

L'impatto del PNRR sulle cure

di Valeria D. Tozzi, Giorgio Casati*

L'esperienza della pandemia ha costretto le strutture sanitarie italiane a impiegare soluzioni manageriali già esperite su specifici target di popolazione anche ai pazienti Covid-19. Si è trattata di una sperimentazione gestionale su grandi numeri che ha segnato la loro definitiva messa a regime e che ha contribuito al ridisegno di alcune filiere di cura. I fondi del PNRR consentiranno di aumentare la capillarità dell'offerta, ampliando la tecnologia delle informazioni e favorendo una maggior integrazione della filiera dei servizi su tutto il territorio nazionale.

L'acronimo PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza) è diventato ormai noto anche al di fuori della platea degli esperti ed è collettivamente interpretato come un grande cantiere di investimenti dei quali una quota (15,63 miliardi di euro) è destinata alla «missione 6 salute».

I contenuti del piano sono largamente condizionati dagli effetti che la pandemia ha avuto sulla rete dei servizi sia ospedalieri sia territoriali. Innumerevoli sono i contributi che hanno descritto l'impatto straordinario dell'emergenza sanitaria sul sistema delle cure in Italia (e non solo), provando a fornire anche interpretazioni rispetto alla capacità di risposta che i Servizi Sanitari Regionali (SSR) hanno messo in campo. Quello che emerge è la centralità dell'assistenza territoriale (tutti i servizi extra ospedalieri fino al domicilio del cittadino che può divenire luogo di cura), che trova i suoi elementi distintivi nella prossimità delle cure e nella personalizzazione degli interventi.

La prospettiva di questo contributo è quella di inquadrare le principali trasformazioni del sistema delle cure, inteso come insieme di servizi e nuove forme di fruizione, che il PNRR propone e che acquistano un significato specifico in ragione dell'esperienza pandemica. Ci si riferisce in modo particolare a quei fenomeni

che hanno rappresentato uno shock per il sistema delle cure nel corso del 2020 e del 2021.

PROCESSI E PROGRAMMAZIONE

In primo fenomeno è relativo alla flessibilità nei processi di erogazione e alla ridotta capacità programmatica. Tradizionalmente le aziende sanitarie hanno orizzonti programmatori certi e stabili poiché largamente (anche se non esclusivamente) condizionati da dinamiche epidemiologiche e demografiche per quel che riguarda l'organizzazione dei servizi. Nel corso del 2020, le configurazioni erogative delle aziende sanitarie si sono modificate in modo drammatico, concentrandosi sull'organizzazione di servizi dedicati alla gestione dei pazienti infettati (in Lombardia nei primi mesi del



2020 è stato riconvertito per la gestione dei casi Covid-19 il 42 per cento dei posti letto ospedalieri) e preservando il più possibile l'erogazione dei servizi anche per altri problemi di salute (*in primis* le emergenze).

A livello nazionale, i servizi erogati nel corso del 2020 si sono ridotti in modo significativo e differenziato: per esempio, si è avuta una riduzione del 60 per cento degli screening colon rettal e del 45 per cento di quelli mammografici tra il 2019 e il 2020. I ricoveri urgenti si sono contratti del 15 per cento mentre quel-

* Valeria D. Tozzi è Associate Professor of Practice of Government Health and Not for Profit Division presso SDA Bocconi.
Giorgio Casati è Direttore Generale Asl Roma 2.

li psichiatrici del 23 per cento nello stesso periodo¹. I processi di erogazione delle cure hanno assecondato le dinamiche di diffusione del virus che, soprattutto nel 2020, non erano note. Da circa due anni si osserva un ritmo nuovo nell'erogazione delle cure: infatti, nel periodo luglio-settembre 2020 vi è stata una ripresa dei processi di erogazione, recuperando in modo significativo la riduzione dei volumi dei primi mesi di quello stesso anno; nei mesi estivi, corrispondenti alle cosiddette «fasi di transizione»², si è registrato una riduzione dell'11 per cento dei ricoveri programmati rispetto a quella del 21 per cento nei mesi marzo-giugno³. In alcuni casi il recupero dei servizi sospesi ha sfiorato i numeri registrati nel 2019, come nel caso dei ricoveri in urgenza che nei mesi estivi si sono ridotti del 3 per cento a fronte di una contrazione del 53 per cento del periodo marzo-giugno 2020. La mancata erogazione in parte è stata deliberata, posticipando le prestazioni non urgenti, in parte è stata una scelta dei cittadini. Uno studio dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha stimato che, su un campione di oltre 1200 interviste a over 65enni, il 44 per cento ha rinunciato nei 12 mesi precedenti ad almeno una visita medica (o esame diagnostico) di cui avrebbe avuto bisogno; in particolare, il 28 per cento ha dovuto rinunciare per la sospensione del servizio, mentre il 16 per cento lo ha fatto volontariamente per timore del contagio⁴.

Questa flessibilità nei processi erogativi è una qualità che sfida le aziende pubbliche, spesso connotate da lentezza e stabilità, che certamente occorre preservare anche in assenza dello stato di emergenza sanitaria, che ha certamente motivato tutti verso una nuova missione («combattere il virus»), ma anche sfibrato la tenuta complessiva del sistema delle cure (si pensi al contributo messo in campo dagli operatori sanitari – medici e no – celebrati più come eroi che come professionisti della cura). Lo stress produttivo che ancora si osserva è duplice: da una parte organizzare un'offerta di servizi che soddisfi sia la domanda pregressa sia quella ordinaria, dall'altra mantenere attiva la rete di servizi per prevenire il contagio (vaccini) e curare il Covid-19. È il cosiddetto «doppio binario»⁵ che prevede la commistione di più linee di erogazione, difficilmente prioritizzabili⁶, il cui ritmo non è stabile e deve fare i conti con una serie di vincoli (la disponibilità del personale, tra i primi).

LA RINUNCIA AI SERVIZI SANITARI

Vi è un ulteriore fenomeno da considerare: l'impatto in termini di condizioni di salute aggravate per via della dilazione o della rinuncia ai servizi sanitari. Sono in corso studi specifici sull'impatto in termini di outcome di salute del ritardo delle cure anche a partire da quello sugli screening, sul tempo di diagnosi e, a

catena, sulle cure e sulla sopravvivenza. Alcuni studiosi stimano che un ritardo superiore a un anno nello screening del cancro del colon-retto potrebbe causare un aumento della mortalità nei soggetti affetti pari al 12 per cento; una posticipazione oltre i 6 mesi e fino a 1 anno, inoltre, farebbe crescere del 3 per cento le diagnosi di cancro del colon-retto in fase avanzata⁷.

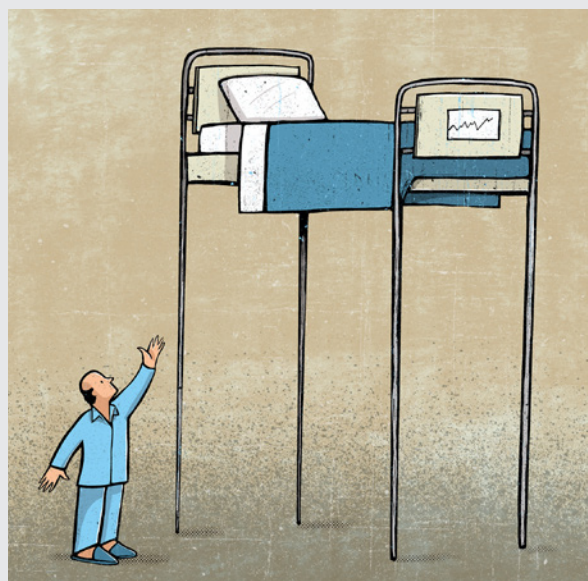
In sintesi, oltre allo sforzo di potenziare la capacità di erogazione dei servizi, di cui si è appena detto, vi è quello di allestire modelli di cura per una quota di popolazione più compromessa di quella del passato.

Come anticipato in apertura, il PNRR e il DM 71/2022 (pubblicato a fine febbraio 2022) stanno guidando i principali processi di cambiamento proponendo investimenti in una duplice accezione: da una parte è la natura dell'impiego delle risorse che deve avvenire in conto capitale (è davvero residuale la quota parte di spesa corrente), dall'altra, poiché l'esito degli interventi dovrà svilupparsi moltiplicando la capacità erogativa delle aziende sanitarie e integrando la filiera dei servizi, rendendoli più vicini e quindi più accessibili.

L'USO DELLA TECNOLOGIA DELLE INFORMAZIONI

In questa sede ci si soffermerà sulla componente 1 della missione 6 «Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale» che propone una serie di investimenti in nuove strutture di offerta e nuove modalità di erogazione anche attraverso l'uso della tecnologia delle informazioni. Questa area del piano, finanziata per 7 miliardi, prevede le seguenti soluzioni:

- case della comunità (CdC), che portano in prossimità servizi principalmente di tipo ambulatoriale organizzati in modo tale da permettere un'azione d'équipe



tra medici di medicina generale (MMG), pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali interni, infermieri di famiglia o comunità (IFoC), altri professionisti della salute, quali per esempio psicologi, ostetrici, professionisti dell'area della prevenzione, della riabilitazione e assistenti sociali (questi ultimi allo scopo di permettere il coordinamento con i servizi sociali degli enti locali). Oltre a essere strutture di offerta di prossimità, le CdC saranno organizzate in rete tra strutture più grandi (denominate «hub») e quelle capillari sul territorio (definite «spoke») fornendo assistenza medica h 12, 6 giorni su 7, attraverso la presenza dei MMG;

- unità di continuità assistenziale (UCA) che eredita l'esperienza delle USCA (unità speciali di continuità assistenziale), nate per la gestione a domicilio del paziente infetto. L'UCA è un'équipe mobile distrettuale per la gestione di situazioni condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e di comprovata difficoltà operativa di presa in carico. Sarà composta da almeno 1 medico e 1 infermiere ogni 100.000 abitanti;
- ospedali di comunità (OSCO) che offrono posti letti sganciati dagli ospedali allo scopo di gestire quei casi complessi non sul fronte clinico ma assistenziale. Si tratta di una struttura sanitaria di ricovero breve che afferisce alla rete dei servizi territoriali per evitare ricoveri ospedalieri impropri o favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia. Lo standard previsto è di almeno 1 ospedale di comunità dotato di 20 posti letto ogni 50.000-100.000 abitanti;
- centrali operative territoriali (COT) che sono delle

équipe multi professionali che gestiranno il transito del paziente all'interno della filiera dei servizi. Interverranno, per esempio, nelle fasi di dimissione dall'ospedale per fare in modo che il domicilio sia attrezzato garantendo continuità nelle terapie e nella cura in generale. Non si tratta di servizi per i cittadini ma per gli operatori che potranno contare su competenze e strumenti specializzati sulle cosiddette «cure di transizione»⁸. Lo standard previsto per le COT è 1 ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale;

- centrale operativa 116117 (sede del numero europeo armonizzato), pensata per le cure mediche non urgenti, offrirà un servizio telefonico gratuito alla popolazione attivo 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 per tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensità assistenziale. Lo standard previsto è di almeno 1 centrale operativa 116117 ogni 1-2 milioni di abitanti o comunque a valenza regionale;
- servizi a domicilio (ADI-assistenza domiciliare integrata) allo scopo di migliorare l'offerta e la qualità delle cure soprattutto per la popolazione che ha difficoltà a raggiungere i luoghi delle cure in modo stabile o occasionale (si pensi ai casi di non autosufficienza⁸). Il piano propone questo servizio per il 10 per cento della popolazione over 65 (al momento l'offerta copre meno della metà della popolazione target);
- infermiere di famiglia o comunità (IFoC) sarà il professionista in contatto con l'assistito, rappresentando la figura professionale di riferimento che assicurerà l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità, in collaborazione con tutti i professionisti e attraverso modelli interdisciplinari. Lo standard previsto è di almeno 1 IFoC ogni 2000-3000 abitanti;
- telemedicina prevede sia modelli di gestione da remoto del paziente (come nel caso delle televisite o della teleassistenza) sia forme di scambio tra professionisti che operano in luoghi differenti (teleconsulto)⁹.

UNA SINTESI DI ESPERIENZE VIRTUOSE

Quelle qui descritte sono innovazioni che propongono una trasformazione profonda, almeno in modo potenziale, dei modelli di organizzazione delle cure e dei processi di fruizione da parte del cittadino. Il PNRR e anche il DM 71/2022 hanno proposto una sorta di sintesi delle esperienze che costellavano i modelli di cura nelle diverse Regioni italiane. Infatti, non si tratta di esperienze completamente nuove poiché esistevano già gli IFoC in Piemonte e in alcune parti del Friuli-Venezia Giulia, tanto per citare alcuni esempi; o anche le CdC vedono nelle più antiche case della salute e nei presiti territoriali di assistenza dei prodromi importanti, sperimentati in molte regioni tra



cui Emilia-Romagna, Lazio, Puglia e Sicilia. Le COT erano state già sperimentate in Veneto e in Toscana oltre che in molte realtà aziendali anche senza un quadro di riferimento regionale in questa direzione.

Questa operazione di sintesi per offrire al Paese soluzioni sì innovative ma anche «testate sul campo» nasce non solo e non tanto da una ricognizione dello stato dell'arte sull'offerta delle cure, quanto piuttosto dal fatto che quelle realtà che ne erano già dotate (nessuna Regione le aveva tutte all'attivo) ne hanno apprezzato il contributo anche nel corso della pandemia quando le riconfigurazioni produttive sono state rapide e molteplici. Infatti, in quella stagione, accanto alle indicazioni che provenivano dal livello nazionale (ministero della Salute, ISS ecc.), sono state impiegate soluzioni manageriali già esperite su specifici target di popolazione anche per la gestione dei casi Covid-19, promuovendone così l'estensione nell'uso. Si è trattata di una sorta di *piloting* che ha contribuito (e in alcuni casi contribuisce ancora) al ridisegno di alcune filiere di cura. Non si può non far riferimento all'uso di strumenti di gestione da remoto del paziente che, sebbene poco diffusi, hanno avuto grande impulso nel corso della pandemia: in questa direzione, il contatto con i pazienti contagiati, allo scopo di monitorare il loro stato di salute, è avvenuto con dispositivi e soluzioni tecnologiche pensate per la gestione dei pazienti cronici (per esempio, quello adottato dalla Provincia Autonoma di Trento o dalla

Puglia). Si è trattato di una sperimentazione gestionale forzata su grandi numeri che ha segnato la loro definitiva messa a regime¹⁰.

Dopo la fase di progettazione dei contenuti del PNRR, gestita principalmente dal livello centrale e dalle Regioni, si è aperta la lunga stagione dell'implementazione e di gestione del cambiamento che rimette al centro le aziende sanitarie e le competenze di management (tra cui quelle di project management). La *timeline* e le scadenze del PNRR (anche per la liquidazione dei finanziamenti) accompagneranno questo processo fino al 2026, ma certamente si protrarranno anche oltre. Capillarità dell'offerta, tecnologia delle informazioni, integrazione della filiera dei servizi (almeno per quel che riguarda la componente 1 della missione 6) sono le chiavi di volta per il ridisegno della rete dei servizi sanitari che dovrà dimostrare la propria sostenibilità evitando le cure inappropriate ed efficientando i processi erogativi, in quanto è già stato profilato un quadro di percentuali decrescenti della spesa pubblica rispetto al Pil che scenderà al 6,7 per cento nel 2022, al 6,6 per cento nel 2023 fino al 6,3 per cento nel 2024 raggiungendo le percentuali pre-pandemiche (unica eccezione è stato il biennio 2020-2021 in cui la gestione della pandemia da Covid-19 ha allentato le storiche tensioni sulla spesa sanitaria: spesa sanitaria sul Pil del 7,5 per cento nel 2020 e 7,3 per cento nel 2021).

¹ G. Cinelli, A. Gugiatti, F. Meda, F. Petracca, «La struttura e le attività del SSN», *CERGAS (a cura di)*, Rapporto OASI, 2020, Milano, Egea, 2020, pp. 35-108.

² F. Galimberti, S.B. Boscaglia, E. Tragni, «Conseguenze della pandemia di covid-19 sull'accesso e sull'erogazione delle prestazioni sanitarie», *Giornale Italiano di Farmacoeconomia e Farmacoutilizzazione*, 13(1), 2021, pp. 5-16.

³ Le variazioni percentuali sono relative al confronto con i servizi erogati nel 2019.

⁴ Questi dati non mostrano differenze significative nei diversi gruppi dei rispondenti stratificati per caratteristiche sociodemografiche; tuttavia, la scelta di rinunciare volontariamente alla visita medica o all'esame diagnostico per timore del contagio era più frequente nelle donne (19 per cento vs 13 per cento degli uomini) e nelle persone con un livello di istruzione maggiore.

⁵ D. Tozzi Valeria, L. Ferrara, A. Zazzera, «Il doppio binario delle cure primarie. Alcune scelte di fondo per i sistemi di tutela della salute», *MECOSAN*, 113, 2020, pp. 227-242.

⁶ Le forme di priorizzazione nei sistemi di tutela della salute riguardano in primo luogo le diverse condizioni di salute per le quali viene richiesta una prestazione (ad esempio in urgenza o in erogazione differibile quando non sussistono situazioni cliniche critiche). Altre forme di priorizzazione sono difficilmente applicabili in un sistema universalistico che contempla nella propria Carta Costituzionale il diritto alla tutela della salute.

⁷ L. Ricciardiello, C. Ferrari, M. Cameletti, F. Gaianelli, F. Buttitta, F. Bazzoli, G.L. de'Angelis, A. Malesci, L. Laghi, «Impact of SARS-CoV-2 Pandemic on Colorectal Cancer Screening Delay: Effect on Stage Shift and Increased Mortality», *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 19(7), 2021, pp. 1410-1417.

⁸ L. Ferrara, V.D. Tozzi, A. Zazzera, «Il management della transizione: COT e non solo COT», *CERGAS (a cura di)*, Rapporto OASI, 2020, Milano, Egea, 2021, pp. 107-124.

⁹ Gli anziani non autosufficienti, ossia le persone di età superiore o uguale a 65 anni che non sono in grado di compiere in autonomia e senza bisogno di assistenza le attività di vita quotidiana, sono circa 2,9 milioni. Di questi, 1,5 milioni di anziani non autosufficienti non ricevono assistenza pubblica. Il restante 50 per cento, invece, beneficia spesso di servizi insufficienti o inappropriati rispetto alle proprie condizioni di salute (G. Cinelli, F. Longo, «Un servizio nazionale per gli anziani non autosufficienti», *CERGAS*, 2021).

¹⁰ «I servizi di telemedicina», *eHealth - Sanità digitale*, Ministero della Salute.

¹¹ M. Bobini, P.R. Boscolo, V. Tozzi, R. Tarricone, «La telemedicina nei processi di gestione del cambiamento nelle aziende sanitarie», *CERGAS (a cura di)*, Rapporto OASI, 2021, Milano, Egea, 2022, pp. 108-135.