzontali di coordinamento, quali quelle del Distretto.

Dobbiamo constatare che l'entrata in campo della Centrale Operativa Territoriale, ripropone le stesse perplessità di posizionamento organizzativo.

Infine, come prima segnalato, oltre l'integrazione "verticale" fra professionisti e strutture appartenenti ai diversi livelli assistenziali, per la "credibilità" della presa in carico da parte della CdC, è essenziale la partita dell'integrazione con l'assistenza sociale (che dovrebbe, peraltro, essere l'elemento chiave di superamento del modello della CdS).

Su questo versante il PNRR non sembra, però, fornire grandi opportunità, essendo rimasta sostanzialmente scissa la competenza in termini di prestazioni sociali, rispetto a quelle sanitarie.

La mera presenza di qualche Assistente Sociale nelle CdC non è da ritenersi sufficiente per realizzare una esaustiva integrazione socio-sanitaria.

In presenza di competenze che rimangono nei fatti frazionate, come si conferma con il fatto che i finanziamenti per l'autosufficienza (che, come argomentiamo nel Capitolo 12 del Rapporto, ha pur sem-

pre una eziologia frequentemente sanitaria) sono in capo alla Missione 5, la quale non è gestita da Enti del settore sanitario, diventa molto difficile immaginare che le piattaforme di ICT realizzate potranno garantire un processo di presa in carico “seamless”. D’altro canto, come anticipato, il cittadino ricerca, invece, una presa in carico senza soluzione di continuità, attenta ai propri problemi individuali o familiari, che sono inscindibilmente sia di tipo sanitario che sociale.

In tema di non autosufficienza, quindi, assistiamo ad un frazionamento degli interventi: da una parte quelli della Missione 5 e dall’altra l’assistenza domiciliare, caposaldo della prossimità sopra introdotta, e contenuta nella componente 1 della Missione 6.

Rimandando al Capitolo 11 per gli approfondimenti sulla assistenza domiciliare, preme qui rimarcare che su questo aspetto il PNRR mette in campo le risorse per i monitoraggi (nel capitolo telemedicina), ma non quelle per l’acquisizione e la formazione del personale dedicato (che essendo spesa corrente non può essere finanziato dai fondi del PNRR).

Ma l’assistenza domiciliare non può essere ridotta ad un mero monitoraggio a distanza: richiede invece personale specializzato e con diverse competenze (cliniche, assistenziali, sociali) dedicato agli accessi al domicilio del paziente.

Considerando che in Italia solo il 2,8% della popolazione *over 65* accede all’ADI, con valori regionali che vanno dal 4,4% allo 0,5%, contro valori europei che si posizionano oltre il 5%, non sembra che l’investimento in telemedicina possa essere davvero risolutivo, senza rivedere i carichi di lavoro del personale sanitario del territorio, ad iniziare dai MMG. L’investimento previsto non sembra adeguatamente accompagnato da un congruo incremento della spesa corrente, necessario per garantire l’acquisizione di personale aggiuntivo (si veda a questo proposito il Capitolo 3b sul personale, in particolare per la cronica carenza di infermieri che si registra nel SSN italiano, rispetto agli standard Europei).

Anche in questo caso sarebbe auspicabile che le diverse linee di intervento trovino un momento di sintesi e coordinamento.

A titolo esemplificativo, si tratta di costruire un

modello di assistenza che parta dalle risorse per l’*Housing* sociale e la disabilità messe in campo dalla Missione 5, che coprono le esigenze di prevenzione della autosufficienza, anche grazie all’adeguamento dei domicili e delle alternative residenziali; a seguire sviluppi le forme di monitoraggio che possono ridurre il bisogno di accessi per i pazienti con condizioni di sostanziale autosufficienza; per finire con le forme di ADI (anche con il sociale) per i soggetti (e/o le relative famiglie) con maggiori bisogni.

Da ultimo, ricordiamo che la seconda voce di finanziamento è quella destinata agli OdC.

Si tratta di strutture intermedie, per le quali devono ancora essere compiutamente definiti gli *standard* di offerta e organizzativi.

Al di là del possibile coordinamento garantito dalle COT, sembra opportuno scongiurare che gli OdC generino una duplicazione dei livelli assistenziali: in altri termini, appare opportuno definire ambiti e caratteristiche di intervento, rendendo intellegibile il diverso ruolo assegnato alle lungodegenze (ancora considerate nel *setting* ospedaliero), le Residenze (per anziani e non solo) e Strutture intermedie (quali gli OdC).

L’esperienza della pandemia di COVID ha evidenziato la debolezza strutturale del modello delle Residenze, e anche il loro “scolleghamento” dal resto dell’assistenza primaria. Allo stesso tempo, non appare ancora chiaro in che termini superare i loro limiti e differenziare la vocazione delle diverse strutture.

10.4. Riflessioni finali

Indubbiamente il PNRR rappresenta una opportunità imperdibile per ammodernare il SSN; allo stesso tempo, però, rappresenta un nuovo *stress test* per il Paese, dopo quello della pandemia (ancora in corso).

Sia perché i tempi concessi per portare a termine i progetti di investimento sono molto stretti (2021-2026), sia perché sembra rappresentare l’“ultima spiaggia” per rendere sostenibile e efficace il SSN nel lungo periodo.

L’ammodernamento del SSN ha come focus, lar-

gamente condiviso, il potenziamento dell'assistenza primaria.

L'obiettivo citato richiede risorse adeguate e una *vision* compiuta sul modello da realizzare.

Sul primo punto, quello delle risorse, sembrerebbe che il PNRR possa essere risolutivo: ma a ben vedere, il Piano fornisce risorse per gli investimenti, ma non quelle per sostenere nel tempo la spesa corrente, ivi compresa quella generata dal potenziamento dell'offerta.

La spesa corrente è finanziata in via ordinaria dal Fondo Sanitario Nazionale, per il quale, rimandando al Capitolo 2 del Rapporto per gli approfondimenti, dobbiamo constatare un andamento ondivago; dopo l'incremento concesso per fronteggiare la pandemia, la Legge di bilancio sembra indicare che si voglia procedere nel senso di un riassorbimento del finanziamento aggiuntivo, sin dal prossimo anno, con un "azzeramento" ben prima della conclusione del PNRR.

A conferma della carenza di risorse correnti, la L. n. 178/2020 ha già ritenuto di mettere a carico del programma *Next Generation* EU spese per oltre € 1,2 mld., relative alla proroga degli incarichi di lavoro temporanei, alle USCA, ai contratti di formazione specialistica e al Fondo Vaccini.

Se dovesse, quindi, confermarsi questa tendenza, ovvero una carenza di risorse per la spesa corrente, la sostenibilità della riforma dell'assistenza primaria sarebbe messa in dubbio a meno di un

generale incremento di efficienza del SSN: peraltro, sembra difficile immaginare ulteriori contrazioni della spesa ospedaliera, e anche sul versante del "territorio" non è facile intravedere come gli interventi sull'assistenza primaria siano capaci di promuovere risparmi.

Sul secondo punto, quello della *vision* sul modello da sviluppare, il rischio è che si reiteri una condizione di confusione. Infatti, è previsto il finanziamento di adeguamenti strutturali (CdC, OdC), scelta probabilmente legata al fatto che sono interventi più facilmente "cantierabili"; non si trovano, invece, indicazioni per un ripensamento del modello di presa in carico.

In particolare, sembra sottovalutata la strategicità della ridefinizione dei ruoli dei professionisti (anche in considerazione delle note carenze di infermieri e di alcuni specialisti), ivi compresa la collaborazione fra Medici di Medicina Generale e specialisti ospedalieri.

Manca, infine, la definizione delle condizioni per addivenire ad una attesa riunificazione della gestione del caso, sia dal punto di vista sanitario che sociale sotto un'unica responsabilità professionale (*case manager*).

In conclusione, senza integrazione per un verso con l'assistenza sociale e per l'altro con l'ospedale, il modello di sviluppo dell'assistenza primaria rischia di essere inadeguato e anacronistico.

ENGLISH SUMMARY

Primary care

The adoption of the National Recovery and Resilience Plan (PNRR) has, in fact, inaugurated a phase of investment in the health sector that is unprecedented in terms of size and commitment.

Moreover, the Plan seems to have the potential to fill what is probably the main gap in Law No. 189/2012, the so-called Balduzzi Law, which marked the correct and shared attempt to redesign the National Health Service (NHS), basing it on the strengthening of primary care (or “territorial” care, as it is called in official documents), but with the utopian hope of doing so without additional economic burdens for the system.

The contribution analyses the resources put in place by the National Recovery and Resilience Plan for primary care and examines the proposed lines of intervention/investment.

€ 20.2 billion have been earmarked for healthcare (Mission 6 of the National Recovery and Resilience Plan), divided into two components: on the one hand, the strengthening of “territorial” care, through the creation of new structures (intermediate structures and Community Homes, the so-called Case della Comunità), the enhancement of home care and the development of telemedicine; on the other, innovation and the enhancement of the human capital of the National Health Service through the strengthening of research and training.

Primary care (proximity networks, facilities and telemedicine for territorial care) is to receive € 9 billion, accounting for about 45% of the total.

At a closer look, some of the measures envisaged in the second component can also be expected to have an impact on primary care: just think, for example, of the electronic health record. Moreover, Mission 5 also partly intervenes in the area of territorial care: by way of example, it should be noted that in

this Mission € 1.45 billion are earmarked for measures to deal with non-self-sufficiency, such as social housing and measures in favour of disabled people.

Specifically, the interventions/investment envisaged under the first component include the enhancement and creation of territorial structures and centres, such as the Case della Comunità (CdC) and the Ospedali di Comunità (OdC), the strengthening of Integrated Home Care, the development of telemedicine and a more effective integration with all social-health services.

For the first phase of interventions, priority has been given to financing those related to the CdC, OdC and technological and digital upgrading, with an allocation of approximately € 3.2 billion (i.e. 39.8% of the apportionable sum). 62.4% of the latter (€ 2 billion) will be invested in the CdC; 6.4% (€ 0.2 billion) in technological and digital upgrading (Territorial Operating Centres (COT), corporate interconnection and devices) and 31.2% (€ 1 billion) in strengthening intermediate healthcare and the OdC.

Ultimately, although the strengthening of “territorial structures” represents the PNRR strategic factor, the financing is practically equally divided with that allocated to hospitals (structural and technological adjustments).

Nonetheless, the analysis made confirms that the strengthening of “territorial structures”, i.e. primary care, is essentially the best (most effective and efficient) strategy for taking charge of chronic problems, as well as for providing responses to the complex problems they generate, where the latter are the result of the inseparable coexistence of health and social support needs.

Therefore, a current of thought that reiterates a more or less explicit idea that sees “territorial structures” as a “filter” to hospitalisation - destined to en-

sure de-hospitalisation, and therefore the overcoming of a “hospital-centric” vision - appears ever less justified: it generates, in fact, a false opposition of the regimes for taking charge of chronic problems, which risks producing ineffective models.

A model of primary care that does not involve hospitals in a synergic manner, but rather places them in “opposition” to “territorial structures”, would be a losing choice. Conversely, the strengthening of “territorial structures” depends on the ability to organise an integrated approach to care (hospital-territorial structures), or even better a continuous collaboration between “hospitals, territorial structures and social services”.

From this standpoint, the investment envisaged by the PNRR can certainly contribute to reach this goal, although the way in which it has been proposed, es-

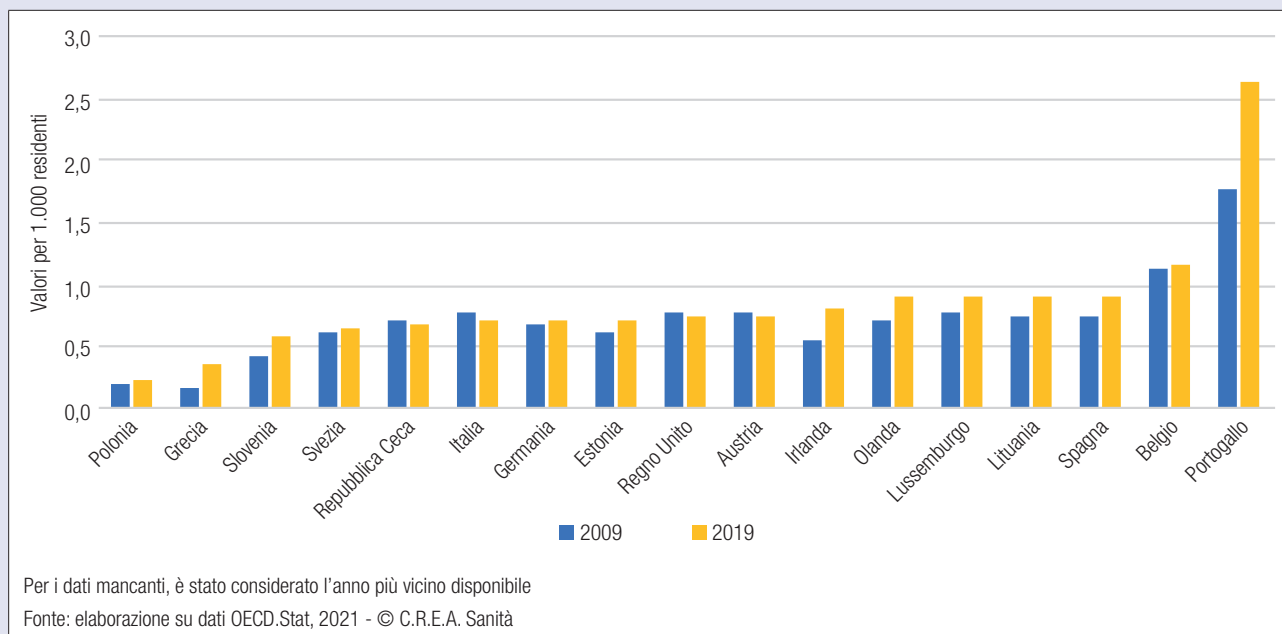
entially in terms of strengthening the out-of-hospital supply, has some potential problematic areas.

In particular, the strategic nature of redefining the role of professionals seems to be underestimated (also considering the well-known shortage of nurses and of some specialists), including the collaboration between general practitioners (GPs) and hospital specialists.

Lastly, there is no definition of the conditions for achieving the expected reunification of the case management, both from the health and social viewpoints, under a single professional responsibility (case manager).

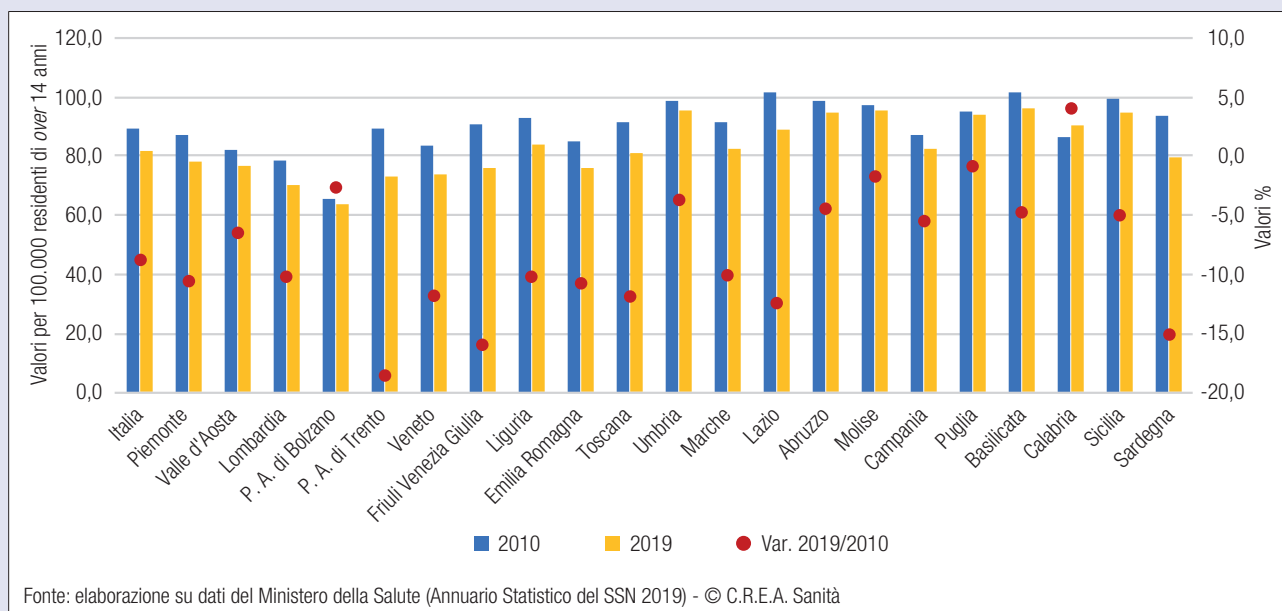
In conclusion, without integration with social care, on the one hand, and with hospitals, on the other, the primary care development model risks being inadequate, outdated and anachronistic.

KI 10.1. General practitioners per residente. Confronti internazionali



In Europa il Portogallo è la nazione con la più alta densità medici di medicina generale (*general practitioners*) ogni 1.000 abitanti (2,6), seguita da Belgio (1,2) e Spagna (0,9). All'estremo opposto troviamo la Polonia (0,2 medici ogni 1.000 abitanti), seguita da Grecia (0,4) e Slovenia (0,6); per l'Italia risultano 0,7 medici di medicina generale ogni 1.000 abitanti, in calo rispetto al 2009 (0,8). Grecia, Irlanda e Portogallo, nell'ultimo decennio, hanno registrato il maggiore incremento: rispettivamente +105,9%, +51,9% e +50,0%. Italia, Regno Unito, Repubblica Ceca e Austria invece, vedono ridursi l'indicatore: rispettivamente del -9,0%, -3,8%, -2,8% e -2,6%.

KI 10.2. Medici di Medicina Generale per residenti over 14

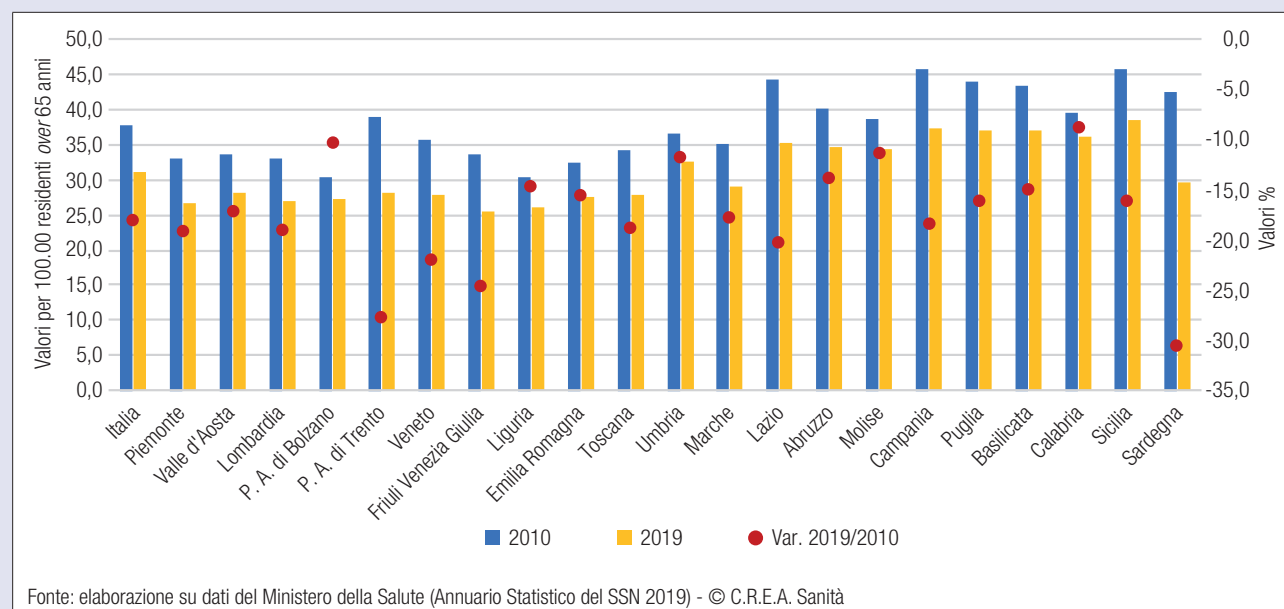


Nel 2019, in Italia i medici di medicina generale (MMG) risultano 42.428, pari a 81,7 per 100.000 residenti di età *over 14* anni; nell'ultimo decennio l'indicatore risulta in diminuzione (-8,7%).

La Basilicata registra la densità maggiore (96,5 MMG per 100.000 residenti *over 14* anni), e la P.A. di Bolzano quella minore (63,5).

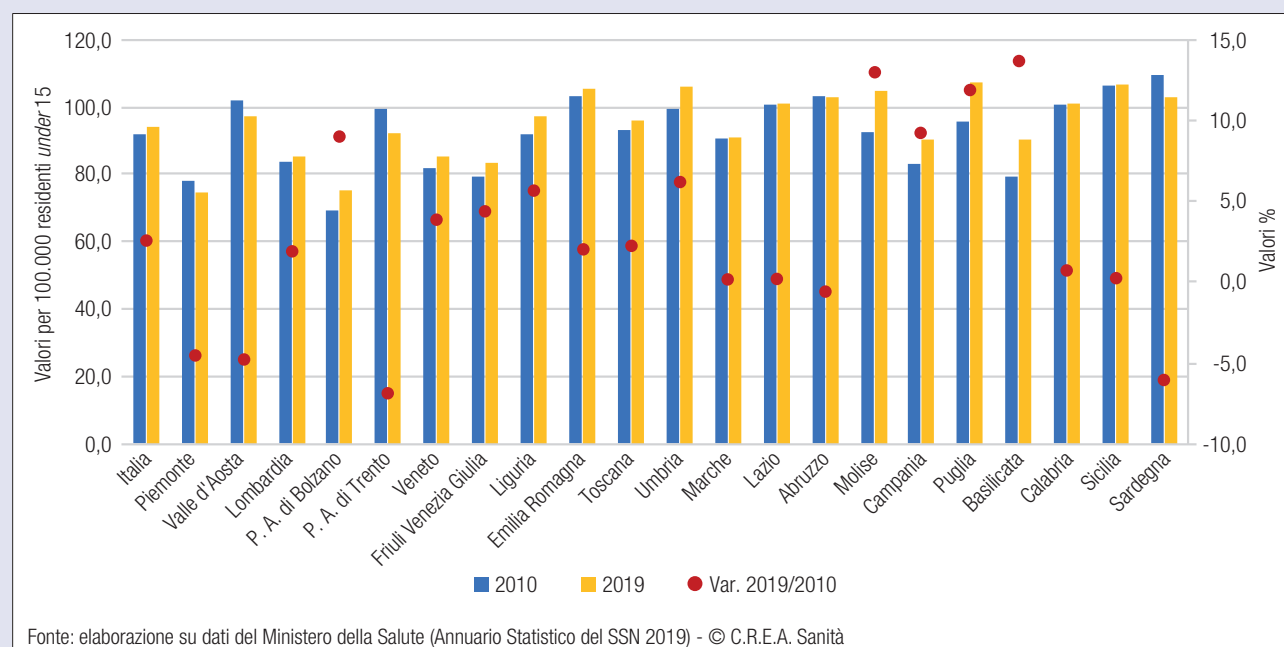
Nel decennio considerato, in tutte le Regioni, si registra una diminuzione dell'indicatore: nella P.A. di Trento (-18,5%), Friuli Venezia Giulia (-16,0%) e Sardegna (-15,2%); la Calabria è l'unica Regione italiana a registrare un incremento (+4,1%).

KI 10.3. MMG per residenti over 65 anni



Nel 2019, in Italia, i MMG, risultano pari a 31,0 per 10.000 residenti *over 65* anni; il dato è in diminuzione nell'ultimo decennio del (-17,9%). La Sicilia è la Regione con la maggiore densità di MMG (38,4 per 10.000 residenti *over 65* anni), e il Friuli Venezia Giulia con quella minore (25,5 per 10.000). Nel decennio considerato, il dato risulta in diminuzione in tutte le Regioni: la Sardegna registra la riduzione più sostenuta dal 2010 (-30,3%), la Calabria quella più bassa (-8,7%).

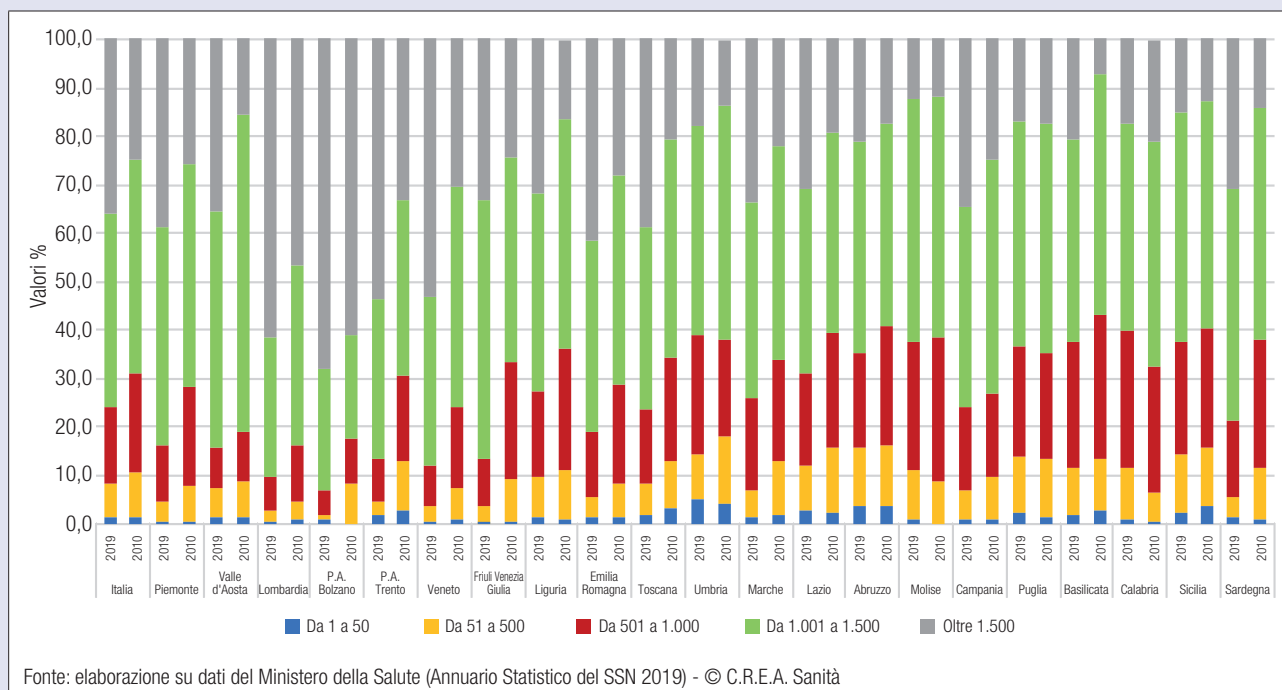
KI 10.4. Pediatri di Libera Scelta per residenti under 15



Nel 2019, in Italia, i PLS sono 7.408, pari a 94,1 per 100.000 residenti di età inferiore a 15 anni. nell'ultimo decennio si registra un incremento dell'indicatore del +2,7%. La Puglia ha la densità maggiore di PLS (107,4 per 100.000 residenti *under 15* anni), e il Piemonte la più bassa (74,9).

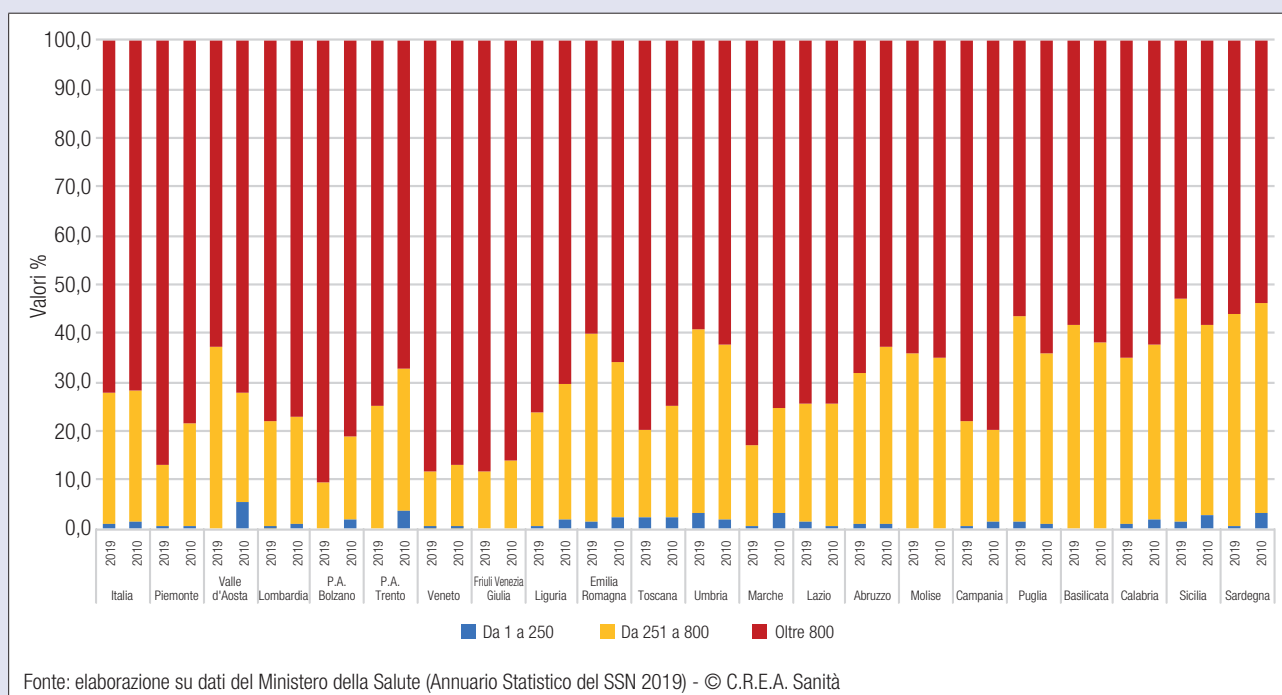
Nel decennio considerato, la maggior parte delle Regioni italiane registra un incremento del numero di PLS: Basilicata (+13,8%), Molise (+13,2%) e Puglia (+12,0%); nella P.A. di Trento, Sardegna, Valle d'Aosta, Piemonte ed Abruzzo si registra un decremento, rispettivamente del -6,8%, -5,9%, -4,6%, -4,4% e -0,5%.

KI 10.5. MMG per classi di scelta



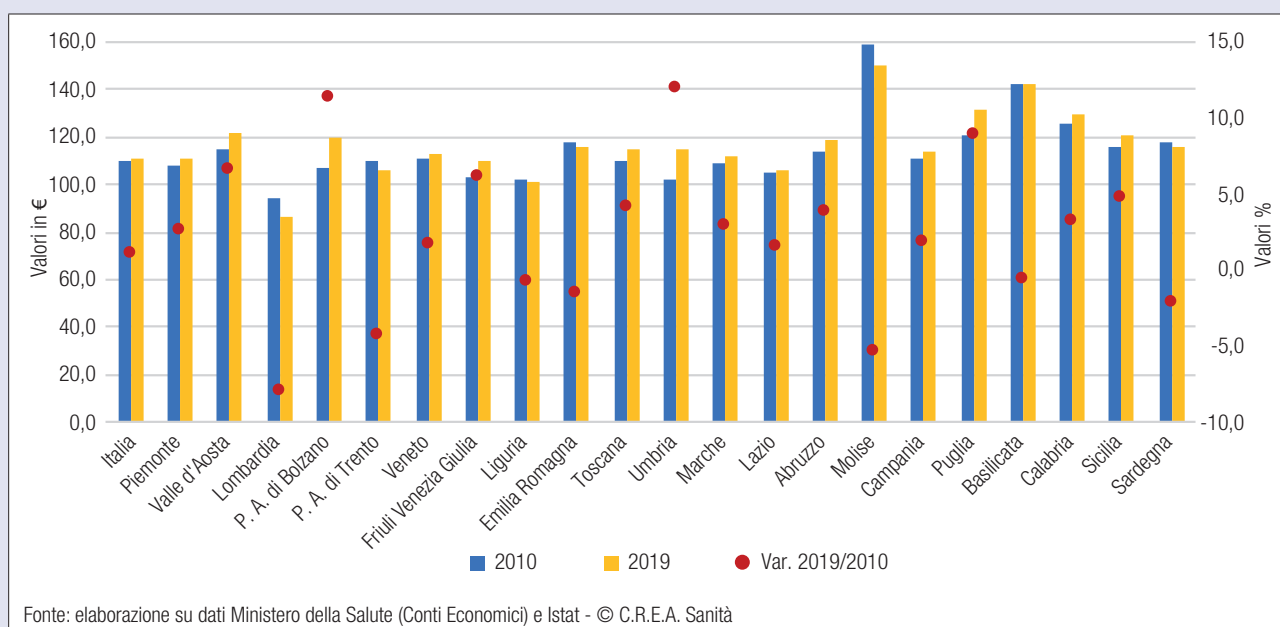
Nel 2019, in Italia, il 39,9% dei MMG ha un carico medio di assistiti compreso tra 1.001 e 1.500 assistiti; nell'ultimo decennio la quota si è ridotta di 4,2 punti percentuali. La quota di MMG massimalisti (oltre 1.500 assistiti) è del 36,0%, in crescita nel periodo considerato di 10,9 punti percentuali. L'incremento è comune a tutte le Regioni italiane, ad eccezione di Calabria e Puglia, in cui si riduce rispettivamente di -3,3 punti percentuali e -0,1 punti percentuali; l'incremento maggiore si registra in Veneto (+22,8 punti percentuali), e quello più basso in Molise (+0,5 punti percentuali).

KI 10.6. PLS per classi di scelta



Nel 2019, in Italia, il 71,9% dei PLS ha un carico medio di assistiti superiore a 800 bambini; nell'ultimo decennio la quota è cresciuta di 0,1 punti percentuali. La quota di pediatri "massimalisti" (> 800 scelte) è massima nella P.A. di Bolzano (90,5%) e minima in Sardegna (53,6%). Otto Regioni registrano un decremento della quota di massimalisti: Valle d'Aosta (-9,7 punti percentuali), Puglia (-7,7 punti percentuali), Emilia Romagna (-6,1 punti percentuali), Sicilia (-5,2 punti percentuali), Basilicata (-3,6 punti percentuali), Umbria (-3,2 punti percentuali), Campania (-1,9 punti percentuali) e Molise (-1,0 punti percentuali); le restanti registrano un incremento con il valore massimo nella P.A. di Bolzano (+9,5 punti percentuali).

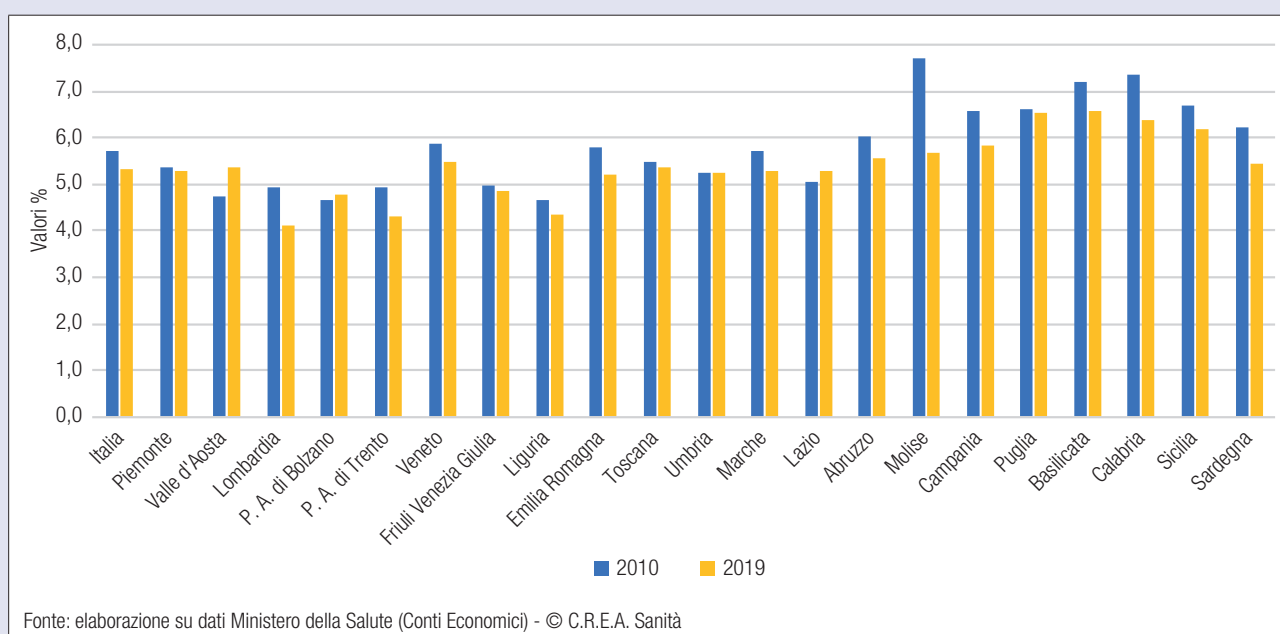
KI 10.7. Spesa pubblica pro-capite per medicina di base



Nel 2019, il SSN per la medicina di base (MMG, PLS, continuità assistenziale, medicina dei servizi, psicologi, medici 118), ha speso € 110,7 per residente (+1,0% nell'ultimo decennio). La Lombardia ha la spesa pro-capite minore (€ 86,3), il Molise quella maggiore (€ 149,7).

Nel decennio considerato Lombardia (-7,9%), Molise (-5,4%), P.A. di Trento (-4,3%), Sardegna (-2,1%), Emilia Romagna (-1,5%), Liguria (-0,8%) e Basilicata (-0,6%) vedono ridursi la spesa per residente; fra le altre Regioni l'incremento massimo si determina in Umbria (+11,9%) e P.A. di Bolzano (+11,2%).

KI 10.8. Incidenza della spesa pubblica per medicina di base sulla spesa sanitaria



Nel 2019, la spesa del SSN per la medicina di base (MMG, PLS, continuità assistenziale, medicina dei servizi, psicologi, medici 118) incide per il 5,3% sulla spesa sanitaria pubblica totale; nell'ultimo decennio il valore è diminuito di -0,4 punti percentuali.

L'incidenza più alta si registra nelle Regioni meridionali, con il valore massimo (6,6%) in Basilicata; il valore minimo si registra in Lombardia (4,1%).

Nel decennio considerato, tutte le Regioni italiane registrano un decremento dell'incidenza della spesa per la medicina di base sulla spesa sanitaria pubblica totale: quello massimo si determina in Molise (-2,1 punti percentuali) e Calabria (-0,9 punti percentuali); fanno eccezione Valle d'Aosta, Lazio e P.A. di Bolzano, che registrano un incremento rispettivamente pari a +0,6 punti percentuali, +0,2 e +0,1.