

Obiettivo Missione 6 : PNRR per rinnovare la sanità Italiana

PNRR
#PIÙSALUTE

PIANI OPERATIVI PER RAGGIUNGERE LA MISSIONE 6

21 Contratti istituzionali di sviluppo (CIS) firmati con tutte le Regioni e PA



8 miliardi di investimenti



1 mese di anticipo



6.000 progetti

PNRR
#PIÙSALUTE

LA NUOVA RETE TERRITORIALE

1.350

Case di Comunità aperte fino a 24 ore su 24, 7 giorni su 7, con medici, infermieri e professionisti sanitari

400

Ospedali di Comunità per ricoveri brevi e riabilitazione

3.000

Nuove apparecchiature tecnologiche e sostituzione dei macchinari obsoleti

Tra gli investimenti del Pnrr, per la sanità territoriale, in Abruzzo emerge la novità: Casa della Comunità.

Un decreto del ministero della salute ha assegnato oltre 8 miliardi di euro per la struttura
Per la Regione Abruzzo, con il PNRR, sono state messe a disposizione € 216.514.675,21.
Queste sono le risorse previste nel piano concordato tra Ministero della Salute e Regione Abruzzo.

Con l'accordo sottoscritto, l'Abruzzo si impegna a realizzare:

13 centrali operative territoriali, 40 Case della Comunità e 10 Ospedali di Comunità

Per le altre diverse tipologie, individuate nell'accordo, le risorse sono assegnate, a:

Case della comunità: € 58.901.493,13

Centrali operative territoriali: € 2.249.975,00

Ospedali di comunità: € 26.178.441,39

Le restanti risorse riguardano gli altri capitoli, praticamente quasi tutte riferiti al sistema ospedaliero abruzzese. Bisogna però tenere conto che quest'ultimo argomento apre una riflessione inquietante su come le risorse **devono e/o possono** essere utilizzate visto che è ancora in piedi una situazione limite riguardante il piano di riordino ospedaliero dell'Abruzzo. Infatti il piano di riordino abruzzese è stato sottoposto alla **settima bocciatura** in cinque anni da parte del **Tavolo per il monitoraggio**, insediato per la verifica dell'attuazione del DM 70/2015.

Il punto critico è che l'individuazione dei Dipartimenti di Emergenza Urgenza e Accettazione (DEA), di primo e secondo livello, non sono materia secondaria rispetto alla scelta ed alla qualità della spesa da effettuare grazie agli investimenti messi a disposizione.

Stiamo parlando delle altri voci che sono:

Digitalizzazione Dea: € 37.961.619,64

Grandi apparecchiature: € 31.130.224,47

Sicurezza ospedali (Pnrr): € 16.724.125,65

Sicurezza ospedali (Pnc): € 37.958.740,01

Corso di formazione in infezioni ospedaliere: € 2.435.609,74

ed infine

Flussi informativi nazionali: € 793.206,77

In questo contesto e con le preoccupazioni prima espresse, legate alla nota incertezza sulla qualità programmatica ed operativa del sistema sanitario abruzzese il capitolo che intendiamo affrontare da subito è quello riguardante le strutture da realizzare.

CASE DELLA COMUNITA'

Le Case della Comunità che dovranno essere realizzate in Italia e in Abruzzo, sono un capitolo del **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (P.N.R.R.)**, e precisate con la **bozza di decreto sui “Modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale”** inviato alla Conferenza Stato-Regioni per l’approvazione. Infatti nella bozza sono state definite le caratteristiche delle Case della Comunità. Il sito di OPEN POLIS tramite il suo Osservatorio Abruzzo offre una sua illustrazione su : **L’importanza della sanità territoriale per l’Abruzzo.**

Nell’insieme della descrizione emerge un punto “nodale” offerto dalle Case della Comunità (C.d.C.) come strumento, innovativo e sostitutivo, da inserire nel Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) che, grazie ai finanziamenti del P.N.R.R., con il proposito di organizzarne una diffusione di sistema.

Le rappresentanze territoriali e regionali del sindacato confederale e dei pensionati insieme agli operatori sanitari sono chiamati ad uno sforzo straordinario di vigilanza, non solo per utilizzare bene e rapidamente i finanziamenti, ma anche per contrattare le metodologie più appropriate, per inserire la Casa della Comunità, dentro il sistema delle cure territoriali.

Esiste però un concetto da premettere, che in questo scritto verrà anche ripetuto più in avanti, ma fondamentale per la piena riuscita del sistema Casa della Comunità.

Bisogna tenere presente che i finanziamenti riguardano la realizzazione delle strutture, mentre il P.N.R.R. prevede che tutto il personale necessario sia messo in attività appena le C.d.C. saranno diventate operative a pieno titolo. Quindi porre attenzione a questo punto è doveroso perché ovviamente stiamo parlando dell’anno 2027, a conclusione dei finanziamenti PNRR e, di conseguenza i finanziamenti per il personale devono essere ricercati altrove.

Indubbiamente, questo è un capitolo che apre gravi incertezze perché nel PNRR viene indicata una unica fonte di finanziamento per soli di 2.363 infermieri (D.L. 34/2020 art.1 c.5) con uno stanziamento pari a 94,5 milioni di euro.

L’ipotizzabile, ma già calcolabile, resto del personale supera oltre 14.000 unità ed ha un costo stimabile di ca. 567 milioni di euro, che non vede finanziamento, previsto dal PNRR o da altri stanziamenti, ma solo una indicazione a reperirle attraverso improbabili riorganizzazioni con i quali si dovrebbero produrre i risparmi necessari. Poco credibile, e molto pericolosa, perché stiamo entrando in una delle più *classiche situazioni all’italiana*, realizzando un sistema residenziale con le C.d.C. immerse come cattedrali nel deserto del non fare.

Che quello del personale sia un tema da affrontare subito lo si può dedurre già dalle tante cose che avvengono nei Pronto Soccorso, di gran parte dell’Italia, ma in modo particolare in Abruzzo, e più precisamente in quello di Pescara, oggetto di un “travagliato” percorso progettuale che scopre di non essere in grado di fornire il servizio dovuto a chi vi si reca per carenza di personale. Un esempio classico di “cattedrale” nel deserto, una struttura “ideata, progettata e realizzata” da anni scopre che non ha personale a sufficienza per garantire il minimo. Non dimentichiamo che nella nostra regione la carenza di personale, non è determinata da una qualche emergenza o circostanza, ma esse è cronica visto che approfondimenti circoscritti hanno “certificata” la carenza di personale da anni. Focus ha già pubblicato una propria ricerca sul proprio sito dal titolo: [EMERGENZA ? IL 31/12/2017 MANCAVANO 2.378 UNITÀ.](#)

In conclusione è ragionevole pensare che non ci si fermi agli annunci senza fare scelte ed operare per essere ragionevolmente pronti all’appuntamento delle aperture delle residenze, che saranno contemporanee con le altre opere sia infrastrutturali che di dotazione tecnologica. Tutto questo presuppone che si apra un processo “ampio”, ed immediato, per la predisposizione di programmi di reclutamento, di formazione e di programmazione del personale da trasformare o da immettere negli organici attuali per coprire la “emergenza” e prepararsi al nuovo sistema sanitario regionale post PNRR.

Innanzitutto che cosa sono le Case della Comunità che, d’ora in poi chiameremo C.d-C. ?

È il luogo fisico pubblico, di prossimità e di facile individuazione al quale l’assistito può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria. Collocata in luogo raggiungibile deve essere facilmente riconoscibile dalla popolazione che lo deve assumere come punto di riferimento, **ai fini dell’accesso, dell’accoglienza, dell’orientamento dell’assistito.** **La CdC al centro della** progettazione ed erogazione degli interventi sanitari.

Le attività della CdC sono ispirate ad un modello organizzativo di approccio integrato e multidisciplinare e dotata di modalità operativa erogate dall'equipe multiprofessionale territoriale. Metodologicamente si deve sviluppare un'azione d'equipe tra **Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali Interni, Infermieri di Famiglia o di Comunità**. Possono essere coinvolti altri professionisti della salute resi disponibili dalla legislazione vigente nelle aziende sanitarie, (Psicologi, Ostetrici, Professionisti dell'area della Prevenzione, della Riabilitazione e Tecnica, e Assistenti Sociali).

La C.d.C. è il luogo dove sanità e sistema dei servizi sociali degli enti locali del bacino di riferimento si incontrano e predispongono protocolli, raccordi e metodologie per la “messa in comune” dei servizi in termini di percorsi e soluzioni basati sull'integrazione delle diverse dimensioni di intervento e dei diversi ambiti di competenza.

La bozza definisce la Casa luogo di progettualità, dove si svolgono quattro funzioni principali:

- 1) è il luogo dove la comunità, con l'ausilio dei professionisti, interpreta il quadro dei bisogni, definendo il proprio progetto di salute, le priorità di azione e i correlati servizi;
- 2) è il luogo dove professioni integrate tra loro dialogano con la comunità e gli utenti per riprogettare i servizi, attraverso il lavoro interprofessionale e multidisciplinare;
- 3) è il luogo dove le risorse pubbliche vengono aggregate in funzione dei bisogni e con lo strumento del budget di comunità;
- 4) è il luogo dove la comunità ricompone il quadro dei bisogni.

Nota bene- La CdC rappresenta anche il punto di arrivo della fase di transizione di trasformazione della Case della Salute. Questa nota è utile per fissare un tavolo di chiarimento con la struttura regionale delle politiche sanitarie che in materia non dichiara presenze di residenze in Abruzzo, secondo la nostra *elaborazione su dati Decreto Ministro Salute 20/1/2022 e della Camera dei Deputati (2021, mentre ne prevede la realizzazione di 40.*

Nel 2020 c'erano in Italia almeno 493 Case della Salute come previste dalla legge Finanziaria 2007 che stanziò circa 10 milioni di euro, per la sperimentazione del modello assistenziale indicato nelle Linee Guida.

Il Decreto del 2007, proponeva una struttura polivalente in grado di erogare in uno stesso spazio fisico l'insieme delle prestazioni socio-sanitarie, favorendo, attraverso la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori, l'unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociosanitarie. Nella Casa della salute doveva trovare implementazione la telemedicina e il teleconsulto a distanza, con piattaforma tecnologica collegata in tempo reale con l'ospedale di riferimento per la diagnostica di secondo livello.

Le informazioni in nostro possesso non ci consentono di dire che le Case della Comunità saranno una evoluzione delle esistenti Case della Salute. Infatti dovrebbero almeno essere individuate.

Comunque il PNRR chiede che tutti i contenuti delle Case della Salute sono ricompresi all'interno delle Case della Comunità per cui si può serenamente affermare che tutte le Case della Salute saranno assorbite nella rete delle Case della Comunità la cui distribuzione nel territorio va però riprogrammata con grande attenzione tenendo conto delle strutture pre-esistenti e di quelle nuove previste dal PNRR.

Cosa osservare con attenzione nel confronto territoriale?

I modelli organizzativi delle CdC previsti sono due a seconda delle differenti esigenze territoriali deve essere prevista la costituzione di una rete di assistenza territoriale formata secondo il modello hub e spoke. Di conseguenza ci saranno Case della Comunità Hub e CdC spoke.

La CdC hub è la struttura di riferimento, completa nelle sue dotazioni di servizio e punto di riferimento per la programmazione sanitaria.

Le CdC spoke sono invece sue articolazioni territoriali con dotazioni di servizi molto più ridotta ma il cui numero sarà autonomamente stabilito dalle singole regioni perché non vi sono standard nazionali di riferimento a questo proposito.

Chiariamo che sia nell'accezione hub che in quella spoke, la CdC costituisce l'accesso unitario fisico per la comunità di riferimento ai servizi di assistenza primaria.

Di conseguenza l'offerta di servizi minima per tutte e due i tipi di CdC è costituita da Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di libera Scelta (PLS), specialisti ambulatoriali interni,

infermieri di famiglia o comunità, infermieri che operano nell'assistenza domiciliare, presenza di tecnologie diagnostiche di base.

*Nella contrattazione regionale devono essere tenuti presenti i seguenti **standard di riferimento per la programmazione sanitaria territoriale***

Le regioni devono prevedere almeno 1 Casa della Comunità hub ogni 40.000-50.000 abitanti.

L'Abruzzo il 1 Gennaio 2021 denunciava 1.281.012 residenti di conseguenza devono essere programmati da 25 a 32 CdC hub

Non si prevedono standard di riferimento per le Case della Comunità spoke, ovviamente la loro distribuzione non può che essere armonizzata con la presenza degli ambulatori di Medici di medicina Generale MMG e Pediatri di Libera Scelta PLS tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali, nel pieno rispetto del principio di prossimità.

Dati per il confronto

Alla data del nostro rilevamento attraverso la verifica sui dati *Decreto Ministro Salute 20/1/2022 e della Camera dei Deputati (2021)*, ci risulta che:

- 1) Il PNRR prevede l'attivazione di 1.350 Case della Comunità entro la metà del 2026; (annotiamo questa data per segnare i punti per il finanziamento cioè Anno 2026)
- 2) L'Abruzzo non presenta Case della salute dichiarate, ma dal PNRR ottiene il finanziamento di 40 CdC.

Queste strutture finanziate non esauriscono del tutto la possibilità che le regioni hanno di prevedere anche altre Case della Comunità hub dato che gli standard nazionali fissano una soglia minima (almeno 1 CdC hub ogni 40-000/50.000 ab.) ma non un tetto massimo. Per esempio, se la regione volesse prevedere una Casa della Comunità con il bacino di popolazione più basso e cioè una ogni 40.000 abitanti sarebbe possibile prevederne altre.

Le attività e funzioni delle CdC è quello di garantire in modo coordinato:

- l'accesso unitario e integrato all'assistenza sanitaria, sociosanitaria a rilevanza sanitaria in un luogo di prossimità, ben identificabile e facilmente raggiungibile dalla popolazione di riferimento;
- la risposta e la garanzia di accesso unitario ai servizi sanitari, attraverso le funzioni di assistenza al pubblico e di supporto amministrativo-organizzativo ai pazienti svolte dal Punto Unico di Accesso (PUA);
- la prevenzione e la promozione della salute anche attraverso interventi realizzati dall'equipe sanitaria con il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione e Sanità Pubblica aziendale;
- la presa in carico della cronicità e fragilità secondo il modello della sanità di iniziativa;
- la valutazione del bisogno della persona e l'accompagnamento alla risposta più appropriata;
- la risposta alla domanda di salute della popolazione e la garanzia della continuità dell'assistenza anche attraverso il coordinamento con i servizi sanitari territoriali (es. DSM, consultori, ecc.);
- l'attivazione di percorsi di cura multidisciplinari, che prevedono l'integrazione tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, e tra servizi sanitari e sociali;
- la partecipazione della comunità locale, delle associazioni di cittadini, dei pazienti, dei caregiver

Ipotesi di servizi previsti da standard nelle Case della Comunità:

Servizi	Modello organizzativo	
	Casa della Comunità hub	Casa della Comunità spoke
Servizi di cure primarie con la presenza di équipe multiprofessionali (MMG, PLS, Continuità Assistenziale, Specialisti ambulatoriali interni, IFoC)	Irrinunciabili	
Punto Unico di Accesso sanitario	Irrinunciabili	
Servizio di ADI di livello base	Irrinunciabili	
Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie specifiche (cardiologia, pneumologia, diabetologia, ecc.)	Irrinunciabili	
Servizi infermieristici, compresa la presenza dell'Infermiere di Famiglia o Comunità, ambulatori infermieristici per la gestione integrata della cronicità e per la risposta ai bisogni occasionali	Irrinunciabili	
Sistema prenotazione collegato al CUP aziendale	Irrinunciabile	
Integrazione con i Servizi Sociali dei Comuni	Irrinunciabile	
Partecipazione della Comunità.	OBBLIGATA	
Collegamento con la Casa della Comunità hub di riferimento		OBBLIGATO
Presenza medica	A tempo pieno su 24 ore e 7/7 integrazione alla Continuità Assistenziale	Per 12 ore e 6/7 gg
Presenza infermieristica	Iniziale ad H12 su 7/7 gg	Per 12 ore, 6/7 gg
	Per arrivare a 24 ore su 7/7 gg	
Servizi diagnostici di base con strumentazione diagnostica di base (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, oct, ecc.). Muniti di strumenti di telemedicina.	Irrinunciabili	FACOLTATIVO
Continuità Assistenziale	Irrinunciabili	FACOLTATIVO
Punto prelievi	Irrinunciabili	FACOLTATIVO
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	CONSIGLIATO	
Medicina dello sport	CONSIGLIATA	
Attività Consultoriali	CONSIGLIATA	
Programmi di screening	FACOLTATIVO	
Vaccinazioni	FACOLTATIVO	

Per la compilazione della Tabella i collaboratori di Focus Abruzzo hanno utilizzato le indicazioni della bozza sui **“Modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale”**.

Una nota decisiva riguarda il personale . Notoriamente esiste un solco tra le previsioni delle dotazioni organiche con la presenza reale degli operatori nella struttura. Assistere ad inaugurazioni per i nuovi CdC per poi scoprire che sono semplici “gusci vuoti” e la accettazione di un andazzo “riprorevole” di una politica degli annunci senza concretezza.

Allora fissiamo bene quali sono gli standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale che prevedono i seguenti organici di personale per 1 Casa di Comunità hub:

Tipo	Numeri da
Infermieri	7 ad 11
Assistente sociale	1
Personale di Supporto (Sociosanitario, Amministrativo)	8 di cui 5 sono Amministrativi

Secondo la documentazione allegata al PNRR, nello stesso capitolo sulle CdC, gli infermieri diventano 8-12. Infatti, si può leggere che le **CdC hub** al fine di assicurare i servizi previsti dovranno essere dotate di 8-12 Infermieri di Famiglia o Comunità organizzati indicativamente secondo il modello di seguito descritto. In concreto viene aggiunta la figura del Coordinatore Infermieristico.

Il resto destinato alle attività ambulatoriali, di triage e ADI, prevenzione e teleassistenza.

Alla tabella dobbiamo aggiungere la previsione di professionisti come da Tabella precedente che provvedono a garantire l’assistenza primaria attraverso un approccio di sanità di iniziativa e la presa in carico della comunità di riferimento, con i servizi h 12 e integrandosi con il servizio di continuità assistenziale h 24.

N.B. Nelle CdC hub e spoke è garantita l’assistenza medica H12, 6 giorni su 7, attraverso la presenza dei MMG afferenti alle AFT del Distretto di riferimento. Tale attività ambulatoriale sarà aggiuntiva rispetto alle attività svolte dal MMG nei confronti dei propri assistiti e dovrà essere svolta presso la CdC hub e spoke. Questa attività, dovrebbe coinvolgere 30-35 medici di medicina generale (MMG) per ogni CdC hub che garantiscono la loro presenza per 2 ore la settimana ciascuno.

Sul tavolo di confronto territoriale e regionale bisogna tenere conto che il PNRR che ha programmato lo sviluppo delle CdC finanziando le opere strutturali non ha finanziato il costo del personale necessario per farle funzionare. Quindi se il PNRR prevede che tutto il personale necessario venga attivato quando le CdC saranno diventate operative a pieno titolo e quindi nel 2027 è ovvio che i finanziamenti devono essere ricercati altrove. Si apre un capitolo incerto perché nel PNRR si indica la fonte di finanziamento solo di 2.363 infermieri (D.L. 34/2020 art.1 c.5) per 94,5 milioni di euro. Per il resto del personale (oltre 14.000 unità), il cui costo stimato è di 567 milioni di euro, attualmente non c’è finanziamento perché le risorse necessarie dovrebbero essere reperite attraverso improbabili riorganizzazioni con i quali si dovrebbero produrre i risparmi necessari. Poco credibile. Da una nostra stima sui costi stiamo parlando di :

Dotazione personale	Unità per struttura	Incremento di costo unitario (€)	Unità di personale totali	Costi aggiuntivi (€)	Fonte di finanziamento ?
Amministrativi	5	-	6.440	-	Onere recuperato attraverso il risparmio acquisito con la riorganizzazione del personale
Medici di medicina generale MMG	10	-	12.880	-	
Infermieri di famiglia e comunità	6	-	7.728	-	
	2 (aggiunto + 1 nella norma)	40.000	2.363	94.500.000	Previsto dall’art 1 c. 5 del D.L. 34/2020
TOTALE				94.500.000	

Nella bozza del Decreto, più volte richiamato, emerge che è essenziale il coordinamento della Casa della Comunità con i servizi territoriali .

Quindi le C.d.C. rappresentano un nodo centrale della rete dei servizi territoriali che, sotto la direzione del Distretto, adotta meccanismi di coordinamento strutturali a rete in quattro direzioni:

- 1) **Rete intra-CdC**: costituita dalla messa in rete dei professionisti che svolgono la loro attività anche nelle forme associative che hanno sede fisica all'interno della CdC e quelle che vi sono funzionalmente collegate.;
- 2) **Rete inter-CdC**: costituita dalla messa in rete tra CdC hub e CdC spoke al fine di contemperare le esigenze di capillarità erogativa e di prossimità con la necessità di raggiungere una massa critica per alcuni servizi a maggiore intensità specialistica e tecnologica, sia per poter rispondere in modo flessibile ai diversi contesti geografici caratterizzati da differente densità abitativa e livelli di presenza attiva degli MMG nelle strutture ambulatoriali delle C.d.C.
- 3) **Rete territoriale**: la CdC è messa in rete con gli altri settori assistenziali territoriali, quali assistenza domiciliare, ospedali di comunità, hospice e rete delle cure palliative, RSA e altre forme di strutture intermedie e servizi.
- 4) **Rete territoriale integrata**: la CdC è in rete con l'attività ospedaliera, anche grazie all'ausilio di piattaforme informatiche, in particolare quella specialistica ambulatoriale o di day service svolta in questo contesto. Tale forma di integrazione e coordinamento ha una maggiore valenza soprattutto in merito alla gestione comune dei malati cronici più complessi e ad alto grado di instabilità, che sono soggetti a frequenti ricoveri.

Lo strumento attraverso cui avviene il coordinamento a rete nelle quattro direzioni è la Centrale Operativa Territoriale (COT) che opera come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti (bozza di decreto, 2022).

Detto tutto questo sulle quattro reti indicate, non si comprende perché la parte del collegamento e dell'integrazione con i servizi sociali comunali, non viene individuata anzi, per la precisione non se ne fa cenno nella bozza di decreto proprio nello specifico paragrafo relativo al coordinamento della Casa della Comunità con i servizi territoriali, tanto meno quando viene trattato il PUA che viene inteso esplicitamente come PUA sanitario.

Una impostazione poco rispettosa delle normative vigenti che lo intendono socio- sanitario, mentre nel testo più complessivo della bozza di decreto si rinviene solo possibilità che possano essere ospitati servizi sociali e assistenziali rivolti prioritariamente alle persone anziani e fragili.

Un'altra considerazione, che riguarda le C.d.C., è dato dal fatto che esse rappresentano il tentativo di riformare e sviluppare le cure primarie all'interno di un programma più vasto di riorganizzazione delle cure territoriali che, quindi merita grande attenzione e sostegno.

Sotto il profilo gestionale la C.d.C. deve garantire una risposta alla domanda di salute anche attraverso l'integrazione tra servizi sanitari e sociali, nonché la partecipazione della comunità locale, delle associazioni di cittadini dei pazienti, dei caregiver. E non basta dire in una riga che l'integrazione con i servizi sociali è obbligatoria se poi l'argomento viene dimenticato o addirittura sconfessato nelle altre parti della bozza di decreto sugli standard dell'assistenza territoriale (vedi l'assenza di ulteriori richiami al tema e il PUA solo sanitario).

A questi motivi che destano preoccupazione in anticipo, deve essere aggiunta quella che determinerà la criticità più evidente delle Case della Comunità: la carenza di personale che si aggiungerà a quella attuale.

Nel PNRR, lo abbiamo già detto, le assunzioni del personale non sono previste se non a partire dal 2027 per cui, per tutto il periodo di operatività del Recovery Fund, non saranno attivate.

Sarebbe ingenuo però rinviare le preoccupazioni sul personale a dopo l'anno 2026.

Infatti, il sistema di finanziamento del personale rimane molto incerto anche nel 2027 dato che dei 661 milioni, necessari per tutte le assunzioni a regime previste , viene indicata una copertura finanziaria solo di 94,5 milioni. Per il resto si ipotizza che il finanziamento necessario lo si debba ricavare da riorganizzazioni sanitarie che, per le loro caratteristiche, molto difficilmente metteranno a disposizione le risorse necessarie per le assunzioni. In sostanza, da quel che si legge nel PNRR, da qui al 2026 verranno realizzate le strutture delle Case della Comunità ma queste non verranno attivate prima del 2027 perché non si è data copertura agli oneri del personale.

Ovviamente, da qui al 2027 c'è tutto il tempo per rimediare, basta essere consapevoli dei nodi da affrontare e muoversi conseguentemente

Il successo delle Case della Comunità dipenderà comunque dalla interpretazione che ne daranno le regioni, dai tempi di recepimento delle normative nazionali sugli standard dell'assistenza territoriale, dai tempi di attuazione della rete delle C.d.C. e dal rilievo che si vorrà dare al riordino di tutta l'assistenza territoriale. All'interno di questa cornice normativa, infatti, sono lasciati spazi decisionali molto ampi alle regioni che la tradizione vuole che si muovano con tempi e modelli organizzativi molto diversi. Noi siamo tradizionalmente i più lenti e quindi

Non c'è da ballare, su una gamba sola, perché se il PNRR può aiutare moltissimo obbligando le regioni a rispettare tempi molto stretti per la realizzazione delle strutture, non esiste pari garanzia sulla loro operatività. Migliaia di piccole cattedrali nel deserto appaiono all'orizzonte.

Le O.O.S.S. confederali e dei pensionati non dovrebbero dare respiro a questa idea malsana: spendere i soldi a debito dell'Europa, per poi non tradurre gli investimenti strutturali in servizi per la salute della gente, cioè di quella stessa gente che sarà chiamata a "restituire" il debito.