

3.5. Telemedicina e PNRR

Come utilizzare le risorse a disposizione per promuovere una reale digitalizzazione del sistema?

Andrea Rotolo, Eleonora Perobelli, Rosanna Tarricone, Valeria D. Tozzi, | 17 giugno 2021

Per poter articolare una riflessione sulle indicazioni contenute nel PNRR sul ruolo che rivestiranno la telemedicina e le innovazioni digitali nel futuro del SSN, occorre innanzitutto fare un passo indietro, almeno di qualche mese. L'impatto della pandemia ha infatti permesso di osservare come il nostro Paese abbia assistito a un cambio di velocità nei processi di innovazione dei servizi sanitari, anche attraverso l'uso delle nuove tecnologie.

La delicata gestione dei bisogni di salute della popolazione durante l'emergenza Covid-19 ha generato infatti un'accelerazione senza precedenti nell'innovazione digitale delle aziende sanitarie italiane, osservata soprattutto attraverso una importante diffusione della telemedicina. Si sono altresì osservati sul territorio nazionale livelli di maturità e consapevolezza eterogenei, con le Regioni che si sono mosse con velocità diverse per creare una cornice normativa e le condizioni affinché servizi come televisita e teleconsulto potessero essere erogati con efficacia. Alla fine del 2020, dieci Servizi Sanitari Regionali (SSR) avevano pubblicato le linee guida per l'attivazione dei servizi di telemedicina (prima dell'approvazione delle nuove indicazioni nazionali), focalizzandosi particolarmente sulle televisite e di fatto introducendo modalità di erogazione nuove per prestazioni sanitarie i cui contenuti restano invariati. Solo cinque regioni si erano invece attivate per emanare linee guida per il telemonitoraggio.

Nel dicembre 2020, la Conferenza Stato-Regioni ha approvato le indicazioni nazionali che prevedono la definizione di alcune prestazioni di telemedicina, e il rimando a successivi documenti per normare altre tipologie (telemonitoraggio, teleriabilitazione, telecertificazione).

Quanto osservato fino a fine 2020 nelle fasi iniziali della gestione della pandemia si è configurato come un primo passo avanti verso una "vera" digitalizzazione della sanità italiana. A questo punto si rende necessario un cambio di passo che consenta di sfruttare le grandi potenzialità, ma anche di superare le carenze del nostro sistema. Una Consensus Conference a cui hanno partecipato rappresentanti regionali, Istituto Superiore di Sanità e accademici ha messo a fuoco [alcune raccomandazioni prioritarie per la digitalizzazione del SSN](#):

- definire una cornice nazionale, da aggiornare regolarmente, basata su requisiti tecnologici unitari, processi di progettazione e implementazione rigorosi, indicazioni sulle tariffe di riferimento e metodi di valutazione sull'impatto delle tecnologie;
- definire obiettivi uniformi da calibrare sulle specificità regionali e promuovere il coordinamento scientifico-sanitario a livello nazionale, con forme di monitoraggio costante;
- identificare priorità ispirate ai principi del realismo e puntare al consolidamento dei servizi già disponibili e alla diffusione delle soluzioni che si sono dimostrate valide;
- disporre di differenti livelli di evidenza per ciascuna categoria di tecnologie digitali, secondo un approccio basato sul rischio e tramite il ricorso a metodologie innovative;
- ripensare le modalità di tariffazione e codifica, per esempio aprendo ai sistemi di *bundled payment* e *pay-for-coordination*. Va remunerata l'innovazione a fronte di una valutazione adeguata di costo-efficacia dei servizi in telemedicina;
- mettere a punto un modello all'interno del *framework* di HTA dedicato alle tecnologie digitali, che traduca le raccomandazioni della valutazione in decisioni di policy;
- incentivare la continuità di utilizzo e la facilità di accesso alle soluzioni digitali tramite l'adozione di modelli partecipati di disegno di servizi e soluzioni tecnologiche associate, nonché azioni di comunicazione mirata agli utilizzatori finali;
- articolare i modelli organizzativi per inserire nei processi medico-assistenziali le opportune soluzioni digitali, in modo da personalizzare i percorsi di cura, in particolare in ambito territoriale;
- rafforzare il capitale umano del SSN pensando alla necessaria relazione tra tecnologia, persone e competenze. Servono processi educativi ad hoc per pazienti e professionisti e il rafforzamento delle competenze;
- preservare l'unitarietà dell'azienda per garantire l'integrazione dei modelli di cura, l'equità di accesso alle cure e l'ottimizzazione delle risorse per tutti i pazienti.

Se questa era la fotografia della digitalizzazione della sanità italiana a fine 2020, è opportuno ora riflettere su come il PNRR intercetti le esigenze sopra evidenziate e crei le giuste condizioni per incentivare la spinta verso la digitalizzazione a cui abbiamo assistito in questi mesi.

La transizione digitale si configura come uno dei tre assi strategici su cui è costruito il [Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza](#) (PNRR), cui sono destinate circa il 27% delle risorse disponibili, ed è presente a vario titolo in ciascuna delle sei Missioni identificate dal Governo. Non fa quindi eccezione la Missione 6, dedicata alla Salute, cui sono complessivamente dedicati 15,63 miliardi di euro. Di questi, uno è allocato sulla telemedicina, mentre circa tre miliardi sono destinati all'assistenza domiciliare integrata (ADI). I due interventi sono sviluppati congiuntamente all'interno del capitolo "reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" (intervento M6C1), poiché la telemedicina è identificata come strumento imprescindibile per rafforzare l'assistenza sul territorio e al domicilio, nonché evitare o ritardare l'istituzionalizzazione di specifiche fasce di popolazione, come la popolazione anziana.

Da questo punto di vista, il PNRR segna importanti punti di discontinuità rispetto al passato. In primo luogo, la telemedicina è riconosciuta non solo come vettore di maggiore efficienza (grazie alle maggiori possibilità di monitoraggio da remoto), quanto come strumento per migliorare la qualità della cura - anche se non è chiaro il come - per gli assistiti e per promuovere un approccio omogeneo su tutto il territorio nazionale, riducendo i divari tra le Regioni. A questo fine, il Piano prevede la definizione di linee guida per l'implementazione della telemedicina definite dal Ministero della Salute, cui seguiranno finanziamenti regionali *ad hoc* per valorizzare esperienze virtuose già in corso o di nuova proposta, purché coerenti con gli indirizzi di cui sopra e "facilmente scalabili". Infine, l'interoperabilità con il Fascicolo Sanitario Elettronico è resa condizione necessaria per poter ottenere i finanziamenti.

In secondo luogo, la tecnologia viene identificata come leva prioritaria di revisione del modello di presa in carico e di integrazione tra le varie componenti del sistema di welfare. Ad esempio, Ministero della Salute e Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali dichiarano di voler collaborare per promuovere una [riforma del settore della non-autosufficienza](#), spostando l'impostazione della rete dei servizi verso un modello che metta al centro il mantenimento al domicilio grazie al supporto della tecnologia.

La missione M6C2 ("Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale") costituisce un altro importante tassello affinché innovazioni come la telemedicina possano esprimere a pieno il loro potenziale. Gli interventi previsti (complessivamente 8,63 mld di euro) vanno nella direzione della creazione delle condizioni necessarie per consolidare e innovare la struttura tecnologica e digitale del SSN a livello Centrale e Regionale: 4,05 mld per ammodernare il parco tecnologico e digitale ospedaliero; 1,67 mld per il rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione; 0,74 mld per lo sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario.

A fronte di questi rilevanti passi in avanti, la lettura del Piano fa sorgere alcuni interrogativi e punti di attenzione che sarà fondamentale presidiare in fase di implementazione.

È fondamentale che il Governo giochi un ruolo di orientamento, indirizzo, regia e monitoraggio per uno sviluppo completo e pervasivo della salute digitale. Le Regioni, nel solco di quanto indicato nel PNRR, dovrebbero porsi nell'ottica soprattutto di intercettare e partire da quelle esperienze di digitalizzazione già in corso nei loro territori, considerando che in questi mesi molte aziende sanitarie sono diventate dei veri e propri "incubatori" di innovazioni e sperimentazioni. La sfida successiva sarà quella di impostare processi virtuosi di contaminazione che rendano scalabili le innovazioni su più ampia scala (ad esempio, tramite comunità di pratiche, processi di confronto e scambio tra aziende e professionisti, ecc...): le risorse adesso ci sono e, contemporaneamente, sono venuti meno i vincoli del passato, eliminando ogni alibi per il ruolo che dovrebbero agire gli attori regionali.

Le forme di innovazione tecnologica nei servizi di cui si parla nel Piano non possono prescindere dalla riflessione sul ruolo delle diverse professionalità del nostro sistema Salute per le quali, in questa fase, è possibile immaginare un investimento in formazione e specializzazione per la digitalizzazione (si pensi, ad esempio, al ruolo che potrebbero avere gli infermieri di comunità), in modo da sfruttare al meglio l'investimento in formazione del personale del SSN già evidenziato nel PNRR. È bene sottolineare che il tema delle competenze digitali non deve essere declinato solamente in senso "tecnico", ma anche sviluppando competenze manageriali coerenti (poiché bisogna conoscere il sistema in cui la tecnologia andrà a inserirsi e le implicazioni gestionali dell'innovazione). Le risorse previste dalla missione M6C2 dovrebbero andare proprio in questa direzione.

Parallelamente, non bisogna dare per scontato che l'utilizzo di tecnologie digitali nei servizi sanitari e sociosanitari sia da solo garanzia di innovazione. In molti casi è necessario accompagnarlo alla [revisione dei modelli di servizio](#), da riprogettare in linea con le potenzialità offerte dalla telemedicina. Possibilmente tenendo alta l'attenzione sulle finalità del servizio prima ancora che sulle strutture fisiche e i *setting* di erogazione (in altre parole, partire dai bisogni a cui rispondere più che dal luogo in cui si svolge il processo erogativo). Pensare che sia sufficiente costruire le Centrali Operative Territoriali (COT) e acquistare dispositivi per la telemedicina per migliorare la qualità dei servizi è un'assunzione che si è già dimostrata irrealistica in passato: senza un'adeguata riprogettazione del modello di servizio e del ruolo dei servizi pubblici e del loro contributo per il benessere dei cittadini, le COT (e le Case della Salute, gli Ospedali di Comunità) rimangono infrastrutture "vuote" di significati.

Infine, appaiono meno presenti i temi legati all'*assessment* delle soluzioni digitali (anche perché di fatto manca una base solida di evidenza scientifica che costituisca il punto di partenza per la valutazione d'impatto, inclusi indicatori di efficienza ed efficacia), un nodo che rappresenterà quindi una sfida anche per i mesi a venire.

In generale, la sensazione è che il PNRR si muova nella direzione auspicata, pur lasciando alcuni punti poco definiti che potrebbero prestarsi a ricadere in errori già commessi in passato. Il Governo e (soprattutto) le Regioni avranno il compito di guidare il percorso tracciato dal Piano, colmando gli spazi vuoti e fungendo da facilitatori dell'innovazione.