3.9. Analisi critica di alcuni obiettivi del PNRR per la medicina territoriale

Giuseppe Belleri, | 23 novembre 2021

Il capitolo finale del Dossier di accompagnamento del PNRR a Bruxelles affronta le problematiche finanziarie che comprendono due sezioni: i costi per strutture e personale e i risparmi di spesa aggiuntivi rispetto al finanziamento comunitario. Questi ultimi prevedono:

- la riduzione dei ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza per diabete, BPCO ed ipertensione arteriosa e della spesa farmaceutica per tre classi di farmaci;
- il contenimento degli accessi impropri al PS.

Si tratta di ingenti risparmi che destano alcune perplessità per quanto riguarda la spesa farmaceutica, i ricoveri e gli accessi impropri in PS. Vediamo in dettaglio quest'ultimo capitolo.

La riduzione degli accessi in PS

La quantificazione dei risparmi previsti nelle schede di programma appare ottimistica. Le Case della Comunità o CdC potranno contribuire al contenimento dell'utilizzo inappropriato del PS ma difficilmente nella misura che ipotizza il dossier inviato a Bruxelles, vale a dire una riduzione dei codici bianchi e verdi rispettivamente del 90% e 60%, con un risparmio di risorse destinato a finanziare le CdC. Queste percentuali, rapportate al numero annuale di accessi ai PS, comporterebbero un calo complessivo di quasi il 60%, cifra poco realistica e di difficile concretizzazione nel breve-medio periodo.

Alla genesi del sovraffollamento del PS concorrono diverse concause, da una domanda di prestazioni che non trova sbocchi in tempi ragionevoli ad un clima sociale di allarmismo, da un'offerta illimitata di prestazioni in PS al dislivello tecnologico tra territorio ed ospedale; infine gioca un ruolo chiave il cosiddetto boarding, dovuto alla carenza di posti letto che, da un lato, obbliga ad un rigida selezione per l'ammissione al ricovero con lunghe permanenze nelle sale per accertamenti clinici e, dall'altro, a trattenere pazienti meritevoli del ricovero in attesa della disponibilità di un letto in corsia.

Non è detto che la diffusione delle CdC sul territorio possa di per sé condurre ad un consistente abbattimento degli accessi in PS, come ipotizza il PNRR sulla base delle statistiche sui contatti inappropriati. Difficilmente lo standard di 1 CdC ogni 37-47mila abitanti potrà ridurre in maniera consistente codici bianchi e verdi senza una diversificazione delle strutture in base alle caratteristiche geodemografiche del territorio, senza un'adeguata organizzazione a rete e senza un radicamento sociale delle CdC tra la popolazione locale.

Il punto di riferimento per valutare le potenzialità delle future CdC resta l'esperienza decennale della Case della salute emiliano romagnole che vantano la più fitta e diversificata rete territoriale secondo il modello *hub&spoke*. A questo proposito sono stati pubblicati nel 2020 i dati di una ricerca sull'impatto della Case emiliane, che ha documentato una riduzione significativa degli accessi al PS (-16,1%), più consistente tra i pazienti assistiti da MMG che svolgono la loro attività parzialmente o completamente all'interno della struttura (-25,7%) mentre l'effetto è stato minore sui ricoveri per diabete, scompenso cardiaco, BPCO, polmonite batterica (-2,4%). Sulla base di questi dati, che riguardano un'area di consolidata tradizione dell'assistenza primaria associata ad investimenti decennali, è possibile ipotizzare a regime una riduzione media del 20% degli accessi impropri, vale a dire poco più di 1/3 di quanto previsto dal PNRR.

Le norme attuative del PNRR sia a livello nazionale (la definizione degli standard strutturali, organizzativi e tecnologici e per la medicina convenzionata) che regionale (gli accorsi regionali per l'assistenza primaria) dovranno prevedere adeguati incentivi

per la partecipazione dei medici alle CdC, condizione per una consistente riduzione degli accessi impropri in P.S.

Assistenza domiciliare

L'Assistenza Domiciliare è un servizio a valenza distrettuale finalizzato all'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza.
- 10% della popolazione over 65 da prendere in carico progressivamente.

Negli standard organizzativi per l'assistenza territoriale la casa come primo luogo di cura viene individuata quale setting privilegiato dell'assistenza territoriale. Le cure domiciliari saranno in grado di garantire interventi a diverso livello di intensità e complessità assistenziale nell'ambito di specifici percorsi di cura personalizzati.

Attualmente l'assistenza domiciliare consiste in due tipologie: l'Assistenza Domiciliare Programmata o ADP con periodi periodici accessi del MMG (da 1 a 4 mensili) e l'Assistenza Domiciliare Integrata o ADI che vede oltre al MMG la presenza di altri professionisti sanitari, per controlli periodici di parametri clinici, aderenza ed educazione terapeutica, medicazioni/prelievi, rieducazione funzionale o cognitiva etc. mentre sono minoritari coloro che usufruiranno della telemedicina. L'ADI prevede frequenti accessi domiciliare, anche plurisettimanali, del MMG e di altro operatore, in genere infermiere, fisioterapista, specialista palliativista etc. per bisogni clinico-sanitari complessi come la condizione di terminalità. Il rapporto tra pazienti di ADI e ADP è di 1 a 4 circa, nel senso che la stragrande maggioranza dei pazienti polipatologici, fragili, più o meno autosufficienti è seguito da una badante e/o con il supporto della famiglia e non ha bisogno di altri interventi sanitari, se non di sporadica assistenza infermieristica e/o del MMG (1-2 accessi al mese).

Questa fetta di popolazione anziana ha soprattutto esigenze socioassistenziali per il soddisfacimento dei bisogni primari, ovvero della presenza di badante e/o di supporto ai care giver familiari. Quasi tutti necessitano di assistenza ad personam nelle 24 ore, che non può essere garantita dalla migliore tecnologia, poco attinente ai bisogni di una fetta di popolazione (2-3% circa) composta da persone spesso socialmente isolate e/o in precarie condizioni economiche.

L'assistenza sociosanitaria significa prima di tutto accudimento, compagnia per le persone sole, soddisfacimento di bisogni essenziali, relazione di cura, stimolazione cognitiva etc. A questo proposito nel documento sull'attuazione del PNRR prodotto da un gruppo di economisti sanitari si propone "l'istituzionalizzazione dell'assistenza erogata dalle badanti (e dai *caregiver*), prevedendo una adeguata e qualificata formazione e l'istituzione di una specifica procedura di accreditamento" per incentivarne la professionalizzazione e l'inserimento in cooperative o società di servizi. Nel PNRR mancano riferimenti alla parte socioassistenziali, essenziale per i cronici e per sostenere la famiglia, come ad esempio un programma per la non autosufficienza e non sarà la telemedicina a vicariare i bisogni relazionali e di supporto ad personam.

Rispetto alla prima versione del Piano vi è stato un significativo spostamento di risorse dalle CdC all'assistenza domiciliare che spiega il dimezzamento delle strutture fisiche, passate da 2564 a 1350, con il raddoppio del bacino di utenti. Assieme alle CdC i COT previsti ogni 100mila abitanti costituiscono un distanziamento rispetto alla dimensione di prossimità, spesso evocata e promossa a parole ma meno nei fatti.

La dimensione virtuale del COT non può sostituire in toto quella dell'incontro e dello scambio di informazioni ed esperienza in presenza all'interno delle CdC. Ne è una dimostrazione l'esperienza delle Case della Salute emiliano-romagnole grazie alle quali è stata registrata una significativa riduzione delle ospedalizzazioni (+9,5%) "perché nei territori serviti dalle Case della comunità si è intensificata nel tempo (+5,5%) l'assistenza domiciliare al paziente, sia infermieristica che medica" (AGENAS, *Monitor* 45/2021, p. 24). A riprova che la CdC è un volano per tutte le forme di assistenza extra-ospedaliera, a patto che abbia uno stretto legame con il proprio territorio ed un efficace coordinamento con le amministrazioni locali.

Case della Comunità, professionisti e Cronicità

Il trait d'union che connette la dimensione nazionale del PNRR con quella locale è la gestione della cronicità. La letteratura internazionale dimostra che "il setting assistenziale migliore per assistere pazienti cronici, disabili e anziani è quello delle cure

primarie e di prossimità in grado di rispondere ai bisogni di salute del paziente al proprio domicilio o nella comunità di riferimento, anche attraverso interventi di educazione, promozione e prevenzione alla salute" in quanto i "sistemi sanitari con all'interno "forti" sistemi di cure primarie sono associati a migliori outcome di salute della popolazione" (Agenas 2021, p.10).

I finanziamenti del PNRR sono rivolti prioritariamente al miglioramento della gestione alla cronicità, tanto che il riferimento a questi compiti compare in numerosi passaggi del dossier inviato a Bruxelles, come quando si afferma che l'investimento nelle CdC "è destinato a tutta la popolazione italiana, in particolare a quei 23 milioni di persone che hanno una condizione di cronicità".

Nelle schede di accompagnamento del PNR a proposito delle CdC vengono segnalati numerosi rischi per il buon esito dell'investimento:

- la mancata definizione di strutture, tecnologiche e norme organizzative per l'assistenza territoriale;
- normativa nazionale ambigua in materia di assistenza primaria, con conseguente attuazione ineguale a livello regionale;
- scarsa capacità di coordinare i professionisti, soprattutto attraverso accordi contrattuali, e di coinvolgere i vari stakeholder;
- insufficiente numero e competenza dei professionisti dedicati all'assistenza.

Le criticità delle Case della Comunità (CdC) sono due: da un lato lo standard previsto di 1350 strutture, ovvero 1 ogni 37mila abitanti per il mezzogiorno e ogni 47mila per il centro nord. Dall'altro la questione del personale, in primo luogo per la carenza di professionisti delle cure primarie e, in secondo luogo, per la necessità di trasferimento nelle strutture i medici che attualmente operano in studi privati o in gruppo.

Sebbene non compaia nell'elenco dei rischi tra le righe si legge una preoccupazione: come convincere i professionisti ed i pazienti cronici ad accedere alle CdC? Per evitare il fallimento delle CdC dovranno essere previsti specifici meccanismi per favorire lo spostamento dei MMG e dei loro assistiti nelle strutture, in certi casi lontane dai luoghi di residenza. L'applicazione di una politica pubblica deve mettere in conto il ruolo dei processi decisionali, delle valutazioni personali e la resistenza al cambiamento sia degli attuatori sia dei beneficiari. Purtroppo non sempre i *policy maker* considerano l'importanza delle variabili cognitivo-comportamentali come sottolinea Viale: «Si scrivono leggi e regolamenti sulla base di un'assenza di conoscenza di quelle che possono essere le reazioni della popolazione» (Viale, 2018, p. 37), in quanto i decisori non sono «consapevoli dei limiti del giudizio nell'analizzare i dati, nel fare previsioni e valutazioni» e conseguentemente decisioni « sono spesso già viziate dagli errori di giudizio e producono risultati catastrofici» (*ibidem*, p. 37).

Ad esempio l'esito della riforma lombarda della Presa in Carico della cronicità è stata condizionata dall'attivazione di due bias sinergici: quello dello status e quello della familiarità, cha hanno frenato l'adesione dei cronici lombardi e potrebbe accadere altrettanto con le CdC del PNRR. Lo standard di una Casa ogni 37-47mila abitanti renderebbe problematico concentrare in una stessa sede i professionisti operanti in piccoli comuni distribuiti su un vasto territorio, lontani anche decine di chilometri dalla CdC. Sarebbe altrettanto problematico per i cittadini affetti da patologie croniche gravitare su una casa che non si può definire di prossimità, specie gli abitanti in zone disagiate, alpine ed appenniniche spopolate.

In base a quale teoria del cambiamento e a quali incentivi si può ragionevolmente ritenere che la maggioranza dei MMG e dei pazienti cronici accetterà di abbandonare la rete degli studi medici per concentrarsi in un'unica struttura? In questa cornice logistica per le CdC in assenza di un frame organizzativo adeguato il rischio di fallimento è reale, come dimostrano le vicissitudini della riforma Lombardia. Come ha osservato il direttore del *Quotidiano Sanità*: "è inevitabile una nuova convenzione con i medici di famiglia che gioco forza si dovrà trovare il modo di far aderire in massa al progetto se si vuole evitare il fallimento del piano".

Bibliografia

- AAVV, *Proposte per l'attuazione del PNRR in sanità: governance, riparto, fattori abilitanti e linee realizzative delle missioni;* consultabile qui.
- Agenas, *Piano nazionale di ripresa e resilienza – Missione Salute Monitor*, N. 45/2021; consultabile qui.
- Agenas, *Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale;* consultabile qui.
- Anonimo, *Così le Regioni riformeranno la medicina generale: stop alle convenzioni* (22 settembre 2021); consultabile qui.
- *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza;* consultabile qui.
- Viale R. *Oltre il nudge*, Bologna, Il Mulino, 2018.