

Pnrr: assistenza ai cronici e ai non autosufficienti, rischi e limiti

Gli stanziamenti previsti dal Pnrr sembrano suggerire che la tecnologia possa contribuire in modo significativo alla cura delle persone con polipatologie croniche e non autosufficienza. Ma, probabilmente, il presumibile declino della pandemia riporterà in primo piano il tradizionale contatto medico-paziente domiciliare che ha un valore aggiunto sul piano relazionale, clinico e psicologico analogo alla differenza qualitativa tra DAD e didattica in presenza

Per quanto riguarda l'assistenza domiciliare e la telemedicina gli stanziamenti previsti dal Pnrr sembrano suggerire che la tecnologia possa contribuire in modo significativo alla cura delle persone con polipatologie croniche e non auto-sufficienza. Più che un generico intervento di assistenza domiciliare servirebbe un piano specifico di sostegno alla non autosufficienza come esplicitamente richiesto da più parti. Per l'assistenza domiciliare bastano periodici accessi del medico di medicina generale (Mmg) in ADP e un'ADI prevalentemente infermieristica, per controlli periodici di parametri clinici, aderenza ed educazione terapeutica, medicazioni/prelievi etc. mentre saranno pochi coloro che usufruiranno di una telemedicina di non agevole utilizzo. In realtà questa fetta di popolazione anziana ha soprattutto bisogno di assistenza sociale, di interventi *ad personam* per l'accudimento e il soddisfacimento dei bisogni primari della vita, ovvero di badanti e supporto ai *caregiver* familiari. Il rapporto tra pazienti di ADI e ADP è di 1 a 9 circa, nel senso che la stragrande maggioranza dei pazienti polipatologici, fragili, più o meno autosufficienti, è seguito dalla ba-

dante e/o con il supporto della famiglia e non ha bisogno di altri interventi sanitari, se di sporadica assistenza infermieristica e/o del Mmg (1-2 accessi al mese). Quasi tutti necessitano di assistenza continuativa *ad personam* durante le 24 ore, che si può garantire con la migliore tecnologia, poco attinente ai veri bisogni socio-assistenziali di una fetta di popolazione (2-3% circa) composta da persone spesso sole e/o in precarie condizioni economiche.

► L'assistenza sociosanitaria

L'ADI prevede assistenza domiciliare del Mmg e di altro operatore sanitario per bisogni clinico-sanitari complessi, ovvero infermiere, fisioterapista, specialista etc... L'assistenza sociosanitaria significa prima di tutto accudimento, compagnia per le persone sole, soddisfacimento di bisogni primari, relazioni 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 *care givers*), prevedendo una adeguata e qualificata formazione e l'istituzione di una specifica procedura di accredita-

mento" per incentivarne la professionalizzazione e l'inserimento in cooperative o società di servizi. Nel Pnrr mancano riferimenti alla parte sociale, essenziale per i cronici e per sostenere la famiglia, come ad esempio un programma per la non autosufficienza. Non sarà però la tecnologia della telemedicina a vicariare i bisogni relazionali e di supporto *ad personam*.

► La prossimità

Rispetto alla prima versione del Piano vi è stato un significativo spostamento delle risorse dalle Case di Comunità (CdC) all'assistenza domiciliare che spiega il dimezzamento delle strutture fisiche, passate da 2.564 a 1.280, con il raddoppio della popolazione afferente. Assieme alle CdC le Centrali Operative Territoriali (COT) previste ogni 100mila abitanti costituiscono un distanziamento rispetto alla dimensione di prossimità, spesso evocata e promossa a parole, ma meno nei fatti. L'assistenza domiciliare è supportata dalle strutture fisiche in cui si realizza l'integrazione tra i professionisti dell'assistenza sanitaria e quelli del settore sociosanitario che supportano anche il necessario coordinamento per l'e-

rogazione dei servizi in sinergia con le amministrazioni locali.

► La dimensione virtuale del COT

La dimensione virtuale del COT non può sostituire in toto quella dell'incontro e dello scambio di informazioni ed esperienza in presenza all'interno della struttura a livello locale. Ne è una dimostrazione l'esperienza delle Case della Salute emiliano-romagnole grazie alle quali è stata registrata una significativa riduzione delle ospedalizzazioni per condizioni sensibili al trattamento ambulatoriale come diabete, scom-

penso cardiaco, broncopneumopatia cronica ostruttiva, polmonite batterica (-2,4%) grazie all'incremento degli episodi di assistenza domiciliare (+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 Casa di Comunità, a patto che abbia uno stretto legame sociale con il proprio territorio, è un volano per tutte le forme di assistenza extra-ospedaliera. Infine l'incentivazione della telemedicina viene spesso associata all'assi-

stenza domiciliare. Tuttavia le altre forme di telemedicina, come il teleconsulto specialistico, sono altrettanto valide a livello ambulatoriale e nell'ordinaria attività clinica. Anche perché il presumibile declino della pandemia riporterà in primo piano il tradizionale contatto medico-paziente domiciliare che ha un valore aggiunto sul piano relazionale, clinico e psicologico analogo alla differenza qualitativa tra DAD e didattica in presenza.

- Articolo tratto da Guida alla Riforma del Servizio Sanitario in Lombardia e al Pnrr. Opportunità e rischi per il futuro dell'assistenza primaria

Opportunità e limiti per il futuro dell'assistenza primaria

Il libro, da cui è tratto questo articolo, offre una panoramica sulle opportunità offerte dalla revisione della Legge Regionale N.23/2015 della Lombardia in relazione alle innovazioni previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza o Pnrr per il rilancio della medicina del territorio. Il testo parte dall'analisi degli esiti della riforma lombarda del 2015, con particolare riferimento alla Presa in Carico della fragilità e cronicità e alla gestione della pandemia da Covid-19, per prospettare i possibili sviluppi a livello di assistenza primaria. Entro la fine del 2021 infatti dovrà terminare

l'iter legislativo e regolamentare dei due provvedimenti destinati a segnare una cesura a livello nazionale con ricadute a livello regionale: da un lato la messa in opera del Pnrr e, dall'altro, la revisione della legge 23 del 2015 arrivata al termine del periodo di sperimentazione a fine 2020.

Le due iniziative vanno nella stessa direzione e possono inaugurare un ciclo virtuoso per la sinergia tra interventi istituzionali centrali e concrete realizzazioni periferiche, nel segno del rafforzamento del network di strutture sanitarie territoriali in alcune regioni o per colmare un deficit organizzativo e di governance come in Lombardia. La misura 6 del Pnrr prevede interventi per lo sviluppo delle reti di assistenza domiciliare, della telemedicina e di strutture come gli Ospedali e le case della comunità dell'assistenza primaria. Dopo anni di politiche che hanno privilegiato le cure ospedaliere



il Pnrr promette di invertire tale tendenza a livello regionale, anche per compensare le carenze emerse nella gestione della pandemia da Covid-19 e della presa in carico della cronicità e fragilità.

Il testo si compone di dieci capitoli, suddivisi in due parti, e un'appendice; nella prima parte si analizza la situazione attuale dell'assistenza primaria in Lombardia, mentre nella seconda si tratteggiano i possibili sviluppi alla luce delle novità previste nel Pnrr. Il primo capitolo espone alcune coordinate teorico-pratiche delle politiche pubbli-

che e alla loro valutazione secondo la teoria del cambiamento e l'analisi theory-oriented. Il secondo capitolo è dedicato alla riforma Maroni e all'impatto del quasi mercato a livello di cure primarie; i successivi sono dedicati alla riforma della cronicità e sulla gestione dell'emergenza Covid-19, con il confronto tra risposta organizzativa ospedaliera e territoriale. La prima parte termina con il capitolo sul bilancio e sulle prospettive della legge 23, alla luce delle DGR che delineano la sua evoluzione normativa nei prossimi mesi. Nella seconda parte viene proposta una panoramica dell'organizzazione territoriale dell'assistenza primaria in Italia; gli ultimi due capitoli espongono le novità introdotte dal Pnrr, per quanto riguarda l'assistenza territoriale, con un commento e una lettura critica finale.

*Pagine 208, versione cartacea su Amazon € 9,59
versione ebook sugli altri store € 4,99*