3.8. Le cure domiciliari e la telemedicina del PNRR

Franco Pesaresi, | 07 giugno 2021

La componente 1 della “Missione Salute” del Piano Nazionale di Ripresa e resilienza (PNRR) si pone l’obiettivo del rafforzamento delle prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi sociosanitari.

Il secondo progetto (o investimento) di questo ampio capitolo mette a disposizione 4 miliardi di euro e riguarda lo sviluppo delle cure domiciliari e degli strumenti di telemedicina ad esse collegate (Cfr. Tab. 1). Ed è di questo investimento che si occuperà il presente articolo.

Tab. 1 - Investimenti per le reti di prossimità, le strutture e la telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale

Ambiti di intervento/misura	**Totale mld**
Investimento 1: Case della Comunità e presa in carico della persona	2,00
Investimento 3: Sviluppo delle cure intermedie	1,00
Totale Componente 1	**7,00**

Fonte: PNRR

Investimento 2: Casa come primo luogo di cura, assistenza domiciliare e telemedicina

L'investimento 2 mira ad aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni, in particolare coloro con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti.

L'investimento mira a:

- identificare un modello condiviso per l'erogazione delle cure domiciliari che sfrutti al meglio le possibilità offerte dalle nuove tecnologie (come la telemedicina, la domotica, la digitalizzazione);
- realizzare presso ogni Azienda Sanitaria Locale (ASL) un sistema informativo in grado di rilevare dati clinici in tempo reale;
- attivare 602 Centrali Operative Territoriali (COT), una in ogni distretto, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza;
- utilizzare la telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche.

Il fabbisogno di risorse per la realizzazione di questo investimento è stimato in 4 miliardi di euro, di cui 2,72 miliardi connessi ai costi derivanti dal servire un numero crescente di pazienti, 0,28 miliardi per l'istituzione delle COT e 1 miliardo per la telemedicina.

Misura 1 - Il potenziamento dell’assistenza domiciliare

Il potenziamento dell’assistenza domiciliare costerà 2,72 miliardi per raggiungere il 10% degli anziani. Si tratta nel complesso di assistere nel 2026[note]L’incremento è di 807.970 anziani entro il 2026.[/note] complessivamente 1.509.814 anziani per una spesa media annua di circa 1.980 euro a persona anche se i costi variano a seconda della frequenza delle visite necessarie: si va da un minimo di una visita al mese fino ad un massimo di 15 giorni al mese nel caso di cure palliative[note]La stima dei costi è stata calcolata ipotizzando un incremento di anziani assistiti di 807.970 al 2026. Il costo medio è di 1.980,25 euro a persona (calcolato utilizzando il costo del numero di pazienti presi in carico nell'assistenza domiciliare durante l'ultimo anno di intervento) che porta ad una spesa stimata di 2.720.000.000 € per i pazienti presi in carico. In particolare il riferimento utilizzato è quello delle regioni Emilia Romagna, Veneto e Toscana dove la popolazione

assistita in assistenza domiciliare è suddivisa nei seguenti quattro livelli di intensità assistenziale: 60% nell'assistenza domiciliare di base; 20% nell'assistenza domiciliare di primo livello; 10% nell'assistenza domiciliare di secondo livello; 4% nell'assistenza domiciliare di terzo livello e 6% nelle cure palliative domiciliari. Il costo è stato stimato ipotizzando i seguenti interventi che tengono conto delle prese in carico nell'ultimo anno: 782 persone in assistenza domiciliare di base con 1 accesso al mese (5.817.385 accessi / anno) in media al costo di € 18 per accesso; 594 persone in assistenza domiciliare di primo livello con 3 accessi mensili (5.817.386 accessi / anno) di cui il 16% dei medici di base ad un costo di 18,9 euro l'uno e l'84% di altri operatori ad un costo di € 37,50 per accesso; 797 persone in assistenza domiciliare di secondo livello con 7 accessi mensili (6.786.949 accessi / anno) di cui il 13% dei medici di base a 18,9 euro per accesso e l'87% degli altri operatori in media al costo di € 56,25 per accesso; 319 persone in assistenza domiciliare di terzo livello con 12 accessi mensili (4.653.908 accessi / anno) di cui l'11% dei medici di base a 18,9 euro per accesso e l'89% degli altri operatori in media al costo di 75 € per accesso; 478 persone in cure palliative domiciliari con 15 accessi mensili (8.726.077 accessi / anno) di cui il 10% dei medici di base a 18,9 euro per accesso e il 90% degli altri operatori in media al costo di € 75.[/note].

Entro il secondo trimestre del 2022 è invece prevista l'approvazione delle Linee guida contenenti il modello digitale per l'implementazione dell'assistenza domiciliare.

Per garantire la crescita dell'assistenza domiciliare, i costi per il personale cresceranno rispetto all'anno precedente di 578 milioni nel 2022 fino ad arrivare ad un incremento di 1.599.979.366 euro nel 2026, rispetto al 2021 (Cfr. Tab. 2).

Tab. 2 - Costi di personale per raggiungere l'obiettivo di curare il 10% di anziani in assistenza domiciliare entro il 2026

ADI – livelli di assistenza per intensità	**Numero addizionale di anziani assistiti**	**Costi per gli accessi addizionali (€)**
Base	483.782	104.712.925
Primo livello	161.594	204.343.403
Secondo livello	80.797	353.655.358
Terzo livello	32.319	325.504.494
Cure palliative domiciliari	48.478	611.763.186
Totale		**1.599.979.366**

Fonte: documenti del Governo italiano inviati all'UE a corredo del PNRR

L'aumento di spesa per il personale del SSN necessario a garantire, nel periodo 2022-2026, la crescita dell'assistenza domiciliare verrà sostenuto per il 48% da risorse statali e per il 52% da risorse per il PNRR. Infatti, lo Stato italiano contribuisce con 500 milioni all'anno di propri fondi alla spesa complessiva (Cfr. Tab. 3) mentre per il resto il Governo è riuscito ad utilizzare 2,72 miliardi del PNRR spalmati in 5 anni per pagare il personale che dovrà curare a domicilio i pazienti.

Tab. 3 – I costi per il personale dell'assistenza domiciliare ed il relativo finanziamento (in €)

Descrizione	**2022**	**2023**	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**
I COSTI						
Costi del personale dell'assistenza domiciliare	578.231.762	760.889.632	997.151.408	1.283890.954	1.599.979.366	1.599.979.366
I FINANZIAMENTI						
Fondo sanitario di cui al comma 4, art. 1 del D.L. 34/2020[note]Le regioni e le province autonome, per garantire il massimo livello di assistenza compatibile con le esigenze di sanità pubblica e di	265.028.624	265.028.624	265.028.624	265.028.624	265.028.624	265.028.624

sicurezza delle cure in favore dei soggetti contagiati identificati attraverso le attività di monitoraggio del rischio sanitario, nonchè di tutte le persone fragili la cui condizione risulta aggravata dall'emergenza in corso, incrementano e indirizzano le azioni terapeutiche e assistenziali a livello domiciliare, sia con l'obiettivo di assicurare le accresciute attività di monitoraggio e assistenza connesse all'emergenza epidemiologica, sia per rafforzare i servizi di assistenza domiciliare integrata per i pazienti in isolamento domiciliare o quarantenati nonchè per i soggetti cronici, disabili, con disturbi mentali, con dipendenze patologiche, non autosufficienti, con bisogni di cure palliative, di terapia del dolore, e in generale per le situazioni di fragilità tutelate ai sensi del Capo IV del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502". A tal fine, nel rispetto dell'autonomia regionale in materia di organizzazione dei servizi domiciliari, le regioni e le province

autonome sono autorizzate ad incrementare la spesa del personale nei limiti indicati al comma 10.[/note]						
Fondo sanitario di cui al comma 5, art. 1 del D.L. 34/2020[note]Al fine di rafforzare i servizi infermieristici, con l'introduzione altresì dell'infermiere di famiglia o di comunità, per potenziare la presa in carico sul territorio dei soggetti infettati da SARS-CoV-2 identificati Covid-19, anche supportando le Unità speciali di continuità assistenziale e i servizi offerti dalle cure primarie, nonche' di tutti i soggetti di cui al comma 4, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, in deroga all'articolo 7 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n.165, possono, in relazione ai modelli organizzativi regionali, utilizzare forme di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, con decorrenza dal 15 maggio 2020 e fino al 31 dicembre 2020, con infermieri che non si trovino in costanza di rapporto di lavoro subordinato con strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private accreditate, in numero non superiore a otto unità infermieristiche ogni	235.000.000	235.000.000	235.000.000	235.000.000	235.000.000	235.000.000

50.000 abitanti. Per le attività assistenziali svolte è riconosciuto agli infermieri un compenso lordo di 30 euro ad ora, inclusivo degli oneri riflessi, per un monte ore settimanale massimo di 35 ore. Per le medesime finalità, a decorrere dal 1° gennaio 2021, le aziende e gli enti del SSN, possono procedere al reclutamento di infermieri in numero non superiore ad 8 unità ogni 50.000 abitanti, attraverso assunzioni a tempo indeterminato e comunque nei limiti di cui al comma 10.[/note]

PNRR Risorse da reperire	78.203.138	260.861.007	497.122.784	783.862.329	1.099.950.742	- 1.099.950.742
GLI ASSISTITI						
Numero addizionale di anziani assistiti a domicilio	292.000	384.240	503.549	648.349	807.970	807.970

Fonte: ns. elaborazione dai documenti del Governo italiano inviati all'UE a corredo del PNRR

I problemi sorgeranno nel 2027 quando non saranno più disponibili le risorse del Recovery Plan. Mancheranno per il personale 1,1 miliardi, che il PNRR afferma di reperire con i risparmi che deriveranno dalla riorganizzazione sanitaria che punta alla riduzione delle ospedalizzazioni ad alto rischio di inappropriatezza relative alle malattie croniche, alla riduzione degli accessi inappropriati nei pronto soccorsi relativi ai codici bianchi e verdi ed alla riduzione della spesa farmaceutica relativa a tre classi di alto consumo di farmaci. Ma sembra davvero poco probabile reperire una cifra così importante con delle riorganizzazioni su cui si sta già lavorando da anni. Inoltre, il Piano di sostenibilità allegato al PNRR afferma di poter ricavare 1,36 miliardi dalle riorganizzazioni ma se sommiamo le necessità finanziarie da coprire nel 2027 (567.000.000 euro per le Case della Comunità + 1.099.950.742 euro per l'aumento dell'assistenza domiciliare) scopriamo che già queste due prime voci richiedono delle risorse (1.666.950.742 euro) ben più ampie.

Ma l'aspetto che più preoccupa è che secondo il Recovery Plan non cambierà la tipologia di cure domiciliari che verranno erogate. Attualmente le ore di assistenza domiciliare che mediamente vengono erogate ad ogni anziano è di sole 18 ore annue. Questo vuol dire che le cure domiciliari vengono erogate solo per due o tre mesi, magari di seguito ad una dimissione ospedaliera. Questo vuol dire che tutti malati non autosufficienti che hanno bisogno per anni delle cure domiciliari sono escluse da questo tipo di assistenza. Il Recovery plan doveva determinare una svolta su questo fronte garantendo tutta l'assistenza per tutto il tempo necessario agli anziani bisognosi ed in particolare all'ampia platea di quelli non autosufficienti. Ed invece l'approfondimento sui costi del PNRR previsti per le cure domiciliari ha permesso di verificare che il costo medio previsto dal PNRR per ogni assistito a casa è lo stesso di adesso. Questo vuol dire che il numero di anziani assistiti a domicilio aumenterà di 807.970 unità (non poco) ma la intensità dell'assistenza rimarrà la stessa di adesso, senza la garanzia della continuità dell'assistenza. Stanziando nuove risorse ma mantenendo invariato il modello, non si farà altro che di riprodurre i problemi attuali su scala maggiore.

Inoltre, nulla si dice sulla necessità di affiancare agli interventi domiciliari di natura medico-infermieristica anche quelli– oggi marginali – di sostegno nelle attività fondamentali della vita quotidiana, che la non autosufficienza preclude all'anziano di poter compiere da solo. Ciò implica la messa in campo anche di un intervento sociosanitario o sociale con figure diverse da quelle infermieristiche e l'affiancamento e il supporto anche dei soggetti quotidianamente impegnati ad affrontare le limitazioni dell'autonomia dell'interessato, cioè i *caregiver* e le assistenti familiari.

Misura 2 - Le Centrali operative territoriali (COT)

Il secondo punto del progetto di potenziamento delle cure domiciliare è quello che prevede l'attivazione di 602 Centrali Operative Territoriali (COT), una in ogni distretto, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza per cui è prevista una spesa di 280 milioni di euro per l'interconnessione tecnologica (Cfr. Tab. 4).

Vi saranno un coordinatore e 5 infermieri di comunità preposti al servizio i cui costi (150 milioni) saranno coperti dalle risorse stanziate nel Dl 34/2020.

Tab. 4 - Le Centrali operative territoriali previste dal PNRR

Regioni	**n. COT previste**
Piemonte	43
Valle d'Aosta	1
Lombardia	101
PA Bolzano	5
PA Trento	5
Veneto	49
Friuli Venezia Giulia	12
Liguria	15
Emilia Romagna	45
Toscana	37
Umbria	9
Marche	15
Lazio	59
Abruzzo	13
Molise	3
Campania	58
Puglia	40
Basilicata	6
Calabria	19
Sicilia	50
Sardegna	16
Italia	**602**

Fonte: nostra elaborazione della documentazione del Governo inviata all'UE a corredo del PNRR

Le Centrali Operative Territoriali (COT) saranno dotate dei mezzi tecnologici per garantire il controllo remoto dei dispositivi di telemedicina forniti ai pazienti, sosterrà lo scambio di informazioni tra gli operatori sanitari coinvolti nella cura, costituirà un punto di riferimento per i caregiver, sia per la formazione alla cura che per la sua attuazione, e fungerà da punto di riferimento in caso di ulteriori necessità assistenziali del paziente.

Al fine di eseguire la loro missione informativa ed educativa per operatori sanitari, pazienti e caregiver, le Centrali Operative Territoriali (COT) saranno supportate dalla versione avanzata del "Portale della Trasparenza", piattaforma informativa sviluppata da Agenas dopo le fasi di consolidamento e valutazione. Gli obiettivi principali di questo piattaforma sono quelle di consentire ai cittadini un facile accesso ai servizi sociali e sanitari, fornendo informazioni aggiornate su cure e strutture sanitarie, e di conseguenza guidarle ad una consapevole scelta sui trattamenti sanitari e sui servizi. Inoltre verrà predisposto

un sistema di intelligence sanitaria, anche con l'utilizzo di intelligenza artificiale, in grado di fornire indicazioni al personale sanitario e ai cittadini, compreso il management delle emergenze mediche. Nelle Centrali Operative Territoriali, sempre secondo il PNRR, l'ausilio dell'intelligenza artificiale e degli strumenti di *machine learning* e il loro collegamento con la piattaforma che supporterà l'implementazione della telemedicina e del teleconsulto diminuirà il numero di accessi di assistenza domiciliare degli operatori sanitari necessari per paziente senza ridurre la qualità di cura.

È previsto che le COT siano pienamente operative e distribuite in tutto il territorio entro il secondo trimestre del 2024.

Nel complesso, si stima una spesa complessiva di 280.000.000 € per le apparecchiature tecnologiche e di interconnessione delle 602 Centrali operative territoriali, il cui dettaglio è indicato nella Tabella 5.

Tab. 5 – I costi dei realizzazione delle Centrali operative territoriali previste dal PNRR

Voci di spesa	**Costi** (€)
Ristrutturazione degli edifici esistenti	90.300.000