

Quali prospettive per una ripartenza del sistema salute nel nostro Paese

di Ilaria Corazza, Adriano Sacco

20-12-2021

Questo contributo fa parte della sezione "Il PNRR in dettaglio visto dalla Next Generation" del numero 2/2021 di Pandora Rivista "Next Generation EU. Leggere il PNRR" - nata da una collaborazione con l'esperienza di "Next Generation Research", un gruppo di giovani ricercatori e ricercatrici di diverse discipline della Scuola Superiore Sant'Anna e di altre Università. Per maggiori dettagli è possibile leggere l'introduzione a questa sezione, a cura di Francesca Coli e Alessandro Mario Amoroso, che presenta anche l'indice di tutti i 18 contributi di "Next Generation Research". Per ricevere il numero, e le altre riviste cartacee uscite, è possibile abbonarsi a Pandora Rivista per il 2021. Tutte le indicazioni si trovano a questo link.

Nonostante sia stato messo a dura prova dalla pandemia di Covid-19, il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è riuscito in qualche modo a reggere l'urto; tuttavia, per il futuro servono idee e azioni concrete per affrontare le criticità esistenti e i punti di carenza che si sono palesati dallo scoppio dell'emergenza sanitaria. È ancora presto per fare un bilancio delle conseguenze che porterà la situazione pandemica, ma il SSN ha bisogno di nuove risorse per far fronte alle esigenze di salute derivanti da un contesto demografico ed epidemiologico in continua evoluzione. Il presente contributo riporta in sintesi le principali strategie e misure previste dalla Missione 6 (M6) del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) per la riqualificazione del sistema sanitario pubblico, volte a garantire un'assistenza sanitaria di elevata qualità, anche in risposta alle sfide sollevate dalla diffusione del Covid-19. Più in particolare l'articolo, nel primo paragrafo, offre una panoramica sulla struttura della M6 del PNRR, seguita da due paragrafi dedicati all'approfondimento delle due componenti sulle quali fa leva la missione. Nelle conclusioni, gli autori esprimono le proprie considerazioni in merito alle misure proposte nel documento.

La Missione 6 Salute: considerazioni preliminari

Il PNRR nella M6 Salute individua un corposo piano di investimenti destinato all'ammodernamento e allo sviluppo di nuove strategie destinate al miglioramento progressivo dell'offerta di salute pubblica, per un ammontare pari a 15,63 miliardi di euro, ossia l'8,16% dei 191,5 miliardi previsti dal Piano. Più in particolare, le due componenti in cui viene divisa la missione sono «Assistenza di prossimità e telemedicina» (M6C1) e «Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale» (M6C2). In linea generale, vengono illustrati gli obiettivi di investimento finalizzati a potenziare l'assistenza territoriale su scala nazionale mediante progetti di delocalizzazione dell'assistenza sanitaria, già presenti in svariati contesti regionali. Si punta a un modello di assistenza che mette al centro il paziente, specialmente attraverso l'assistenza di prossimità. Auspicabilmente la telemedicina aiuterà, anche sulla scia della pandemia da Covid-19, a garantire l'assistenza ai pazienti riducendo gli accessi nelle strutture sanitarie. La telemedicina è uno strumento atto a semplificare l'assistenza a distanza tramite strumenti innovativi di e-health, ovvero tecnologie che sfruttano Internet per connettersi a distanza e monitorare i pazienti. Delocalizzare l'assistenza sanitaria comporta l'ambizioso e annoso obiettivo di implementare l'assistenza territoriale anche con

l'ausilio della telemedicina. Il medesimo proposito si estende anche agli investimenti previsti in digitalizzazione, innovazione e ricerca, da intendersi come chiave di volta per rimodernare il SSN. Il PNRR è quindi chiamato a dar seguito a un'opportunità di cambiamento di grande rilievo, ma dovrà superare quei limiti che finora hanno frenato gli investimenti, approfittando della situazione di eccezionalità del momento storico che stiamo vivendo. Le tecnologie rivestiranno un ruolo molto importante in tale processo. Da un lato, infatti, potranno contribuire fattivamente all'adeguamento e all'ammodernamento delle strutture; dall'altro, permetteranno di mettere a disposizione dell'amministrazione centrale e delle Regioni strumenti per una programmazione dell'utilizzo delle risorse attenta alle effettive esigenze dell'assistenza, e capace di evitare duplicazioni nell'offerta e inefficienze organizzative. Questo non potrà esimersi dal focalizzare l'attenzione sul tema delle risorse da destinare al settore salute. La crisi pandemica e il conseguente aumento del debito pubblico hanno aggravato difficoltà che erano già rilevanti e che, in prospettiva, diventano più acute per il crescente squilibrio demografico. Si è, tuttavia, anche evidenziata l'esigenza di aumentare strutturalmente alcune componenti della spesa sanitaria, sia corrente, sia in conto capitale. Ciò porta a riprendere il confronto su temi di rilievo, come l'assistenza, la domiciliarizzazione e le cure intermedie, parte integrante del ridisegno dell'assistenza territoriale e domiciliare che dovrebbe prendere corpo con l'attuazione del PNRR. Cosa prevedono dunque le due componenti della missione salute e quali sono le prospettive di investimento riguardo il futuro del sistema sanitario pubblico?

Assistenza di prossimità e telemedicina

Prima dell'epidemia di Covid-19, la telemedicina e tutto ciò che ruotava intorno a tale argomento non erano mai stati considerati elementi che potessero avere un potenziale impatto sul SSN, salvo alcune esperienze regionali nel Centro-Nord Italia. Inoltre, fino a oggi, la telemedicina è stata applicata in modo frammentario e non del tutto coerente in tutte le Regioni. In realtà, i potenziali benefici di teleconsulto, televisita e telemonitoraggio erano già noti e confermati da diversi studi dei principali centri di ricerca di sanità pubblica, ma è soprattutto durante la pandemia che è emersa ancora di più l'importanza della telemedicina, dei suoi benefici e dei suoi potenziali risparmi. Il primo tentativo di regolazione è avvenuto con la Conferenza Stato Regioni del 2014, che ha costituito una solida base per la strutturazione di Linee Guida in parte già efficacemente sperimentate in alcune Regioni. Tuttavia, ad oggi manca ancora un progetto unitario[1]. Uno degli aspetti più importanti da considerare è la cooperazione fra professionisti sanitari, pazienti e medici di medicina generale (MMG), che durante tutta la fase pandemica sono stati i principali interlocutori e l'anello di congiunzione tra ospedale e territorio.

Sono stati molti i progetti pilota che in passato hanno dimostrato l'efficacia della Telemedicina, ma in particolare negli ultimi mesi si è assistito a un rapido sviluppo degli strumenti di e-health soprattutto nell'ambito dell'assistenza ai pazienti potenzialmente infetti e a quelli dimessi che avevano bisogno di cure al di fuori della sede ospedaliera. Questo percorso ha permesso, e permette oggi al MMG, di confrontare la storia clinica del paziente con i fattori di rischio legati al Covid-19 e, al di là del contesto pandemico, di prendersi carico delle patologie croniche[2]. In particolare, nell'ambito dell'e-health è stato sperimentato con successo il teleconsulto, strumento che il medico utilizza per associare la cartella clinica a un questionario, unendo le informazioni per ottenere un quadro completo del paziente. Nel secondo caso, ovvero l'assistenza di prossimità, che riguarda il paziente domiciliare, la tecnica del telemonitoraggio già sperimentata nel 2020 si è rivelata molto efficace. Al paziente vengono forniti dei dispositivi medici di semplice utilizzo che servono a rilevare i parametri e a trasmetterli alle unità mediche. Questa metodologia costituisce la sorveglianza del paziente a distanza e consente di valutare nel tempo eventuali cambiamenti nel quadro sintomatologico, intervenendo con il ricovero solo ove necessario. Analizzare tali metodiche e i vantaggi ad esse

connessi, permette di investire sull'informatizzazione e su un più diffuso utilizzo delle tecnologie in ambito sanitario, partendo dalla concretezza dei risultati. Un Sistema Sanitario sofferente per la grave situazione sanitaria che il Paese sta affrontando potrebbe trovare un grande vantaggio nella telemedicina che diventa così un ponte tra ospedale e territorio: meno accessi al pronto soccorso e gestione dei pazienti non gravi a livello domiciliare fin dalla prima manifestazione dei sintomi[3].

Nell'ottica dello sviluppo della telemedicina a livello regionale, le priorità sono aumentare le possibilità di assistenza a domicilio per le persone affette da Covid-19 e, allo stesso tempo, accogliere l'esigenza di cura e di assistenza domiciliare per quelle persone che ne presentino la necessità per altre condizioni patologiche o di fragilità. Le prestazioni a distanza vanno fornite, ove possibile, attraverso le tecnologie digitali, che offrono migliori opportunità dal punto di vista operativo rispetto alle tecnologie tradizionali utilizzate fino a questo momento che non offrono invece servizi di telemedicina (ad esempio chiamata telefonica). A trarne vantaggio saranno soprattutto coloro che necessitano di assistenza in località distanti dalle strutture sanitarie di riferimento (ad esempio i piccoli comuni), dove la prossimità territoriale viene meno.

Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale

La Componente 2 della M6 del PNRR, denominata «Innovazione, Ricerca e Digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale», prevede in termini di obiettivi generali il perseguimento di un sistema sanitario pubblico che valorizzi gli investimenti, rafforzi la ricerca scientifica sia in ambito biomedico che sanitario, e garantisca la qualità dell'assistenza sanitaria attraverso una massiccia infrastrutturazione tecnologica e digitale del SSN, sia a livello centrale che regionale. Ricerca e innovazione, in quanto tematiche centrali trattate nella M6C2, sono attività altamente strategiche per il rilancio e la sostenibilità futura del sistema salute nel nostro Paese[4], e più in generale per la ripresa di quest'ultimo in termini economici[5].

All'atto pratico, la volontà di perseguire con successo gli obiettivi sopra menzionati si staglia sullo sfondo della proposta di due misure (o ambiti di intervento). Il primo pilastro consiste, come previsto dal Piano, nell'aggiornamento tecnologico e digitale delle strutture e infrastrutture del SSN; il secondo rimanda invece a proposte di potenziamento nei campi della formazione, della ricerca scientifica e del trasferimento tecnologico. Più in particolare, la prima delle due misure troverà attuazione attraverso una riforma volta alla riorganizzazione della rete degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS). Gli IRCCS, attualmente 51 di cui 21 pubblici e 30 privati, sono ospedali che svolgono attività di ricerca clinica e traslazionale in ambito biomedico e gestionale, e erogano servizi di ricovero e cura di alta specialità. Grazie al riconoscimento del carattere scientifico, gli IRCCS godono in particolare del diritto alla fruizione di un finanziamento statale aggiuntivo rispetto a quello regionale, che è finalizzato allo svolgimento dell'attività di ricerca sugli ambiti assegnati e riconosciuti[6]. Tale riforma, che troverà attuazione con decreto legislativo entro la fine del 2022, mira a sviluppare le potenzialità della rete degli IRCCS, al fine di aumentare la qualità della ricerca sanitaria in un'ottica traslazionale. Tuttavia, relativamente a questa riforma, un potenziale rischio riguarda i criteri che saranno attuati per la ripartizione delle risorse fra gli IRCCS, in particolare per quanto concerne il possibile inasprimento del divario tra Nord e Sud.

Queste due misure si articolano nei seguenti investimenti. Nel primo caso «Aggiornamento tecnologico e digitale» (7,36 miliardi), troviamo l'ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (4,05 miliardi), la riqualificazione delle strutture ospedaliere in area sismica (1,64 miliardi), e il rafforzamento del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) (1,67 miliardi). Focalizzandosi più in particolare sugli specifici investimenti, è importante prendere nota della rilevanza strategica dell'investimento 1.3 che punta 1) al potenziamento del FSE (1,38 miliardi), attraverso processi e meccanismi di integrazione a livello macro e di supporto a livello meso e micro, nonché 2) al rafforzamento del NSIS (0,29 miliardi),

mediante il potenziamento dell'infrastruttura centrale (0,09 miliardi), la reingegnerizzazione del NSIS a livello locale (0,10 miliardi), la costruzione di uno strumento di simulazione e predizione di scenari (0,08 miliardi) e l'implementazione di una piattaforma per la telemedicina (0,02 miliardi). Altrettanto cruciale all'interno del Piano è l'investimento 2.1, che prevede il potenziamento del sistema della ricerca biomedica in Italia, mediante il ricorso a tre tipi di intervento previsti per rafforzare la capacità di risposta dei centri di eccellenza nel settore delle patologie rare e, al contempo, favorire il trasferimento tecnologico tra ricerca e imprese, ovvero il finanziamento di progetti Proof of Concept PoC (0,1 miliardi), di programmi di ricerca nel campo delle malattie o dei tumori rari (0,1 miliardi), e su malattie altamente invalidanti (0,32 miliardi). Nel secondo caso «Formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico» (1,26 miliardi), si mira invece al potenziamento della ricerca nell'ambito delle malattie e dei tumori rari nonché al rafforzamento dei progetti di trasferimento tecnologico dai centri di ricerca alle imprese (0,52 miliardi), e a incentivare la formazione delle risorse umane nel sistema attraverso il bando di borse per la medicina generale e specialistica, e l'organizzazione di corsi di formazione per personale sanitario e non (0,74 miliardi)[7]. Inoltre, in aggiunta a queste risorse è fondamentale menzionare i fondi che provengono dal Piano complementare al PNRR, che prevede lo stanziamento di 2,39 miliardi in totale come investimenti complementari alla strategia della M6C2.

Conclusioni

Il PNRR ha sollevato grande interesse da parte della comunità scientifica, seguito dall'analisi critica delle proposte e dall'individuazione di possibili spunti di miglioramento. Il 28 maggio 2021, sulla scia dell'entusiasmo per la pubblicazione della versione ufficiale e definitiva del piano, «un gruppo di studiosi di economia, management e politiche sanitarie» provenienti da sei diverse istituzioni universitarie affermate nel panorama accademico italiano e internazionale hanno presentato un insieme di proposte per l'attuazione del PNRR in sanità[8]. Sullo sfondo di considerazioni preliminari di estrema rilevanza, quali «il problema della governance per l'attuazione del PNRR», l'ipotesi di «una modalità di riparto dei fondi fra le Regioni» e l'importanza del ruolo rivestito dalle attività di monitoraggio e valutazione, gli autori delineano tre Fattori abilitanti e a seguire dieci Aree di intervento. Nonostante ampia parte del contributo sia riservata alla rielaborazione delle proposte che caratterizzano la Componente 1 della Missione Salute, grande importanza è riservata ai temi cruciali dell'ammodernamento tecnologico e digitale, così come della ricerca e della formazione in ambito sanitario.

Un aspetto particolarmente significativo che emerge da questo documento è quello dell'identificazione dei concetti di digitalizzazione, ricerca e formazione come fattori abilitanti per implementare con successo le misure contenute nella M6C2 del PNRR. Più in particolare, in seno alle ultime due aree di intervento individuate nel documento, ossia la 9 «Ammodernare il parco tecnologico» e la 10 «Cambiare lo skill-mix tra medici e professioni sanitarie», si profilano diverse proposte. Nel primo caso, viene fatto riferimento a realizzare un piano di investimenti efficace che sia basato su processi rigorosi di Health Technology Assessment (HTA), quindi coinvolgere su base regolare i vari stakeholder del sistema nella programmazione e sviluppare progressivamente competenze tecniche e professionali sempre più solide nel campo dell'HTA[9]. Nel secondo, invece, emergono la necessità di ripensare alle competenze necessarie e al cambio di ruoli delle professioni sanitarie, «per rispondere ai trend demografici ed epidemiologici che hanno evidenziato nuovi bisogni», e la possibilità di creare nuovi profili professionali anche attraverso il disegno e lo sviluppo di percorsi formativi ad hoc[10].

Altri contributi, invece, hanno evidenziato l'orientamento di carattere manageriale delle proposte avanzate nel documento, a discapito di un approccio più focalizzato su questioni di politica sanitaria, quali la possibile riforma del SSN e il ricorso ad eventuali provvedimenti normativi e contrattuali.

Secondo Marco Geddes, inoltre, il documento mancherebbe di approfondire alcuni quesiti cruciali nell'ambito della formazione e della ricerca, quali la carenza di personale, il mancato riferimento a incrementare il livello medio dei ricercatori e dei centri di ricerca indipendentemente dalla proposta di finanziamento dei centri di eccellenza, il riferimento pressoché assente nel Piano al coinvolgimento dell'Università nel perseguimento degli obiettivi, e la vaghezza delle indicazioni nella ridefinizione dei ruoli dei MMG alla luce delle proposte di riqualificazione dell'offerta sanitaria[11]. Per altri autori, i fondi stanziati nel Piano per la sanità sembrerebbero addirittura insufficienti nel lungo periodo[12]. In generale, il documento offre spunti di riflessione e riporta proposte di elevato interesse per il sistema pubblico, ma soltanto il futuro potrà rivelare le modalità concrete tramite le quali le misure e le strategie proposte saranno attuate negli anni a venire.

Il Piano è molto ambizioso; pertanto, la sua corretta attuazione richiederà una rigorosa programmazione delle attività per il conseguimento degli obiettivi attesi nei tempi previsti, che sarebbe auspicabile in un'ottica di sostentamento futuro del sistema sanitario. Se gli investimenti menzionati nel documento saranno finalizzati al miglioramento del SSN e l'allocazione delle risorse sarà efficace, ci saranno nel futuro notevoli esternalità positive per le future generazioni che vivranno un sistema sanitario pubblico più innovativo ed efficiente rispetto a come lo viviamo attualmente. Un altro aspetto di fondamentale importanza è quello relativo al tentativo di livellare le disuguaglianze attualmente in essere tra i diversi sistemi sanitari regionali, che vanno a discapito dei pazienti in qualità di utenti diretti dei servizi socio-sanitari e più in generale di tutti i cittadini italiani. Per concludere, in generale, è auspicabile in questa fase di incertezza tendere al concetto di rimodernare il SSN, che è realizzabile seppure con difficoltà grazie a fattori abilitanti quali innovazione e ricerca.

[1] Innovazione e-Salute. Vol. 0: Covid19 e telemedicina. Progetti per la riorganizzazione dell'assistenza territoriale, Edizioni d'arte Kalós, Milano 2020.

[2] Motore Sanità, Malattie croniche: teleconsulto, telemedicina e tele-monitoraggio, le best practice delle Regioni al tempo del Covid-19, 24 novembre 2020.

[3] Ministero della Salute, Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni di telemedicina, versione 4.4, Roma 2020.

[4] M. Beltrametti, L. Boaretto, A. Di Pietro, A. Goldstein, e S. Scarpetta, L'innovazione come chiave per rendere l'Italia più competitiva, Aspen Institute Italia, 2012; (http://www.scienzainrete.it/files/Innovazione_it.pdf).

[5] World Bank, The COVID-19 Crisis Response: Supporting Tertiary Education for Continuity, Adaptation, and Innovation, World Bank Policy Note, Washington DC 2020. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/34571>

[6] Ministero della Salute, Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico - IRCCS, Roma 2021.

[7] Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, M6C2: INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE, Roma 2021, pp. 228-234; (<https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf>).

[8] E. Anessi Pessina et al., Proposte per l'attuazione del PNRR in sanità, Salute Internazionale, 10 giugno 2021; (<https://www.saluteinternazionale.info/2021/06/proposte-per-lattuazione-del-pnrr-in-sanita/>).

[9] M. Vainieri, Y. Sacco e F. Ferrè, A framework for assessing priority in health investments needed in Italy under the programming period 2021/2027 of the Cohesion Policy, 21 agosto 2020; (https://www.santannapisa.it/sites/default/files/framework_thematicreports.pdf).

[10] E. Anessi Pessina et al., Proposte per l'attuazione del PNRR in sanità, Salute Internazionale, 10

-
- giugno 2021;
(<https://www.saluteinternazionale.info/2021/06/proposte-per-lattuazione-del-pnrr-in-sanita/>).
- [11] M. Geddes, PNRR in sanità. La parola al management, *Salute Internazionale*, 16 giugno 2021;
(<https://www.saluteinternazionale.info/2021/06/pnrr-in-sanita-la-parola-al-management/>).
- [12] F. Pesaresi, I finanziamenti per la Missione Salute del PNRR. Opportunità e rischi, *I luoghi della cura*, 1 giugno 2021;
(<https://www.luoghicura.it/sistema/programmazione-e-governance/2021/06/i-finanziamenti-per-la-missione-salute-del-pnrr-opportunita-e-rischi/>).