3.3. Proposte per l’attuazione del PNRR in sanità: aree d’intervento

Claudio Buongiorno Sottoriva, Francesca Meda, Francesco Longo, Michela Bobini, | 29 giugno 2021

Facendo seguito al nostro precedente articolo pubblicato su welforum.it, in cui abbiamo illustrato la nostra proposta per la governance e il riparto nell’ambito del PNRR[note]Il PNRR è un documento di alta visione e di allocazione di importanti risorse di investimento per il SSN che devono garantire valore entro 5 anni, per ottenere l'effettivo riconoscimento finanziario da parte della EU e giustificare l'aumento del debito per le generazioni future. La partita attuativa è, quindi, solo iniziata e durerà 5 anni: un tempo breve in cui occorre definire la progettazione esecutiva per ogni misura, costruire pianificazioni regionali, attuare le politiche nelle singole aziende sanitarie locali. Il successo non può allora considerarsi scontato, richiedendo grande coesione di intenti, da perseguirsi con un forte impegno finalizzato a creare convergenze e collaborazione istituzionale. Nell’ottica descritta, un gruppo di studiosi, appartenenti a sei università di economia, management e politiche sanitarie, hanno ritenuto di confrontarsi sul tema, ed esperire il tentativo di trovare una convergenza di visioni sul futuro del SSN (e del suo ruolo nelle politiche economiche e sociali del Paese), da consegnare alla valutazione delle istituzioni e al dibattito scientifico. In particolare, il gruppo è formato Eugenio Anessi Pessina e Americo Cicchetti per l’Università Cattolica; Federico Spandonaro, Barbara Polistena e Daniela D’Angela per l’Università di Tor Vergata; Cristina Masella per il Politecnico di Milano; Giuseppe Costa per l’Università di Torino; Sabina Nuti, Federico Vola e Milena Vainieri per la Scuola Superiore Sant’Anna; Amelia Compagni, Giovanni Fattore, Francesco Longo, Michela Bobini, Francesca Meda, Claudio Buongiorno Sottoriva per l’Università Bocconi. Questa spontanea iniziativa ha permesso di elaborare delle proposte attuative sulla governance e sul riparto del PNRR, sull'autonomia e i vincoli per le regioni e le loro aziende, sullo sviluppo dei fattori abilitanti e sulla progettazione organizzativa ed operative delle diverse missioni del PNRR.[/note], presentiamo di seguito le nostre proposte sulla progettazione organizzativa ed operativa delle dieci diverse aree di intervento individuate nell’ambito del PNRR. Le proposte, presentate in modo organico nel documento completo, sono qui organizzate in quattro diversi ambiti tematici: sanità pubblica, rete ospedaliera, territorio e *skill mix.*

Sanità pubblica

All’interno del primo capitolo della missione salute, il PNRR riporta che entro la metà del 2022 sarà predisposto un “nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico, in linea con l’approccio “*One-Health*”. L’urgenza di questa riforma deriva da un certo disallineamento tra il carico di malattia prevenibile per ogni fattore di rischio e l’effettiva offerta di attività di prevenzione per gli stessi rischi. In effetti, le risorse dedicate agli stili di vita insalubri (fumo, cattiva alimentazione, eccesso di alcolici, vita sedentaria,…) sono drasticamente inferiori a quelle impiegate nella vigilanza ambientale, lavorativa e alimentare, che determinano un minore impatto sugli esiti di salute dei cittadini. In sostanza, i Dipartimenti di Prevenzione si concentrano sulla vigilanza e prevenzione individuale, lasciando spesso in secondo piano le determinanti di salute e le interdipendenze tra salute e le altre politiche pubbliche. A questa incoerenza di fondo si aggiunge anche una sostenuta eterogeneità interregionale in termini di architettura istituzionale, dotazioni, sistemi operativi e risultati conseguiti. L’eterogeneità si estende anche alla dotazione di risorse umane, con quantità e competenze estremamente difformi e dipendenti più da allocazioni storiche che da scelte agite. Se consideriamo, ad esempio, la copertura degli screening tumorali per mammella, cervice uterina e colon retto, troveremmo un’ampia variabilità, tra alcune regioni con copertura completa ad altre in cui soltanto un cittadino eleggibile su tre ha sostenuto questi esami.

Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening per mammella, cervice uterina e colon retto



Questi stabilimenti, per la maggior parte pubblici, privi di legami funzionali con altri presidi della rete e localizzati in aree suburbane, hanno in media 79 PL per 7 reparti e, per le prestazioni monitorate dal DM 70/2015 (fatta eccezione per gli interventi di frattura del femore), in meno di un caso su tre rispettano sia gli standard di esito che di casistica (fonte: Cergas, Rapporto OASI 2020, cap. 9). L'investimento in queste strutture non può che essere legato al raggiungimento della massa critica necessaria a raggiungere la competenza clinica e quindi gli standard di casistica ed esito. È possibile ipotizzare la creazione di équipe professionali itineranti, la messa in rete dei piccoli ospedali promuovendo logiche di specializzazione su determinate vocazioni, o, infine, logiche di accorpamento o riconversione in strutture territoriali, riducendo quindi anche i costi fissi e concentrando le dotazioni tecnologiche.

Per quanto riguarda i grandi ospedali, invece, le problematiche sono differenti. Innanzitutto, è da notare la vetustà dei fabbricati - l'indice di obsolescenza nel 2017 è dell'83% (fonte: Cergas, Rapporto OASI 2019, cap. 13) - ma ad essere obsoleti sono i modelli logistici, che comportano elevati costi di manutenzione e gestione. Si pensi soltanto alle duplicazioni delle strutture laboratoriali in alcuni grandi poli ospedalieri o ai costi di trasporto all'interno dell'ospedale per strutture estese su molti padiglioni. Nel frattempo, sono cambiati i volumi e i mix produttivi, con i PL che hanno progressivamente perso la loro centralità produttiva, determinata da altre variabili (criteri di ingresso, case mix, volumi di attività ambulatoriale, ecc.). Inoltre, a fronte di un allineamento sulla soglia di 3 PL ogni 1000 abitanti per acuti, permane una certa divergenza sulla soglia di 0,7 PL per non acuti. Infine, la concentrazione in strutture *hub* ha avuto velocità diverse, con il Sud Italia che ancora manca di un numero sufficiente di grandi ospedali.



Fonte: Rapporto OASI, 2019

Risulta infine necessario per il SSN nel suo complesso produrre un sistema di conoscenza che classifichi a livello nazionale i centri di cure primarie secondo diverse variabili: la gamma dei servizi offerti, le tecnologie disponibili nei centri, gli orari di apertura al pubblico, etc. In questo modo, sarà possibile conoscerne l'entità, la distribuzione sul territorio e conseguentemente calcolarne il tasso di copertura rispetto al bisogno espresso dalla popolazione di riferimento.

L'ultima proposta a tema territorio riguarda le **strutture intermedie**, che ad oggi nel nostro SSN soffrono di una duplice criticità: l'offerta presenta un grado di elevatissima eterogeneità tra i contesti regionali e le vocazioni delle diverse tipologie di strutture (Ospedali di comunità, riabilitazione, lungodegenza, RSA, hospice, etc.) spesso non possiedono confini definiti, ma anzi rischiano di sovrapporsi. Mancano una reale integrazione con gli altri setting assistenziali e un sistema di incentivi efficiente che spinga specialisti e MMG a collaborare con queste strutture. Nel PNRR viene dedicata una linea di intervento *ad hoc* agli Ospedali di Comunità, prevedendo di costruirne 381 entro il 2026. Fondamentale secondo noi risulta non tanto l'ampliamento tout court della rete di offerta, quanto definire bene la vocazione degli OSCO come setting alternativi all'ospedalizzazione, in particolare per anziani fragili. In secondo luogo, bisogna favorire una reale convergenza della dotazione di strutture intermedie tra i contesti regionali, incentivando il riequilibrio territoriale, definendo al contempo standard infrastrutturali e di organico e misure di esito che valutino la performance e gli outcome di salute. Le strutture intermedie risultano efficaci se ben interpretano il loro ruolo di "ponte" tra il domicilio e l'ospedale, pertanto devono essere poste in rete con gli altri setting assistenziali, affinché l'integrazione nella filiera dei servizi di assistenza sia effettiva. Risulta infine fondamentale dotare queste strutture delle adeguate strumentazioni in ambito digitale, stabilendo inoltre la disponibilità di teleconsulto e telemonitoraggio come criterio di accreditamento, in modo da incentivarne la presenza e l'utilizzo. È importante infine notare come queste strutture siano il setting ottimale per attivare programmi di *skill-mix:* la responsabilità manageriale e di gestione in particolare dell'equipe infermieristica è infatti un elemento da coltivare ed incentivare per una maggiore efficacia dell'attività di assistenza.

Skill mix

La formazione e la creazione di competenze può avere un ruolo centrale nell'accompagnamento verso il cambiamento di skill mix tra medici e professionisti sanitari che si rende necessario considerando i nuovi bisogni assistenziali, evidenziati dai trend demografici ed epidemiologici, bisogni che possono essere soddisfatti da professionisti sanitari e case manager. In particolare, riteniamo sia opportuno accompagnare questo processo attraverso le seguenti attività:

- ripensare un cambio di ruoli nella presa in carico dei pazienti che valorizzi sia i medici sia le professioni sanitarie.
- favorire il cambio di competenze: i nuovi ruoli assegnati devono essere accompagnati da processi formativi che preparino medici e professioni sanitarie ai ruoli ad essi assegnati.
- ridisegnare i processi di erogazione dei servizi sanitari, tenendo conto del progresso tecnologico, della multicanalità dei percorsi nonché dei nuovi ruoli e competenze assegnate e medici e infermieri.