



**UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI ECONOMIA “GIORGIO FUÀ”**

*Corso di Laurea Magistrale o Specialistica in
Management Pubblico e dei Sistemi Socio-Sanitari*

**L' ATTUAZIONE DEL PNRR NELLE AZIENDE SANITARIE E IL
POTENZIAMENTO DELLA SANITA' DI PROSSIMITA'**

**THE IMPLEMENTATION OF PNRR IN HEALTHCARE
COMPANIES AND THE STRENGTHENING OF PROXIMITY
HEALTHCARE**

Relatore: Chiar.mo
Prof. Marco Perosa

Tesi di Laurea di:
Leonarda Spano

Anno Accademico 2022 – 2023

*A TUTTE LE STELLE CHE,
NELLE NOTTI DELLA VITA
HANNO ILLUMINATO IL MIO CAMMINO*

A MIA MADRE E A MIO PADRE

INDICE

INTRODUZIONE	pag. 6
CAPITOLO 1 - PRINCIPALI MODELLI SANITARI EUROPEI	pag. 11
• Il sistema sanitario francese: caratteristiche e finanziamento.....	pag. 12
• Il sistema sanitario tedesco: caratteristiche e finanziamento.....	pag. 21
• Il sistema sanitario inglese: caratteristiche e finanziamento.....	pag. 29
CAPITOLO 2 - IL SISTEMA SANITARIO ITALIANO DALLE ORIGINI AD OGGI: CONOSCERE IL PASSATO PER COMPRENDERE IL PRESENTE E PROGETTARE IL FUTURO	pag. 37
• Nascita ed evoluzione del Sistema Sanitario Nazionale.....	pag. 39
• Il secondo pilastro: la sanità privata.....	pag. 48
• La medicina territoriale: definizione e stato dell'arte.....	pag. 52
CAPITOLO 3 - LA RIFORMA DEL PNRR	pag. 60
• Metodi di analisi, valutazione delle politiche pubbliche e sfide per l'attuazione del PNRR.....	pag.61
• Valutazione ex ante e scenari di implementazione.....	pag. 71

- Valutazione ex post e valutazione dell'impatto..... pag.76
- Nascita e sviluppo del project management: la gestione per progetti e il ruolo del project manager all'interno del PCM..... pag.79

CAPITOLO 4 - IL PNRR E LA MISSIONE N° 6 “SALUTE”: LE RICADUTE SUL SSN E REGIONALE..... pag. 89

- Il piano nazionale di ripresa e resilienza..... pag. 91
- Struttura e missioni del piano..... pag. 93
- La missione n° 6 “SALUTE”..... pag.100

CAPITOLO 5 - PROSSIMITA' E ASSISTENZA

SANITARIA PRIMARIA pag. 110

- La transizione demografica ed epidemiologica..... pag. 111
- I MMG nell'organizzazione dell'assistenza primaria..... pag. 115
- L'Ospedale di Comunità, la Casa della Salute e le Casa di Comunità..... pag.120
- La farmacia multiservizi..... pag. 135
- Modelli operativi per l'assistenza di prossimità: il *Chronic Care Model*... pag. 137
- Il coinvolgimento del terzo settore nella realizzazione della domiciliarità... pag. 142

CONCLUSIONI..... pag. 147

RIFERIMENTI..... pag. 152

BIBLIOGRAFIA..... pag. 152

SITOGRAFIA..... pag. 153

RINGRAZIAMENTI..... pag. 154

INTRODUZIONE

Il presente lavoro ha lo scopo di fornire strumenti teorici e informazioni pratiche sulle modalità di attuazione del PNRR nelle aziende sanitarie in coerenza con l'approccio economico-aziendale e con le logiche di management sanitario focalizzando l'attenzione sulle tecniche e metodologie manageriali a supporto dei processi attuativi.

Va precisato che il sistema sanitario italiano è costituito da un insieme di servizi sanitari regionali con proprie specificità a livello istituzionale, economico e sociale, al cui interno operano circa 270 aziende tra sanitarie ed ospedaliere. Inoltre, l'Italia è l'unico paese ad aver scelto di attivare una missione ad hoc sul settore sanitario che si affianca ai due assi centrali di Young Europe, rappresentati dall'ambiente e dal digitale.

Il settore sanitario è stato profondamente travolto dalla pandemia legata al Covid 19 ed è ancora interessato dalla attuale fase di gestione dell'endemia; questa grave crisi, che ha interessato il Paese Italia, ha reso possibile l'attribuzione di ingenti risorse da parte dell'Unione Europea, rendendo l'Italia stessa il primo beneficiario in termini di valore dei Young Europe Recovery and Resilience Plans.

La tesi è articolata nel seguente modo:

Nel primo capitolo verranno esaminati i principali modelli sanitari europei e si andrà a valutare le caratteristiche salienti ed i modelli di finanziamento, quali, il

libero mercato, l'assicurazione privata volontaria e l'assicurazione pubblica obbligatoria.

Il secondo capitolo sarà dedicato ad uno studio approfondito del Sistema Sanitario Nazionale italiano, toccando le principali tappe che hanno condotto al modello odierno e contestualizzando le forze centrifughe che hanno motivato l'ingresso sempre più consistente di operatori sanitari privati all'interno dell'organizzazione. Verrà inoltre analizzata la sanità territoriale ponendo l'attenzione sul distretto sociosanitario, sull'organizzazione e formazione del personale; seguirà la verifica dello stato dell'arte, passando in rassegna il tortuoso percorso di riforme organizzative che hanno coinvolto la sanità territoriale cercando di comprenderne i punti di forza e di debolezza.

Il terzo capitolo affronta le sfide del PNRR in termini di tecniche e strumenti manageriali a disposizione del Ministero della Salute e delle Regioni nello svolgimento delle funzioni di coordinamento e governo strategico insieme alle aziende sanitarie territoriali ed ospedaliere a cui verrà affidata l'attuazione degli interventi. La scelta di prendere in esame la metodologia di valutazione ex ante, in itinere ed ex post, è dettata dalla necessità di aggiornare ed integrare le tecniche e gli strumenti manageriali che, al fine di arricchire il project management attraverso il system thinking e l'analisi dinamica dei sistemi collegato alla gestione e valutazione delle performance e valutazioni di impatto sulla salute (VIS), costituirà

un riferimento obbligato per la medicina del territorio, gli ospedali di comunità e le case di comunità.

Nel capitolo 4 si ricostruirà il quadro istituzionale e programmatico in cui si inserisce la Missione 6 “Salute”, analizzandone il contenuto, il relativo assetto organizzativo e profilo economico.

Il capitolo 5 propone una riflessione sul cambio di paradigma che sta interessando e, interesserà nei prossimi anni, l’assistenza sanitaria che dovrà essere sempre più aderente a schemi di “prossimità”, quali servizi fruibili dai cittadini in forma diretta, facilmente accessibili e integrati che siano al di fuori dei tradizionali spazi di cura, in luoghi posti nelle vicinanze della propria abitazione. Queste sono le direttive di intervento su cui si muove il PNRR rispetto alla Missione 6 in merito alle strutture di prossimità e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale. La riforma ad esso collegata, si propone di potenziare i servizi di “*prossimità*” attraverso la definizione di standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei e, come cambio di paradigma, avrà la sua consacrazione dalla scommessa inserita nel PNRR sulle Case di Comunità quale fulcro del nuovo modello assistenziale insieme agli Ospedali di comunità ed alle farmacie multiservizi.

Questi nuovi spazi fisici e teorici dell’assistenza sanitaria, segneranno il definitivo superamento dello spazio ospedaliero quale luogo di istituzionalizzazione del paziente verso modelli assistenziali quali il Chronic Care Model quale supporto alla medicina di iniziativa .

La situazione di contesto in cui origina tale cambiamento è quella di una irreversibile transizione demografica per cui le nostre città si popolano di cittadini sempre più anziani, con bisogni, necessità, desideri, stili di vita e consumi molto diversi da quelli espressi da una popolazione molto più composta ed a prevalenza giovanile. Inoltre, la transizione demografica si salda con la transizione epidemiologica che si manifesta attraverso bisogni di salute relativi a patologie cronico – degenerative, legate al progressivo invecchiamento, dalle quali non si guarisce e con cui bisogna convivere per tutta la vita. Tali patologie necessitano di una presa in carico continuativa e sono caratterizzate da un basso livello di intensità assistenziale che può essere effettuata in strutture “leggere” diverse dall’ospedale e prossime alla propria abitazione se non nella residenza stessa.

Contestualmente, sul cambiamento demografico ed epidemiologico si innestano altri fattori quali le trasformazioni sociali e culturali che rendono più che mai necessario e strategico il coinvolgimento delle organizzazioni del Terzo Settore in quanto rappresentano gli interessi di comunità e di perseguimento del bene comune, svolgendo attività di advocacy e di intermediazione fra la società civile e le istituzioni pubbliche.

In tal senso, si vengono a creare diverse modalità di relazione tra Enti pubblici e Terzo settore finalizzate alla co-programmazione e alla co-progettazione degli spazi di cura insieme all’individuazione dei bisogni da soddisfare e degli interventi necessari da realizzare nei diversi ambiti del welfare che, legittimati dalla

sussidiarietà orizzontale, possono cooperare nell'erogazione di servizi di interesse collettivo in ambito sociosanitario.

CAPITOLO 1

PRINCIPALI MODELLI SANITARI EUROPEI

In questo capitolo verranno analizzati i principali modelli sanitari europei, nello specifico, il modello francese, tedesco e inglese, attraverso le loro caratteristiche più salienti congiuntamente alla modalità di finanziamento degli stessi. Questi modelli sono quattro: il mercato semplice, l'assicurazione volontaria, l'assicurazione sociale obbligatoria e il modello universalistico anche se bisogna precisare quanto sia ormai difficile che ognuno di questi modelli possa essere collocato perfettamente all'interno di un unico sistema di finanziamento. La trasformazione da modelli puri a modelli misti si è avuta principalmente negli anni '90, con l'adozione del paradigma del New Public Management.

Nel mercato semplice, i fornitori e i fruitori dei servizi sanitari interagiscono direttamente fra loro senza mediazione di terzi e, con l'assicurazione volontaria i singoli individui sottoscrivono liberamente un pacchetto assicurativo che garantisce la copertura in caso di spese sanitarie. Per quanto riguarda l'assicurazione sociale di malattia, la stipula del contratto assicurativo è imposta dal governo a determinate categorie di persone e il soggetto assicurativo è costituito dalle casse di malattia, organizzazioni no profit incaricate di raccogliere i contributi da una specifica categoria di popolazione, la cui attività è regolamentata dallo Stato.

Infine, nel modello universalistico, il governo si impegna a garantire la copertura sanitaria a tutti i cittadini indipendentemente dalla categoria economica o lavorativa cui appartengono. Il finanziamento non è sostenuto da contributi lavorativi ma dalla fiscalità generale e tutti i cittadini hanno diritto al medesimo pacchetto di prestazioni al contrario degli altri modelli sopra descritti per i quali il ventaglio di prestazioni offerte può variare a seconda della cassa o assicurazione di appartenenza e in base all'importo dei contributi versati. Inoltre, nel sistema universalistico, lo stato raccoglie e gestisce gli introiti derivanti dalla fiscalità generale a differenza delle casse e assicurazioni private che, essendo soggetti no profit, hanno natura privata.

Il Sistema Sanitario Francese: caratteristiche e finanziamento

Il sistema sanitario francese è fondamentalmente basato su un approccio bismarckiano, ma con obiettivi come universalità e unità, che stanno portando verso un sistema sempre più di tipo Beveridge. Sono presenti sia un'assicurazione sanitaria statutaria (o "statutory health insurance", SHI), che un'assicurazione sanitaria volontaria (o "voluntary health insurance", VHI).

Il sistema di assicurazione statutaria rappresenta il risultato di un processo di oltre cinquanta anni di riforme (dalla sua creazione nel 1945, all'estensione della copertura a tutti i residenti nel 2000) e, attraverso vari regimi, copre attualmente il

99,9% della popolazione residente, mentre il sistema di assicurazione volontaria ha un ruolo complementare fornendo principalmente una forma di rimborso per le compartecipazioni dei cittadini alla spesa sanitaria.

Tutti i lavoratori sono tenuti a versare parte del loro reddito in un fondo di assicurazione sanitaria non competitivo, che permette di condividere i rischi legati alle malattie e prevede il rimborso delle spese mediche in quote variabili. I figli e coniugi delle persone assicurate possono beneficiare dei medesimi benefici e le assicurazioni sono erogate da agenzie non-profit che ogni anno prendono parte ai negoziati con lo Stato sul finanziamento globale dell'assistenza sanitaria.

L'accesso al sistema di assicurazione statutaria è acquisito attraverso l'attività lavorativa, oppure è concesso come un beneficio statale alle persone (e le loro famiglie) che hanno perso il lavoro, ma sono stati precedentemente impiegati, agli studenti e ai pensionati. Lo Stato, inoltre, copre le spese di assicurazione sanitaria di tutti coloro che sono residenti, ma che non hanno diritto all'assicurazione sanitaria (ad esempio, coloro i quali non hanno mai lavorato o che sono disoccupati da oltre due anni) e finanzia i servizi sanitari per i residenti non ancora legalizzati che hanno presentato domanda per la residenza. I visitatori provenienti dall'Unione Europea sono coperti dalla tessera di assicurazione sanitaria europea, mentre i visitatori extra-europei sono coperti solo per le cure d'emergenza.

Il sistema di assicurazione statutaria è composto da diversi schemi. I tre schemi principali e i relativi beneficiari sono:

- Lo schema generale (Caisse nationale d'assurance maladie de travailleurs salariés ; CNAMTS), che copre sessanta milioni di dipendenti nel commercio e dell'industria e le loro famiglie (i quali rappresentano il 91% della popolazione);
- Il regime agricolo (Mutualité sociale agricole, MSA) che copre gli agricoltori e i dipendenti agricoli e le loro famiglie (3,3 milioni di persone, circa il 5% della popolazione);
- Lo schema per i lavoratori autonomi (Régime social des indépendents, RSI), che copre artigiani e lavoratori autonomi (ad eccezione dei lavoratori autonomi agricoli), tra cui i liberi professionisti (4,2 milioni di persone, circa il 6% della popolazione).

Vi sono inoltre schemi minori, che coprono altre categorie di popolazione; molti di questi sono legati al regime generale (come è il caso dell'assicurazione per dipendenti pubblici locali e nazionali, medici che lavorano in virtù di accordi sanitari statali, studenti e personale militare), mentre altri schemi (come quelli per minatori, dipendenti statali ferroviari e bancari, clero, marinai) hanno una particolare forma di organizzazione e operano in modo autonomo. A causa dei cambiamenti sociali e demografici, la popolazione coperta dal regime agricolo e da alcuni dei sistemi più piccoli si sta restringendo e invecchiando.

Ciascuno dei tre principali schemi di assicurazione è costituito da un fondo nazionale di assicurazione malattia e da una serie di strutture locali che

corrispondono a diversi livelli di una determinata area geografica. Nel caso del regime generale, possiamo trovare:

105 fondi locali (nella Francia metropolitana), che hanno come base geografica i distretti e si occupano dell'aggregazione degli abitanti appartenenti ad una determinata area geografica e del rimborso dei costi dei trattamenti.

16 fondi regionali (che coprono aree con un'estensione maggiore della regione amministrativa), le cui competenze sono limitate a infortuni sul lavoro e malattie professionali, e (relativamente alle malattie professionali) al controllo degli ospedali e dell'attuazione di misure preventive. I fondi regionali, di conseguenza, hanno un mandato diverso da quello dei fondi locali.

Il lavoratori non hanno la facoltà di scegliere di non aderire al sistema di assicurazione statutaria, tranne in alcuni casi specifici (espatriati e dipendenti di società internazionali o istituzioni). Allo stesso modo, non vi è concorrenza tra i vari schemi assicurativi perché un individuo non può scegliere a quale schema appartenere.

Un elemento importante del sistema assicurativo francese è la solidarietà: maggiormente una persona è malata, minore è il pagamento che questa deve corrispondere al sistema sanitario. Questo principio si traduce nel rimborso completo delle spese sanitarie (o nell'esenzione alla compartecipazione alle spese) per le persone affette da patologie gravi o croniche, ad esempio tutte le malattie che

comportano rischi vitali, come il cancro, l'AIDS, o le malattie mentali di grave entità, per le quali il paziente è molto dipendente dell'assistenza medica.

Per le prestazioni non coperte dal sistema assicurativo statutario, è disponibile una vasta gamma di piani complementari (e volontari) di assicurazione privata. Questo tipo di assicurazione è spesso sovvenzionato dal datore di lavoro (in particolare, dall'inizio del 2016, l'assicurazione sanitaria volontaria è obbligatoria nel settore privato, e il datore di lavoro è tenuto a sottoscrivere per i propri dipendenti dei contratti di assicurazione di gruppo e sovvenzionarli per il 50%), e quindi i premi sono solitamente di modesta entità.

Storicamente il ruolo di tale sistema è stato complementare. In Francia, infatti, a differenza di altri Paesi, l'assicurazione privata non è utilizzata per ridurre i tempi nelle liste d'attesa delle strutture pubbliche o per ottenere l'accesso in strutture sanitarie d'élite. Tale assicurazione offre, invece, un indennizzo per la differenza tra le spese sostenute dai cittadini e quelle rimborsate dall'assicurazione sanitaria statutaria e il rimborso ad una più vasta offerta di beni e servizi sanitari coperti solo in parte in parte o per nulla dall'assicurazione statutaria (come, ad esempio, le cure dentali e ottiche, la chirurgia short-site, o la degenza in una camera singola anziché in condivisione)

La definizione della politica sanitaria e la regolamentazione del sistema sanitario sono di competenza dello Stato (Parlamento, Governo e vari ministeri), del sistema

di assicurazione sanitaria statutaria e, in misura minore, delle comunità locali, in particolare a livello regionale.

Dal 1996, il Parlamento approva ogni anno una legge finanziaria e sulla previdenza. Tale legge, proposta dal Governo, stabilisce in primo luogo l'obiettivo previsto, e quindi il massimale nazionale per le spese di assicurazione sanitaria.

Attraverso questo atto, il Parlamento ratifica anche una relazione sulle tendenze in materia di politica per la salute e per la sicurezza sociale e tutte le nuove disposizioni concernenti le prestazioni e la regolamentazione del mercato.

La riforma sull'assicurazione sanitaria del 2004 ha creato il Comitato di Allerta, il cui ruolo è di informare il Parlamento, il sistema di assicurazione sanitaria statutaria e il Governo se la spesa sanitaria dovesse superare il tetto massimo approvato dal Parlamento stesso.

La definizione della strategia sanitaria nazionale in maniera più operativa è invece competenza del Ministero degli Affari Sociali e della Sanità. La pianificazione di tale strategia prevede numerose trattative tra i rappresentanti degli erogatori di servizi sanitari, lo Stato e il sistema di assicurazione statutaria. Il ruolo dello Stato è stato ampliato nel corso degli ultimi due decenni, in quanto è sempre più necessario uno sforzo coordinato per controllare la spesa e il crescente deficit del sistema di assicurazione statutaria.

Il Ministero della Salute regola la maggior parte della spesa sanitaria sulla base del quadro generale stabilito dal Parlamento ed è responsabile per:

- la divisione della spesa preventivata tra i diversi settori (ospedali, assistenza ambulatoriale, assistenza psichiatrica, assistenza sociosanitaria per persone con disabilità);
- la definizione del numero di studenti di medicina che possono essere ammessi alla scuola medica di ogni anno, il numero di posti letto negli ospedali e la quantità di attrezzature, comprese le tecnologie mediche più costose;
- l'approvazione degli accordi stipulati tra il sistema assicurativo statuario e i sindacati che rappresentano gli operatori sanitari autonomi;
- la definizione dei prezzi di specifiche procedure mediche e dei farmaci (sulla base delle proposte dell'Autorità sanitaria nazionale);
- la determinazione delle norme di sicurezza negli ospedali;
- la definizione di aree di priorità per i programmi nazionali. Tali programmi attualmente includono cancro, malattie rare, interazione fra salute e ambiente, comportamenti non salutari e dipendenze e qualità della vita delle persone affette da malattie croniche.

A livello regionale, l'Amministrazione della Salute e degli Affari Sociali, cui appartiene il Ministero della Salute, è rappresentata dalle Agenzie Sanitarie Regionali, responsabili per la salute e l'assistenza sanitaria della popolazione di loro competenza. Le istituzioni e servizi sanitari e previdenziali per anziani e disabili rientrano nella competenza delle Agenzie Sanitarie Regionali e del Consiglio generale, che rappresenta l'organo di governo a livello locale.

LE MODALITA' DI FINANZIAMENTO DEL SISTEMA

La responsabilità finanziaria per l'assistenza sanitaria in Francia è a carico principalmente del sistema assicurativo sanitario statutario, che rappresenta un ramo del più ampio sistema di previdenza sociale. Il sistema assicurativo statutario copre attualmente il 99,9% della popolazione francese, anche se nel 2014 ha finanziato solo il 76,6% della spesa sanitaria personale e il 77,5% della spesa sanitaria totale. Emerge quindi come la Francia abbia un sistema di assicurazione sanitaria pubblica pressoché universale, nonostante la copertura delle spese offerta da tale sistema non sia completa.

Dal 2008 tutti gli ospedali e le cliniche sono rimborsati tramite il metodo dei "Diagnosis-Related Group" o DRG, un sistema di pagamento prospettico, applicato a tutti i ricoveri ospedalieri e ambulatoriali e fissato dal Ministero della Salute. Gli ospedali pubblici sono finanziati sia attraverso l'assicurazione sanitaria statutaria (per l'80%), sia attraverso le assicurazioni sanitarie volontarie e i pagamenti diretti da parte dei pazienti (per il 20%). Negli ospedali pubblici e in quelli privati senza scopo di lucro, i pagamenti DRG coprono anche gli stipendi dei medici; gli ospedali appartenenti a questa tipologia beneficiano inoltre di ulteriori sovvenzioni non basate sui servizi effettivamente erogati, che compensano la ricerca e l'insegnamento (fino ad un ulteriore 13% del bilancio) e la fornitura di servizi di emergenza, nonché il prelievo e il trapianto di organi (in media, un ulteriore 10% - 11% del bilancio di un ospedale).

Le cliniche private con scopo di lucro di proprietà di individui o, sempre più spesso, di grandi aziende, hanno il medesimo meccanismo di finanziamento degli ospedali pubblici, ma la quota dei contributi è differente; ad esempio, gli onorari dei medici sono fatturati in aggiunta ai DRG e non compresi in essi. Pertanto, i pagamenti DRG nelle cliniche private sono inferiori a quelli effettuati negli ospedali pubblici o privati senza scopo di lucro. Questo gap è giustificato da differenze nello status giuridico dei medici (che nelle cliniche private non sono dipendenti ma liberi professionisti), nella dimensione degli impianti, nel mix di DRG erogati, e nella tipologia di pazienti serviti (età, comorbidità e stato socioeconomico). Gli ospedali di riabilitazione hanno inoltre un sistema di pagamento misto, costituito da un sistema di pagamento prospettico simile ai DRG, ma basato anche sulla durata della degenza e sull'intensità delle cure.

IL SISTEMA SANITARIO TEDESCO: caratteristiche e finanziamento

I cittadini tedeschi possono scegliere fra indennità sanitarie, finanziate sia dal datore di lavoro che dal lavoratore: l'assicurazione sanitaria, l'assicurazione per gli infortuni e l'assicurazione per l'assistenza a lungo termine (o long term care). Alcuni gruppi, per esempio i dipendenti pubblici e i lavoratori autonomi, sono esentati dalla sottoscrizione obbligatoria dell'assicurazione sanitaria e possono scegliere di sottoscrivere un'assicurazione privata.

L'assicurazione contro gli infortuni in caso di incidenti sul lavoro è finanziata dai datori di lavoro e copre pressoché tutti i rischi che si possono correre sul posto di lavoro e nel tragitto per recarvisi.

La long term care è finanziata per metà dal datore di lavoro e per metà dal dipendente stesso (i pensionati pagano, invece, il contributo pieno) e copre tutti i casi in cui una persona abbia gravi limitazioni nelle attività della vita quotidiana (approvvigionamento di cibo, pulizia dell'abitazione, igiene personale, ecc.).

Per quanto riguarda l'assicurazione sanitaria, sono due le tipologie principali: l'assicurazione sanitaria statutaria, nota come “fondi di malattia” e l'assicurazione sanitaria privata. Se si è lavoratori dipendenti con un reddito annuale inferiore ad una certa soglia (62.500 euro nel 2020), è obbligatorio iscriversi a una delle 100 assicurazioni sanitarie pubbliche (valide anche per i familiari a carico) ma, qualora si abbia un reddito superiore, il cittadino tedesco può optare per un'assicurazione

privata. In sintesi, circa l'86% della popolazione riceve la propria copertura sanitaria primaria attraverso l'assicurazione sanitaria statutaria e l'11% attraverso l'assicurazione sanitaria privata e la parte restante (ad esempio, militari e forze dell'ordine) è coperta da programmi speciali.

In particolare, quei cittadini che hanno un reddito annuale inferiore a 62.500 euro, sono automaticamente iscritti in uno dei circa 130 fondi di malattia del settore pubblico no-profit con tariffe uniformate e l'assicurazione è pagata con un contributo congiunto del dipendente e del datore di lavoro. Questi fondi sono regolamentati dalla specifica legislazione all'interno della German Social Law, che definisce i criteri generali di copertura. La German Social Law definisce tali servizi come quelli "economicamente possibili, sufficienti, necessari e significativi", per cui l'assicurazione sanitaria statutaria copre i servizi preventivi, l'assistenza ambulatoriale e ospedaliera, la consulenza medica, le cure mentali, dentistiche, ottiche, fisioterapiche, le prescrizioni di medicinali, la riabilitazione, gli hospice e le cure palliative e i permessi lavorativi per malattia. Il servizio preventivo dell'assicurazione statutaria include regolari check-up dentali, le vaccinazioni di base e tutti i check-up per le malattie croniche e gli screening per il cancro a partire da una determinata età.

I servizi di long term care sono, invece, coperti separatamente dall'assicurazione per assistenza long term.

I pagamenti agli erogatori di servizi sanitari sono negoziati in occasione di complesse contrattazioni tra specifici organi di governo e i soggetti coinvolti (ad esempio, le associazioni di medici) a livello di Stato federale (Länder).

Nel sistema di assicurazione statutaria, il premio di base è stabilito dal Ministero Federale della Salute sulla base di un insieme fisso di servizi da coprire, così come descritti dalla German Social Law. Il premio non dipende dalle condizioni di salute dei singoli individui, ma è costituito da una percentuale dello stipendio percepito (nel 2015 tale percentuale era pari al 14,6%, di cui il 7,3% coperto dal dipendente). A partire dal 2015, i fondi malattia possono addebitare un'addizionale (che dipende dal salario ed è pagata dal dipendente) se le spese sanitarie superano le disponibilità dei fondi stessi.

In media, nel 2016 il premio addizionale è stato pari all'1,1%. Si noti che l'assicurazione sanitaria statutaria è un sistema "pay as you go": non è previsto alcun accumulo di riserve nel corso della vita lavorativa per fronteggiare i costi più elevati che il sistema deve affrontare quando gli individui invecchiano o cambiano le loro condizioni di vita.

Per gli individui il cui salario lordo eccede la soglia dei 62.500 euro annui, per i dipendenti pubblici e per i lavoratori autonomi, vi è la possibilità di scegliere di rimanere nello schema dell'assicurazione statutaria o di sottoscrivere un'assicurazione sanitaria privata sostitutiva. L'assicurazione privata attrae molto soprattutto i giovani con un buon reddito, poiché tale tipo di assicurazione può

offrire contratti con un più ampio range di servizi, ma a premi inferiori. L'assicurazione sanitaria privata può essere sia complementare sia supplementare a quella statutaria.

Nel sistema di assicurazione sanitaria privata, il premio è basato su accordi individuali tra le compagnie di assicurazione e le persone che si assicurano, nel momento in cui definiscono l'insieme di servizi che vogliono coprire e la percentuale di copertura, per cui dipende dalla quantità dei servizi scelti e dal rischio e dall'età in cui il singolo individuo entra nel sistema privato. Al contrario del sistema di assicurazione statutaria, il premio nell'assicurazione privata è utilizzato per accumulare le riserve necessarie per fronteggiare i maggiori costi sanitari derivanti dall'avanzamento dell'età degli assicurati (così come richiesto dalla legge).

Si noti che per chi sceglie di rinunciare al sistema di assicurazione statutaria per sottoscrivere un'assicurazione privata, può risultare difficile tornare in seguito al sistema statutario, poiché il rientro è possibile solo nel caso in cui si verificano determinate circostanze, come, ad esempio, il non aver ancora superato i 55 anni di età e avere un reddito sotto il livello richiesto per accedere al sistema privato. Poiché, rispetto all'assicurazione pubblica, l'assicurazione sanitaria privata può diventare più costosa all'avanzare dell'età dell'assicurato, è possibile che quest'ultimo debba dover pagare premi più alti nonostante una diminuzione del proprio reddito.

L'assicurazione sanitaria statutaria è obbligatoria per tutti i cittadini e per tutti i residenti permanenti in Germania, mentre essa non copre i visitatori. Gli immigrati senza documenti sono coperti da una "social security" in caso di malattie gravi, gravidanza e parto; in questo caso i servizi sono forniti dalle autorità responsabili degli immigrati stessi oppure dai medici e dagli ospedali.

LE MODALITA' DI FINANZIAMENTO DEL SISTEMA

Sul lato finanziario, nel 2013, la spesa sanitaria totale rappresentava l'11,3% del PIL (OECD, 2013). La spesa del sistema di assicurazione statutaria (SHI) rappresentava il 57,4% del totale delle spese per salute, mentre il totale della spesa sanitaria pubblica (tra cui l'assicurazione statutaria di cure long-term, l'assicurazione statutaria di pensionamento, l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni) ne costituiva il 72,9%. I fondi malattia sono finanziati tramite contributi obbligatori pari a una percentuale del salario lordo fino a un massimale annuale di € 48.600 (a partire dal 2014), mentre i redditi al di sopra di tale soglia sono esenti. Nel 2009 e nel 2010 il Governo e nel 2011 la legge federale hanno fissato un tasso uniforme di partecipazione alle spese sanitarie. A partire dal 2011, i dipendenti e i pensionati contribuiscono per il 7,3% dei loro salari lordi, a cui si aggiunge un premio supplementare dello 0,9%, mentre il datore di lavoro, o il fondo pensione, aggiunge un altro 7,3%. A partire dal 2015, i fondi malattia possono fissare il premio

supplementare in base alla loro situazione finanziaria; nel 2016 tale premio supplementare è ammontato in media all'1,1%. Questo contributo copre anche i familiari degli assicurati (quali i coniugi non percettori di reddito e figli) ed è in parte esentato fiscalmente. Dal 2009 i contributi sono centralmente riuniti e in seguito distribuiti a ciascun fondo di malattia in base ad una formula di imposta pro capite calibrata al rischio degli assicurati di ciascun fondo, prendendo in considerazione età, sesso e morbosità relativamente a 80 malattie croniche e/o gravi. Nel 2016 solo un fondo malattia regionale non ha addebitato il premio supplementare ai propri assicurati, mentre gli altri fondi hanno caricato un premio supplementare che è andato dallo 0,3% (per un tasso contributivo totale del 14,9%) all'1,7% (16,3%). Il sistema di assicurazione statutaria fornisce anche la copertura a servizi non strettamente di sua competenza, quali ad esempio la copertura assicurativa per i bambini, finanziata da un fondo federale che nel 2014 è ammontato a 14 miliardi di euro. Per quanto riguarda le cure sanitarie finanziate privatamente, nel 2012, le società di assicurazione sanitaria privata sostitutiva erano 43, di cui 24 a scopo di lucro e 19 mutue assicuratrici. L'assicurazione sanitaria privata sostitutiva copre i due gruppi che sono esenti da assicurazione sanitaria statutaria (i dipendenti pubblici, i cui i costi sanitari sono parzialmente rimborsati dal datore di lavoro, e i lavoratori autonomi) e coloro che hanno scelto di rinunciare ad assicurazione statutaria. Tutti gli assicurati attraverso l'assicurazione privata pagano un premio rischi, con un premio separato per familiari a carico; il rischio è

valutato solo nel momento di sottoscrizione del contratto e i contratti sono basati su una sottoscrizione a vita. Il datore di lavoro paga l'equivalente del contributo massimo al sistema di assicurazione sanitaria statutaria (€ 309,34 al mese nel 2016), ma non oltre il 50% del premio del dipendente.

L'assicurazione sanitaria privata è fortemente regolata dal governo che vigila affinché l'assicurato non affronti aumenti di premio all'aumentare dell'età e non sia troppo gravato da premi se il suo reddito dovesse diminuire. Gli assicuratori privati che offrono una copertura sanitaria sostitutiva privata sono tenuti a prendere parte a uno schema di adeguamento ai rischi (diverso da quello dell'assicurazione statutaria) per garantire un'assicurazione di base alle persone con problemi di salute che non hanno i requisiti per tornare nel sistema di assicurazione statutaria (ad esempio, nel caso di lavoratori autonomi o pensionati) o a coloro che non sono in grado di pagare i premi assicurativi. La legislazione, inoltre, ha voluto intensificare la concorrenza tra gli assicuratori. Al fine di rallentare l'incremento dei premi con l'avanzamento dell'età degli assicurati, gli assicuratori privati sono costretti dalla legge a mettere da parte i risparmi (le cosiddette riserve per l'invecchiamento) da quando gli assicurati sono giovani, per poi utilizzarli quando gli stessi assicurati saranno invecchiati. Ora le riserve per l'invecchiamento sono trasferibili, mentre in precedenza rimanevano con l'assicuratore se una persona cancellava una polizza privata o passava ad altro assicuratore. L'assicurazione sanitaria privata inoltre svolge un ruolo misto complementare e integrativo, coprendo i servizi minori non

coperti dall'assicurazione statutaria, garantendo l'accesso a migliori comfort e la copertura di alcuni ticket (ad esempio, per le cure dentistiche). Il governo federale determina le tariffe obbligatorie per le assicurazioni sanitarie private sostitutive, complementari e supplementari, attraverso un tariffario specifico e non esistono sussidi governativi per le assicurazioni private complementari e integrative. Nel complesso la sanità tedesca è finanziata per 84% da fonti pubbliche di cui il 78% da assicurazioni a contribuzione obbligatoria e il 6% dalla fiscalità generale e per il 16% da fonti private, cioè schemi di finanziamento volontari o da spese dirette delle famiglie. Nel 2018, la Germania ha speso 391 miliardi fra sanità pubblica e privata. Una cifra fra le più elevate in Europa sia in termini pro capite con oltre 4500 euro per abitante (quasi 2000 euro in più della media europea), sia in rapporto al Pil (11,7% contro la media europea dell'8,3% e dell'8,7% per l'Italia).

IL MODELLO SANITARIO INGLESE: caratteristiche e finanziamento

Il Regno Unito ha un sistema sanitario universalistico fondato sul modello Beveridge, caratterizzato dall'influenza della politica, sia a livello programmatico, ovvero nella scelta delle strategie e nella definizione delle priorità, nonché nella determinazione delle risorse da assegnare alla sanità e dei meccanismi di finanziamento attraverso la fiscalità generale, anche per la gestione, l'organizzazione e l'erogazione dei servizi. Tuttavia, uno degli elementi critici nel modello Beveridge è la scarsa responsiveness ovvero la capacità del sistema di venire prontamente incontro ai bisogni dei pazienti. L'approccio troppo burocratico, le lunghe liste d'attesa, la scarsa qualità di alcuni servizi, la mancanza di comfort nelle strutture sanitarie sono stati per anni il punto critico delle strutture pubbliche all'interno dei sistemi Beveridge. In un sistema fortemente permeato dalla politica vi è poca attenzione ai bisogni immediati o quotidiani dei pazienti, probabilmente perché gli interessi politici portano a soddisfare i bisogni di chi è dentro il sistema sanitario (sindacati, associazioni professionali, società scientifiche, imprese), più che di chi ne dovrebbe usufruire. Molti sistemi ispirati al modello Beveridge sono, infatti, diventati strutture monolitiche, burocratiche e inefficienti, dominate da logiche politiche. Ciò ha condotto a un massiccio processo di riforma di questi sistemi, teso soprattutto a creare una netta separazione tra il livello di finanziamento e di programmazione (prerogativa del settore pubblico) da quello della gestione e

dell'erogazione dei servizi (affidata a strutture autonome, pubbliche o private), introducendo dinamiche contrattuali tra il finanziatore e il produttore/ erogatore.

Il National Health Service (NHS) britannico dalla sua nascita nel 1948 fino agli anni '90 ha, in linea con il modello a cui si ispira, assunto una struttura monolitica con un forte controllo centrale da parte del Ministero della Sanità sull'organizzazione periferica dell'attività sanitaria locale affidata alle Health Authority. Tali autorità avevano il compito di amministrare ogni aspetto delle attività sanitarie locali, dalla programmazione sanitaria locale, alla gestione diretta dei servizi territoriali (Community care) e dei medici di famiglia (General practitioner, medici convenzionati), degli ospedali e delle residenze assistenziali per anziani (nursing home).

Alla fine degli anni '80, il premier Margaret Thatcher decise, tuttavia, di riformare dalle fondamenta il NHS. L'idea di fondo era introdurre nel sistema sanitario britannico elementi di mercato e realizzare una riforma, attuata effettivamente nel 1991 con il National Health Service and Community care Act, che, pur mantenendo inalterati principi fondanti del modello Beveridge, separasse nettamente le funzioni di committenza di servizi da quelle di erogazione degli stessi. Le funzioni di committenza furono affidate alle Health Authority che diventarono acquirenti, mentre le funzioni di erogazione ai Trusts di nuova creazione (ospedali ma anche aziende che erogano servizi territoriali, 57 dei quali creati nel 1991) che diventarono erogatori di servizi ospedalieri con una completa autonomia gestionale. L'obiettivo

della riforma era creare, attraverso la concorrenza tra organizzazioni, un mercato interno al NHS. Tale riforma venne in seguito fortemente criticata dai laburisti, che saliti al governo con Blair, modificarono nel 1999 la riforma Thatcher. Pur abolendo il fund holding, si conservarono alcuni aspetti salienti della precedente riforma: il migliorato assetto organizzativo dei gruppi di medici di famiglia e la separazione acquirenti/erogatori. L'associazionismo medico, come per l'erogazione di servizi sanitari, venne rafforzato con l'istituzione di 481 Primary care group (gruppi per l'assistenza primaria). I gruppi, che coprivano una popolazione di circa cento mila abitanti, riunirono insieme per la prima volta cure di comunità e cure primarie in una stessa organizzazione. Ogni gruppo era dotato di un organo di gestione che rispondeva all'Health Authority. Nel 2001 venne nuovamente modificato l'assetto del NHS con il NHS Plan e Health and Social Care Act con le seguenti caratteristiche:

- le Health authority vengono drasticamente ridotte di numero (da 95 a 28). Diventano Strategic Health authority, per sottolineare il nuovo ruolo strategico all'interno del NHS e le relative funzioni: programmazione strategica dell'area di competenza e valutazione della performance dell'organizzazione sanitaria territoriale e ospedaliera.
- I Primary care group si trasformano in Primary care trust (PCT). La loro funzione è quella di gestire, con un proprio budget, tutti i servizi territoriali (medici di famiglia, servizi infermieristici e di riabilitazione, attività odontoiatriche, etc.) e di

svolgere attività di committenza e acquisto nei confronti degli ospedali. La dimensione di popolazione dei PCT è di 100.000 - 350.000 abitanti.

- Gli ospedali (NHS trust) mantengono la loro autonomia, come erogatori di servizi di assistenza secondaria e specialistica. La ratio di questa riforma il cui titolo è “Shifting the balance of power” è quella di dare più potere alle strutture di cure primarie cui sono assegnate le risorse per la gestione dei servizi sanitari e attribuita la funzione di committenza nei confronti degli ospedali. Attualmente la responsabilità per la legislazione sanitaria e politica generale spetta al Parlamento, al Segretariato di Stato per la Salute, e al Ministero della Salute. In base ai termini della legge sulla sanità (2006) il segretariato di Stato ha il dovere legale di promuovere un servizio sanitario completo, fornendo servizi a titolo gratuito. I diritti per chi usufruisce del Servizio Sanitario Nazionale (NHS) sono riassunti nella Costituzione del NHS, e comprendono l’accesso alle cure, senza discriminazioni ed entro determinati tempi per alcune categorie, quali l’emergenza e le cure ospedaliere pianificate. La responsabilità giornaliera per la gestione del Servizio sanitario nazionale è stata affidata ad una nuova organizzazione governativa, il NHS Commissioning Board, successivamente nominato NHS England.

NHS England è responsabile della gestione del bilancio sanitario nazionale, supervisionando i 211 Clinical Commissioning Groups (CCG), e assicurando che gli obiettivi fissati in un mandato da parte del Segretariato di Stato per la Sanità

siano soddisfatti, sia di efficienza che di salute. I budget per la salute pubblica sono ora detenuti dalle autorità governative locali

MODELLO DI FINANZIAMENTO

La fiscalità generale fornisce le risorse necessarie per il funzionamento del sistema. Tutti coloro “ordinariamente residenti” in Inghilterra hanno diritto automaticamente alle cure sanitarie, in gran parte gratuitamente presso i punti di accesso del NHS.

I non residenti con un'assicurazione sanitaria europea hanno inoltre diritto a cure gratuite. Solo un trattamento in un reparto di emergenza e per alcune malattie infettive è gratuito per altre persone, come i visitatori non europei o immigrati clandestini. La maggior parte delle cure ospedaliere private è finanziata attraverso assicurazioni sanitarie integrative private e volontarie, che nel 2012 copriva il 10,9 per cento della popolazione del Regno Unito. La maggior parte di queste assicurazioni è stata fornita attraverso società (3,97 milioni di euro) più che polizze individuali (0,97 milioni di euro).

Secondo un'analisi pubblicata dalla fondazione Health, la spesa sanitaria media giornaliera per ogni cittadino, sostenuta dal regno unito tra il 2010 e il 2019 è stata all'incirca pari a 3005 sterline, il 18% al di sotto della media del gruppo delle 14 nazioni che sono entrate a far parte dell'Unione Europea prima del 2004 e solo 4 paesi hanno speso meno del Regno Unito: Spagna, Grecia, Portogallo e Italia. Una delle principali conseguenze della riduzione degli investimenti nella Sanità è stata

la disponibilità di posti letto a disposizione negli ospedali inglesi e questo ha provocato una risposta assolutamente inadeguata rispetto al bisogno di cure da parte della popolazione e tale criticità si è resa ancor più evidente durante la Pandemia da Covid 19.

Da quanto sin qui esposto si evince che ognuno di questi modelli presenta sia vantaggi che svantaggi; per esempio, nel modello a mercato semplice, gli utenti pagano solo per i servizi acquistati che, in regime di libera concorrenza, dovrebbero garantire elevata qualità a prezzi concorrenziali. Purtroppo, il limite di questo modello è costituito dall'iniquità derivante dalla difficoltà di accedere a prestazioni più costose per le fasce di popolazione meno abbienti.

Nel modello di assicurazione volontaria, il soggetto corrisponde un certo premio assicurativo all'impresa assicuratrice nella misura in cui questa possa coprire almeno una parte delle spese in caso di necessità. Tuttavia, anche questo sistema non è esente da iniquità in quanto le compagnie assicurative, in ottemperanza al proprio interesse economico, tenderanno a preferire una clientela di lavoratori con un impiego che non comporti gravi rischi per la salute o per l'integrità fisica piuttosto che assicurare un operaio o un qualsiasi altro lavoratore che abbia un'occupazione particolarmente usurante.

L'assicurazione sociale di malattia o modello Bismarkiano, differisce dall'assicurazione volontaria in quanto quest'ultima è obbligatoria e la scelta della compagnia con la quale stipulare il contratto assicurativo non è libera perché si basa

su alcuni criteri imprescindibili quali l'ente territoriale in cui il soggetto risiede e la categoria lavorativa di appartenenza. Nel 1996, la Germania ha avviato una riforma che ha reso libera la scelta della cassa di appartenenza, pur mantenendo l'obbligo di iscrizione e, il premio assicurativo è uguale per tutti coloro che hanno stipulato un contratto assicurativo con la medesima cassa a prescindere dalla condizione lavorativa. Il vantaggio di tale sistema è una maggiore equità in quanto i contributi non sono calcolati su base individuale ma, tutti gli iscritti alla medesima cassa hanno lo stesso trattamento. Tuttavia, anche questo modello presenta una criticità particolarmente rilevante in quanto l'assicurazione obbligatoria lascia fuori dalla copertura sanitaria una fetta di popolazione che per un motivo o per un altro non ha un'occupazione e quindi impossibilitata ad iscriversi ad una cassa di malattia. Al fine di correggere questo non trascurabile difetto, sono stati istituiti meccanismi di copertura residuale con i quali lo stato, attraverso la fiscalità generale, garantisce le prestazioni sanitarie a tutti coloro che sono impossibilitati ad accedere al sistema assicurativo obbligatorio.

Il modello universalistico garantisce a tutta la popolazione la copertura sanitaria a prescindere dal livello di reddito, dall'occupazione o disoccupazione o dal luogo di residenza in quanto tutti i cittadini hanno diritto alla stessa serie di prestazioni e tutto questo si esplicita attraverso tre principi imprescindibili sui quali si poggia tale modello: L'universalità, l'uguaglianza e la solidarietà. Da quest'ultimo principio deriva un sistema di finanziamento basato su aliquote progressive sul reddito che

consente un'equa redistribuzione del carico fiscale tra i cittadini più abbienti e meno abbienti. Ma anche questo modello non è esente da imperfezioni poiché lo stato, concentrando in sé la raccolta e la gestione delle risorse finanziarie oltre all'organizzazione ed erogazione delle prestazioni, rischia di contaminare l'attività di tutela della salute con i tipici mali dell'amministrazione pubblica quali l'inefficienza, la lentezza, la complessità burocratica e gli sprechi.

CAPITOLO 2

IL SISTEMA SANITARIO ITALIANO DALLE ORIGINI AD OGGI: CONOSCERE IL PASSATO PER COMPRENDERE IL PRESENTE E PROGETTARE IL FUTURO

Il concetto di “salute” fu per molto tempo considerato un bene privato in quanto le istituzioni limitavano il loro intervento alla gestione dell’igiene e profilassi delle malattie infettive e la tutela della salute era affidata all’iniziativa dei privati o delle organizzazioni religiose.

La trasformazione sociale e politica del nostro paese con il conseguente cambiamento culturale hanno consentito l’evoluzione parallela del concetto di salute e del contestuale assetto del sistema sanitario; nasce l’esigenza di garantire il diritto alla salute come condizione imprescindibile di una società civile ed evoluta che troverà una reale identificazione ed esplicitazione nell’art. 32 della costituzione italiana che così recita: *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”*.

La salute diventa, quindi, un diritto dell'individuo e non più un privilegio o una merce di scambio ed in quanto tale, la società dovrà farsene carico traendone, altresì, degli indiscutibili vantaggi.

Bisogna precisare che la costituzione del 1948, con l'articolo 32, sancisce la responsabilità della Repubblica nella tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività ma non esisteva all'epoca una legge che spiegasse come. Quella legge arriverà il 23 dicembre del 1978 - n. 833 con l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale.

In questo capitolo si ripercorrerà la lunga e travagliata storia che nel corso degli anni ha portato alla realizzazione di uno dei sistemi sanitari migliori al mondo nonostante le gravi distorsioni che lo caratterizzano e che, se non verranno risolte al più presto, metteranno a rischio una delle principali e più importanti riforme del '900'.

NASCITA ed EVOLUZIONE del SISTEMA SANITARIO NAZIONALE

Gli anni Sessanta sono generalmente riconosciuti come fondamentali per lo sviluppo e l'espansione del Welfare italiano che, promuovendo il dibattito sulla salute, aprirà la strada ad un nuovo modo di concepire la salute pubblica che si realizzerà in senso compiuto nella forma e nei contenuti nel corso del decennio successivo. In quegli anni, infatti, maturò la convinzione che il diritto alla salute, costituzionalmente sancito dall'art. 32, dovesse comportare scelte politiche nelle quali tutta la popolazione doveva essere coinvolta. Ne derivò un atteggiamento critico nei confronti dell'impianto assicurativo tradizionale e prevalente, dominato dal sistema mutualistico istituito durante il Fascismo (profondamente disuguale sia socialmente che territorialmente) e ormai non più economicamente sostenibile e di uno Stato assistenziale e paternalistico oltre che categoriale e frammentato, assoggettato a logiche contributive e di profitto.

Dall'emergere di questa nuova coscienza derivò la necessità di avere una tutela della salute, nella sua accezione più completa, da realizzarsi in maniera capillare tramite la predisposizione di un servizio sanitario pubblico ed universale, finanziato dalla fiscalità generale, garantito a tutta la collettività nel suo accesso e nella sua fruizione secondo i criteri della sicurezza sociale per tutti i cittadini. Un coordinamento a livello statale e competenza a livello decentrato/locale avrebbero, infatti, consentito la difesa ed il miglioramento della salute di tutta la popolazione

che, garantendo prevenzione, cura e recupero, dovevano costituire i pilastri portanti di un intervento sanitario coordinato, interdipendente e unitario.

Venne così elaborato nell'autunno del 1970 un primo schema di riforma sanitaria ad opera del socialista Luigi Mariotti, che in quegli anni era alla guida del dicastero della sanità. Purtroppo, i conflitti e le tensioni con l'allora ministro del Lavoro e della previdenza Carlo Donat Cattin determinarono il definitivo inabissamento del progetto provocato anche da uno studio condotto nel 1970 ad opera dell'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro le Malattie (INAM) che sottolineò i costi esorbitanti della riforma. Ma l'esplosione di un'epidemia di colera a Napoli nell'agosto dell'anno successivo, rese ancora più evidente la precarietà della situazione sanitaria in diverse zone del paese. Questo evento, tanto imprevedibile quanto complesso, riportò il tema della riforma sanitaria al centro del dibattito politico e il 17 agosto 1974 fu approvata la legge n. 386, fondamentale precorritrice del nuovo Servizio sanitario *“Norme per l'estinzione dei debiti degli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri, il finanziamento delle spese ospedaliere e l'avvio della riforma sanitaria”*. La discussione sul progetto di legge della riforma sanitaria cominciò nel febbraio del 1975 ma purtroppo l'iter legislativo non giunse a conclusione per il sopraggiungere di una crisi di governo che decretò la fine anticipata della VI legislatura.

L'anno successivo, un evento contingente e dirompente, il disastro di Seveso del luglio 1976, riportò in maniera decisiva l'attenzione sulla difesa dell'ambiente e

della salute sul posto di lavoro, come anche il collegamento tra i fatti dell'Icmesa e il varo della legge 180 sulla interruzione di gravidanza, furono determinanti nel dare il via, nel 1977, alla presentazione di diversi disegni di legge, poi unificati in sede di Commissione permanente igiene e sanità della Camera. Lo schema passò dall'Aula che lo approvò il 22 giugno 1978 grazie anche alle convergenze politiche che si registrarono in quel frangente. Infine, trasmesso al Senato, il disegno di legge venne definitivamente approvato il 21 gennaio dello stesso anno.

La legge istitutiva del SSN si compose di ben 83 articoli e nell'articolo 1, oltre al richiamo all'art. 32 della Costituzione, si indicava come SSN *“il complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinate alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzioni di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio”* con evidente il richiamo alla definizione di salute fornita nel 1946 dall'Organizzazione mondiale della sanità. Il Servizio sanitario nazionale (SSN) fu istituito con la L. 23 dicembre 1978 n. 833 nell'intenzione di promuovere e realizzare la sicurezza sociale, attraverso una condotta democratica di insieme, mediante lo scorrimento di piani e adeguamenti graduati ai bisogni ed alle risorse disponibili. Oltre che universalistico ed egualitario, il nuovo sistema si fondava sui principi di integrazione dei servizi ospedalieri e territoriali con la finalità di erogare prestazioni globali sia individuali che collettive ai cittadini. Nel decennio successivo di implementazione della

riforma, emergeranno dei problemi derivanti principalmente dalle modalità con cui tale riforma si va realizzando sia a livello centrale che locale e che potremmo definire “universalismo improvvido”. Nel suo impianto, infatti, questo nuovo sistema risulterà concepito in modo tale da non essere responsabilizzato ed esentato dal rispondere delle decisioni di spesa del denaro pubblico. Inizialmente, infatti, le competenze e le funzioni furono ripartite tra Stato, Regioni ed Enti locali territoriali secondo un’architettura che lo rendeva un conglomerato interconnesso di istituzioni pubbliche e private con diversi livelli di responsabilità non ben definiti.

A livello nazionale, il governo centrale era responsabile del finanziamento del sistema, della definizione dei criteri per la ripartizione fra le Regioni del Fondo sanitario nazionale e di ripianare gli eventuali deficit regionali, della determinazione degli obiettivi della programmazione sanitaria sulla cui base venivano fissati i livelli delle prestazioni a favore dei cittadini con l’imposizione di un indirizzo generale di azione e coordinamento sia direttamente verso le regioni che in modo indiretto verso gli enti strumentali tramite le regioni ma purtroppo la realizzazione del Piano Sanitario Nazionale (PSN) per oltre 15 anni non vedrà mai la luce in quanto questo verrà realizzato soltanto nel 1994 - 1996. Per quanto riguarda le regioni, queste erano titolari della pianificazione locale secondo gli obiettivi che avrebbero dovuto essere definiti a livello nazionale dal PSN; nonché per l’organizzazione, il finanziamento e la gestione delle Unità Sanitarie Locali (USL), responsabili sia per l’erogazione diretta dei servizi attraverso le proprie

strutture che indiretta mediante erogatori privati convenzionati. Queste USL, in quegli anni, furono gestite da Comitati di gestione eletti dai Consigli comunali del relativo territorio secondo un modello che si ispirava ai Local Health Authorities del National Health Service (NHS) britannico. Ma l'implementazione di questo impianto si rivelò piuttosto problematica e tutt'altro che all'altezza del disegno originario in seguito alla lottizzazione dei Comitati di gestione da parte dei partiti politici al governo dei Comuni secondo una logica spartitoria nella distribuzione sia degli incarichi che delle risorse finanziarie, completamente estranea allo spirito della Riforma. Inoltre, per i governi regionali, le risorse ricevute dal Governo centrale risultavano del tutto insufficienti a coprire i costi dei servizi sanitari necessari a soddisfare i bisogni di salute della popolazione per cui le Regioni erano costrette ad accumulare debiti sempre più ingenti che dovevano poi essere necessariamente ripianati dal Governo centrale. Questa separazione fra responsabilità finanziaria del governo centrale e competenza di spesa dei governi regionali e locali, si ritiene, sia stata la principale responsabile del costante incremento della spesa sanitaria di quel periodo (Mapelli 2012). Per arginare queste distorsioni del sistema e al fine di contenere la spesa sanitaria, in quegli anni verranno emanate piccole leggi di modifica della n. 833 fra cui la più importante è rappresentata dai ticket. Tuttavia, questi provvedimenti non incontreranno il consenso dell'opinione pubblica che rimarrà nella convinzione che il servizio sanitario fosse una delle cause principali del dissesto finanziario del nostro Paese.

In questo clima prenderà forma, nelle menti di molti politici ed economisti, l'idea di una politica si stampo americano con lo slogan "Meno Stato più Mercato" che porterà il Governo, nel 1987, alla presentazione di un progetto di modifica del precedente disegno di legge del 1978 che di fatto introdurrà il concetto di aziendalizzazione nella sanità con il conseguente scorporamento dei grandi ospedali e la trasformazione delle USL in aziende autonome finanziate dalle Regioni con il contributo integrativo dello Stato; Il SSN si trasformerà in un "mercato sociale" in cui gli ospedali diventeranno "produttori" ed i fruitori dei servizi sanitari non più pazienti ma "clienti".

Questo contesto porterà alla seconda fase del SSN che avrà inizio con due decreti governativi: il 502 del 1992 ed il 517 del 1993 che riformeranno sia i meccanismi di finanziamento che l'impianto istituzionale del SSN secondo una logica di tipo aziendale-manageriale ispirata a criteri privatistici molto lontani da quelli che avevano ispirato la prima fase del nostro sistema sanitario. Dal livello centrale vengono devoluti maggiori poteri alle Regioni nell'organizzazione delle USL trasformate in aziende pubbliche (ASL) dotate di autonomia giuridica, organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica. I Comitati di gestione vengono aboliti e sostituiti dalle Direzioni generali composte da tre manager: un direttore generale (DG) un direttore amministrativo (DA), un direttore sanitario (DS) e dal loro staff. Insieme al managerialismo viene introdotta la contabilità generale economico-finanziaria per costi e ricavi e il pareggio di

bilancio, principi propri delle società private. Un ulteriore principio che si rifà al sistema privatistico è quello della concorrenza, con la separazione della funzione di acquisto delle prestazioni sanitarie per conto dei cittadini (assegnata alle ASL) dalla funzione di produzione delle stesse, assegnata ai presidi ospedalieri e territoriali delle ASL e alle Aziende Ospedaliere (AO).

Nel 1996 le elezioni di aprile porteranno al potere un governo di centro sinistra che deciderà di riformare la sanità introducendo una terza riforma con il D. Lgs. N. 229/99 (legge Bindi o Riforma ter), che confermando l'assetto strutturale disegnato dal precedente riordino del SSN, introdurrà il concetto di razionalizzazione dell'impianto organizzativo del sistema sanitario spingendolo verso principi di efficienza, qualità ed equità. In tale contesto le ASL da aziende infra-regionali diventano "aziende con personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale". Verrà confermato che solo gli ospedali di maggiori dimensioni dotati di requisiti richiesti diventano AO, mentre le strutture più piccole rimangono come presidi interni delle ASL.

Inoltre, per tutte le strutture di produzione pubbliche e private verrà definito il sistema delle "3 A" (autorizzazione, accreditamento e accordo contrattuale) che consentirà loro di operare nel mercato interno del SSN, venendo retribuite sulla base di un tariffario per DRG fissato a livello regionale secondo modalità di calcolo definite a livello ministeriale che oltre ad essere strumento di pagamento diverrà

anche strumento di calcolo del budget preventivo di ciascun erogatore per il suo finanziamento.

Da quanto sin qui esposto si evince che ciò che ha caratterizzato maggiormente, e caratterizza ancora oggi, questa terza fase del SSN sono le due innovazioni strutturali fondamentali inserite nel D. Lgs. n. 229 del '99 ovvero la regionalizzazione e la distrettualizzazione del SSN. Con la prima si ridisegnano le competenze tra i due livelli di governo in senso maggiormente decentrato: le competenze del livello statale vengono ridotte mentre quelle delle regioni vengono ampliate conferendo loro competenza legislativa concorrente con lo stato in materia sanitaria secondo i principi fissati da quest'ultimo. La seconda innovazione strutturale riguarda il Distretto, quale perno fondamentale dell'assistenza primaria territoriale e dell'integrazione sociosanitaria a cui viene attribuita autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria con contabilità separata all'interno del bilancio della Asl al fine di garantirne l'implementazione e la sostenibilità. L'importanza assegnata al Distretto in questa terza Riforma è sintomatica di un cambio di paradigma nella concezione del sistema sanitario non più in una prospettiva ospedalocentrica ma focalizzata sulle cure primarie e sulla medicina di iniziativa.

Va comunque precisato che, dopo la terza riforma il SSN non è più un sistema unitario a livello nazionale ma un modello caratterizzato da 21 sistemi sanitari regionali (SSR) differenziati su diverse linee strategiche e organizzative. Una

trasformazione di tipo federale che risulterà ulteriormente rafforzata dalla successiva modifica del Titolo V della costituzione attuata con la l. cost. n. 3 del 2001 che, sancendo il nuovo assetto regionalizzato del SSN, delega a Regioni e Province autonome l'organizzazione e la gestione dei servizi sanitari puntando, nella teoria, ad un federalismo solidale ma che, di fatto, ha finito per generare una deriva regionalista con 21 differenti sistemi sanitari dove l'accesso a servizi e prestazioni sanitarie è profondamente diversificato ed iniquo.

A fronte di un diritto costituzionale che garantisce “universalità ed equità di accesso a tutte le persone” e alla 833/78 che conferma la “globalità di copertura in base alle necessità assistenziali dei cittadini”, emergono dati che smentiscono continuamente i principi fondanti su cui si basa il SSN ed oggi l'Italia, dal punto di vista sanitario, si caratterizza come il Paese più eterogeneo d'Europa, con sacche di inefficacia, inefficienza e ingiustizia che in un contesto di federalismo mal concepito e mal gestito, sono destinate ad aumentare rendendo ancor più evidenti le diseguaglianze.

IL SECONDO PILASTRO: La Sanità Privata

Come è stato ampiamente evidenziato nel precedente paragrafo, i ritardi, le diseguaglianze e le inefficienze del sistema hanno portato a riconsiderare il valore del modello universalistico facendo sorgere il dubbio sull'opportunità o meno di mantenerlo, tale per cui si è cominciato a pensare che un sistema sanitario basato sulla fiscalità generale potesse essere rafforzato e sostenuto da alcune stampelle integrative che avrebbero ridato ossigeno ad un sistema agonizzante, de-finanziato e asfittico. In poche parole, si è pensato di potenziare il "secondo pilastro, ovvero, attingere a risorse da "terzi paganti" e di conseguenza dalla "sanità integrativa" che, nel corso degli anni, è diventata gradualmente quasi sostitutiva. Questo è dimostrato dall'aumento della spesa out-of-pocket per cui cresce il numero di cittadini con difficoltà di accesso a servizi e prestazioni sanitarie, che in casi estremi rinunciano alle cure per problemi economici. Secondo l'Istat nel 2016 la spesa sanitaria privata ha superato 37,3 miliardi di euro di cui il 90% è out-of-pocket, ovvero quasi 34 miliardi di euro sono a carico del cittadino con una spesa pro-capite di 565 euro, superiore alla media Ocse. Le voci principali out-of-pocket sono costituite dalla spesa per servizi ambulatoriali (15.447 mld di euro ,38,8%) relativa a specialistica ambulatoriale, spese odontoiatriche, e ticket dei servizi ambulatoriali pubblici; dalla spesa per prodotti farmaceutici (13.195 mld di euro, 33,1%), relativa a farmaci di fascia A formalmente a carico del SSN ma spesso comprati direttamente dalle famiglie, a farmaci esclusi dalla fascia A, a prodotti omeopatici, di erboristeria,

integratori e ticket sui farmaci a carico del SSN; spesa per i servizi ospedalieri (5.250 mld di euro, 13,1%), di cui una parte consistente relativa alla long-term care, per la quale la copertura pubblica risulta assolutamente insufficiente nonostante la domanda sempre più crescente. Da questi dati si evince che le due maggiori componenti di spesa out-of-pocket a carico delle famiglie italiane sono costituite dalla spesa per servizi ambulatoriali e per prodotti farmaceutici, mentre la minor incidenza della spesa per servizi ospedalieri sembrerebbe indicare una maggior copertura della spesa pubblica. Se andiamo ad analizzare nel dettaglio la distribuzione della spesa media out-of-pocket pro-capite nel periodo 2014 – 2016 tra le diverse regioni italiane, si vede che la Valle d'Aosta ha una spesa pro-capite di 859 euro contro i 303 euro della Campania, rispetto ad una spesa media nazionale di 560 euro (CERCAS-SDA Bocconi, 2017:349). Da qui l'ipotesi che l'elevato livello della spesa out-of-pocket delle famiglie italiane possa derivare da due componenti opposte: per quanto riguarda le regioni del Sud, la spesa sarebbe dovuta alle carenze del servizio pubblico in quanto destinata a fronteggiare le minori tutele di cui si dispone da parte del proprio servizio Sanitario Regionale carente in qualità e quantità dei servizi mentre, per le regioni del Centro - Nord si tratterebbe di una spesa di tipo consumistico laddove l'offerta del proprio Servizio Sanitario Regionale risulti essere generalmente adeguata e dove il rischio di sovrapprestazioni diagnostiche e terapeutiche inutili e inappropriate verrebbero indotte dalla medicina difensiva oltre che dalla medicalizzazione della vita.

In questo contesto è maturata l'idea di poter reintrodurre, seppur in maniera residuale, un sistema basato sulle assicurazioni volontarie sul modello “dual layered system” che altro non è che un sistema sanitario integrato, misto, imperniato su logiche di finanziamento e funzionamento diverse ma complementari e sinergiche. È bene chiarire che, quando si parla di DLS e del ruolo che gioca al suo interno la sanità privata, indicata come “secondo pilastro” ci si riferisce ad un vero e proprio mercato con all'interno molteplici operatori economici: si pensi alle agenzie pubblicitarie e quelle di comunicazione, i provider di servizi di interfaccia con gli utenti e tutto il settore finanziario speculativo. Tutto questo apparato sovrastrutturale fa comprendere quanto il trade-off tra equità – di cui, nonostante tutto si fa portatore il SSN - ed efficienza - efficacia – quale cardine imprescindibile su cui dovrebbe poggiare il sistema sanitario, sfoci in un'oggettiva e vasta moltitudine di interessi tutt'altro che no-profit.

Sempre in riferimento al “secondo pilastro” bisogna precisare che in Italia si hanno due tipi di fondi: quelli di categoria A che corrispondono ai veri e propri fondi integrativi del SSN, previsti nel d.lgs. 502/1992 (Riforma Amato) e quelli di categoria B che sono costituiti da Enti, Casse, Società di mutuo soccorso, i cui ambiti di intervento sono regolamentati dal d.P.R. 917/1986, col quale viene recuperata la tradizione mutualistica italiana. I Fondi integrativi sono associazioni non dotate di personalità giuridica come pure tutti i soggetti appartenenti alla categoria B ed

entrambi non hanno finalità di profitto pur differenziandosi per il carattere “aperto” o “chiuso” dei fondi.

Quelli di Tipo A sono aperti a tutti i cittadini senza distinzione alcuna, mentre quelli appartenenti alla categoria B si rivolgono a una o più categorie di lavoratori inoltre, i Fondi integrativi possono garantire ai propri iscritti il rimborso delle sole prestazioni non contemplate all'interno dei LEA a differenza delle Casse, le Associazioni e le Società di Mutuo Soccorso che offrono copertura sostitutiva anche per le prestazioni previste nei LEA limitatamente alla parte di spesa a carico del singolo iscritto. Oltre a questi due tipi di Fondi, in Italia operano le compagnie assicurative che offrono le classiche polizze assicurative volontarie di malattia, la cui attività è puramente for profit e chiaramente permette di aggirare le liste di attesa e di ottenere prestazioni sanitarie di buon livello in tempi brevi. Questo tipo di copertura sanitaria si è molto diffuso più nel Centro-Nord che al Sud sia perché al Centro-Nord il reddito medio pro capite è più alto rispetto al Sud per cui un numero più elevato di famiglie possono permettersi di stipulare una polizza assicurativa di malattia, sia perché le compagnie assicurative per poter garantire un ampio ventaglio di prestazioni sanitarie in tempi brevi in convenzione con cliniche private, ospedali e studi privati, hanno bisogno di un adeguato numero di assicurati. In regioni come il Lazio e la Lombardia si registra una massiccia presenza di sanità privata tanto che nel 2016, secondo un report ISTAT, le famiglie del Nord detentrici di una polizza assicurativa di malattia erano il 9,6%, al Centro una percentuale pari

all'8,3% e al Sud circa il 2,1%. Anche se la spesa sanitaria con regime di finanziamento basato sulle assicurazioni sanitarie ammonterebbe solo intorno allo 0,1% del PIL (Report Istat 2016), non si può non riconoscere che il "secondo pilastro" della sanità intermediata sia in continua crescita e questo ampliamento, congiuntamente a quello del "terzo pilastro" (la spesa out-of-pocket) non farebbe che ampliare ulteriormente la privatizzazione "strisciante" già in atto del SSN senza, per altro risolvere nessuna delle sue storiche carenze ma aggravandole ulteriormente nella direzione di un dualismo crescente tra un sistema pubblico sempre più impoverito destinato alle aree e alle classi sociali più povere del Paese, ed un sistema privatistico riservato alle aree e alle classi sociali più abbienti. Detto questo, sarebbe irresponsabile ed ipocrita negare che il sistema sanitario italiano non sia pronto per affrontare le sfide future che innegabilmente scaturiranno dalla critica combinazione di ristrettezze economiche e inverno demografico ma non si può nemmeno perdere il contatto con lo spirito che ha animato la stesura dell'art. 32 della costituzione: la salute è un diritto fondamentale e come tale deve essere garantito a tutti.

In conclusione, il bisogno di una riqualificazione del sistema sanitario italiano non può e non deve prescindere dallo spirito morale che lo ha ispirato ed in questo senso l'utilizzo di altri "pilastri", se ben regolamentato dal legislatore, non può che portare nuova linfa al sistema ma questo può realizzarsi solo a patto che venga profuso il

giusto impegno politico e finanziario per migliorare le criticità, ricalibrare gli interventi e, di conseguenza, essere in grado di affrontare le sfide future.

LA MEDICINA TERRITORIALE: definizione e stato dell'arte

Il punto di partenza per comprendere il valore della medicina territoriale e dell'assistenza primaria è generalmente individuato nella Conferenza Internazionale sulla *Primary Health Care* convocata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1978 presso Alma Ata capitale dell'allora Repubblica Sovietica del Kazakistan. La dichiarazione di Alma Ata ha rappresentato una svolta nella definizione del concetto di cure primarie, sostenendo la necessità del passaggio dal tradizionale modello bio-medico (basato sulla cura dei singoli episodi di malattia con approccio medico paternalistico) a un modello bio-psico-sociale (basato sulla prevenzione, sulla continuità delle cure, sulla costituzione di team assistenziali e sulla centralità del paziente). A distanza di quarant'anni questa proposta risulta assolutamente attuale e l'unica in grado di rispondere efficacemente alla sfida posta dai cambiamenti epidemiologici (prevalenza di malattie croniche), sociali (crescita delle diseguaglianze nella salute) e culturali (richiesta da parte dei pazienti di maggiore informazione e autonomia).



La Conferenza di Alma Ata sulla PHC è un evento storico per diversi motivi:

- per la prima volta i rappresentanti di tutti i paesi del mondo si riuniscono per definire una cornice di riferimento per la promozione e lo sviluppo di un'assistenza sanitaria onnicomprensiva e per tutti;
- per la prima volta vengono affrontati in un consesso così ampio e qualificato i problemi sanitari dei paesi più poveri,
- per la prima volta i temi della salute vengono collegati con quelli dello sviluppo riaffermando che *“la salute come stato di benessere fisico, mentale e sociale e non solo come assenza di malattia o infermità, è un diritto fondamentale dell'uomo e l'accesso ad un livello più alto di salute è un obiettivo sociale estremamente*

importante, d'interesse mondiale e presuppone la partecipazione di numerosi settori socio-economici oltre che di quelli sanitari”.

Il messaggio che ne scaturisce è contenuto nella definizione stessa di PHC: “l’assistenza sanitaria di base è quell’assistenza sanitaria essenziale fondata su dei metodi e delle tecnologie pratiche, scientificamente validate e socialmente accettabili, resa universalmente accessibile agli individui e alle famiglie nella collettività attraverso la loro piena partecipazione a un costo che la collettività e i Paesi possono permettersi ad ogni stadio del loro sviluppo nello spirito di autoresponsabilità e di autodeterminazione”.

“L’assistenza sanitaria di base è parte integrante del SSN di cui è il perno e il punto focale. È il primo livello con cui gli individui, le famiglie, e la collettività entrano in contatto con il Sistema Sanitario avvicinando il più possibile l’assistenza sanitaria ai luoghi dove le persone vivono e lavorano, e costituisce il primo elemento in un processo continuo di protezione sanitaria”.

“L’assistenza sanitaria di base coinvolge oltre al settore sanitario, tutti i settori e gli aspetti correlati allo sviluppo nazionale e della comunità, in particolare l’agricoltura, l’allevamento, l’alimentazione, l’industria, l’educazione, la casa, i lavori pubblici e le comunicazioni; e richiede lo sforzo coordinato di tutti questi settori”.

Gli indirizzi politici della Conferenza, rivolti sia ai paesi in via di sviluppo che a quelli industrializzati, sono quanto mai attuali e costituiscono la *road map* di quello

che la medicina territoriale dovrebbe rappresentare e che possono essere sintetizzati nei seguenti punti:

- L'attenzione all'equità deve rappresentare il cuore delle strategie sanitarie, sia per ragioni di principio che di sostenibilità;
- Le decisioni che riguardano i servizi sanitari devono essere prese con il coinvolgimento delle comunità, sia per motivi di giustizia che al fine di garantire servizi appropriati e accettabili;
- Le strategie sanitarie devono incorporare un approccio preventivo, accanto a quello curativo;
- L'attenzione ai determinanti della salute richiede la promozione di strategie intersettoriali più ampie del tradizionale approccio bio-medico;
- Il crescente divario fra risorse disponibili e bisogni della popolazione rinforza la necessità di adottare tecnologie appropriate.

Dunque, un'assistenza primaria chiamata a rispondere alla stragrande maggioranza dei bisogni assistenziali della popolazione, che richiede un grande sforzo organizzativo ed elevata preparazione tecnico-scientifica oltre che manageriale.

Eppure, per lungo tempo la medicina territoriale è stata considerata il fanalino di coda dei setting assistenziali in quanto si è privilegiato maggiormente l'ospedale come il luogo di cura d'eccellenza in grado di rispondere meglio al bisogno di salute della popolazione.

Ma questa concezione ospedalocentrica è stata via via accantonata per ragioni economiche e di contenimento della spesa pubblica: si è passati infatti da 1381 istituti di cura (compresi quelli privati) nel 1998 a circa 1000 nel 2017, con un calo dei posti letto da 311mila (1998) a 191mila (2017).

A fronte di questi numeri, le strutture ospedaliere, pubbliche e convenzionate, si sono trovate a dover affrontare un numero di ricoveri particolarmente elevato: nel 2019, infatti, sono stati registrati circa 5.909.010 ricoveri in reparti per acuti con una prevalenza del 16,7% di malattie correlate al sistema cardio-circolatorio, seguita da ricoveri per patologie neoplastiche (10,9%), malattie dell'apparato gastro-intestinale e dell'apparato respiratorio (entrambe 9,8% sulla totalità dei ricoveri).

Nella maggior parte dei casi, come la letteratura insegna, le patologie correlate al sistema cardio-circolatorio e ai tumori rientrano nella categoria delle malattie cronico-degenerative per cui è facile intuire quanto sarebbe auspicabile condurre un'adeguata attività di screening quale strumento fondamentale di prevenzione insieme ad un efficiente sistema di presa in carico del paziente e relativo follow-up sin dal primo stadio di malattia al fine di alleggerire il carico di pazienti cronici sulle strutture ospedaliere con conseguente aumento di costi e spreco di risorse.

La situazione attuale è quindi segnata da una parte dal disinvestimento nella sanità ospedaliera e, dall'altra dal mancato potenziamento della medicina territoriale quale

strumento fondamentale per controbilanciare le ondate di ricoveri inappropriati per le patologie croniche.

Sebbene i tassi di mortalità per le malattie cronicodegenerative stiano diminuendo, la prevalenza di queste patologie è in netta crescita e tale crescita è alimentata dall'effetto congiunto di due fenomeni: l'invecchiamento della popolazione e la crescente esposizione a fattori di rischio di carattere ambientale e sociale.

Il dato sull'obesità è certamente quello più eclatante per la rapidità con cui tale condizione si sta diffondendo in tutto il mondo e per le drammatiche conseguenze in termini di co-morbidità e di effetti sulla longevità aggravando ulteriormente l'inverno demografico dei paesi europei.

Le strategie per affrontare adeguatamente le malattie croniche sono ben diverse da quelle attuate per gli eventi acuti e richiedono un diverso ruolo delle cure primarie basato sulla medicina di iniziativa e un'attenzione particolare nei confronti dei determinanti sociali della salute. Ne consegue l'importanza delle cure primarie nel promuovere un'assistenza sanitaria centrata sul paziente che, in coerenza con la propria mission, deve offrire agli assistiti la massima facilitazione nell'accesso ai servizi, utilizzando ampiamente strumenti come telemedicina ed e-mail, coinvolgere i pazienti nei processi assistenziali attraverso un più ampio accesso alle informazioni, il counseling e il supporto all'autocura; allestire sistemi informativi che siano facilmente fruibili dai pazienti; organizzare sistemi di *follow-up e reminding* che agevolino il controllo dei processi di cura(fondamentale nel campo

delle malattie croniche); garantire il coordinamento delle cure (tra i diversi professionisti in quanto il paziente cronico è portatore di comorbidità) e infine garantire la continuità assistenziale tra i diversi livelli organizzativi tra ospedale e territorio.

CAPITOLO 3

LE RIFORME DEL PNRR

Accanto a una corretta progettazione degli interventi e ad un'efficace attuazione degli stessi, il successo del PNRR dipende in maniera cruciale da un **ampio spettro di riforme strutturali**. Le riforme sono fondamentali affinché le risorse pubbliche stanziare possano produrre rapidamente opere, beni e servizi, incontrando il minor numero possibile di barriere normative, amministrative e burocratiche.

Il Piano include tre tipologie di riforme:

1. le riforme **orizzontali** - o “di contesto” - portano a migliorare l'equità, l'efficienza e la competitività e, con esse la situazione economica del Paese, fra cui il PNRR individua la **riforma della Pubblica Amministrazione** e la **riforma della giustizia**;
2. le riforme “**abilitanti**” che sono funzionali a garantire l'attuazione del Piano e consentono di abbattere le barriere agli investimenti pubblici e privati, fra cui le azioni principali riguardano un **programma di semplificazione normativa e burocratica** e un **piano per la promozione della concorrenza** attraverso l'adozione del disegno di legge annuale per il mercato e la concorrenza;
3. le **riforme settoriali**, che consistono in innovazioni normative relative a specifici ambiti di intervento o attività economiche e che sono **contenute all'interno delle singole Missioni** (ad esempio: la semplificazione delle procedure per

l'approvazione di progetti su fonti rinnovabili, o la normativa di sicurezza per l'utilizzo dell'idrogeno).

Infine, a queste tipologie di riforma si aggiungono le misure che, sebbene non ricomprese nel perimetro del Piano, devono considerarsi concorrenti alla realizzazione degli obiettivi generali del PNRR. Sono le **riforme di accompagnamento** alla realizzazione del Piano, tra le quali devono includersi gli interventi programmati dal Governo per la razionalizzazione e l'equità del **sistema fiscale** e per l'estensione e il potenziamento del sistema di **ammortizzatori sociali**.

METODI di ANALISI e VALUTAZIONE dei PROGRAMMI delle POLITICHE PUBBLICHE e SFIDE per L'ATTUAZIONE del PNRR

I processi di formulazione, gestione e attuazione del PNRR rappresentano una sfida importante per il sistema delle Amministrazioni pubbliche, articolato nei diversi livelli istituzionali, in cui la PA centrale e le PA regionali svolgono un ruolo di coordinamento e governo strategico nei confronti delle PA locali. Al fine di rispondere a questa sfida, è necessaria una strategia di intervento articolata sui diversi ambiti, che può essere sintetizzata come una combinazione tra adozione di strumenti e tecniche gestionali e manageriali, da un lato, e di sviluppo e rafforzamento delle capacità decisionali e di governance della PA, dall'altro.

Il processo generale di definizione e realizzazione delle politiche nelle organizzazioni pubbliche può essere schematizzato in una sequenza di fasi distinte che, partendo dall'identificazione delle problematiche, passa dalla formulazione delle politiche, all'adozione delle politiche stesse e dei programmi specifici, per l'implementazione e l'erogazione dei servizi, concludendosi con la valutazione dei risultati ed il conseguente controllo. Nella definizione delle problematiche rilevanti si deve considerare il peso e la natura del problema che si esamina, le priorità che emergono, le opportunità a disposizione del decisore che consentiranno allo stesso di scegliere la strategia e le azioni più appropriate. La stessa operazione può essere condotta sulla fase di formulazione delle politiche e sulle opzioni di intervento che, in questa fase, sono incentrate sull'esplicitazione degli scopi associabili alle singole politiche, sull'analisi delle alternative perseguibili e delle loro probabili conseguenze in termini di costi e benefici con un approccio orientato alla risoluzione dei problemi considerati.

Per quanto riguarda la fase di adozione delle politiche e dei programmi, ai fini dell'analisi, è rilevante la definizione delle modalità di azione e la conseguente identificazione delle risorse necessarie e dei criteri guida impliciti nelle decisioni.

Nella penultima fase dell'implementazione ed erogazione dei servizi è importante osservare gli schemi utili all'attuazione, le condizioni di erogazione e controllo di formazione del consenso quale condizione necessaria al processo di realizzazione della politica.

Infine, la fase di valutazione e controllo ha come contenuti di estrema importanza la definizione delle modalità di verifica al fine di assicurare la concretizzazione dei programmi e la valutazione dell'efficacia e dell'efficienza oltre che degli effetti redistributivi associati a questi ultimi.



Per contribuire ad un più razionale policy process, occorre considerare in modo integrato le diverse tecniche e le metodologie sviluppate dalle organizzazioni pubbliche e fra queste, sono state sostanzialmente seguite due strade: alcuni hanno usato come criterio classificatorio gli strumenti e le strategie di rilevazione delle informazioni acquisite, altri la struttura logica interna al modello adottato. Ma prima di esaminare le varie classificazioni è utile analizzare le diverse logiche alla base del processo decisionale adottato dall'organizzazione pubblica e identificare i contributi scientifici e disciplinari che vengono collegati allo sviluppo delle logiche di new public management che ha modificato i processi decisionali nella ricerca delle tre E “*efficienza, efficacia ed economicità*”.

Rebora (1999) identifica tre principali modelli fra i più rappresentativi del processo decisionale nelle PA. Un primo modello che deriva dagli studi di Simon è quello

della “razionalità limitata” in cui il processo decisionale nella fase di ricerca ed elaborazione è sostanzialmente influenzato da due variabili:

- la struttura economico-organizzativa dell'amministrazione
- l'orientamento cognitivo degli individui (ossia i valori e gli interessi che influenzano le persone)

La decisione allora diviene un processo di confronto fra le aspettative e aspirazioni dei decisori e i risultati raggiungibili attraverso le varie alternative di azione da realizzare e che influenzeranno gli studi di implementazione delle decisioni politiche.

Un secondo modello di riferimento presente in letteratura è quello dell'incrementalismo, derivato dagli studi di Lindblom. Secondo l'autore le variabili che influenzeranno il processo decisionale sono:

- la collocazione dei decisori rispetto alla struttura ed ai rapporti di poteri consolidati
- i valori, gli interessi e l'abilità negoziale dei decisori.

La decisione di applicare il modello incrementale scaturisce dalla contrattazione che i centri decisionali e i gruppi di pressione, interni ed esterni, attuano. Da questo modello deriva un approccio descrittivo in quanto frutto dell'osservazione dei processi che verranno sviluppati concretamente.

Un altro modello è quello razionale che, più di ogni altro, promuove la diffusione di tecniche e metodologie di valutazione con l'obiettivo di supportare il processo di

decision-making. Il punto di partenza di questo modello è l'adozione sistemica della realtà e il tentativo di razionalizzare i processi decisionali.

Infine, una variante del precedente paradigma è rappresentata dal modello umanistico (Rebora e Meneguzzo 1999; Meneguzzo 2005) che accentua l'aspetto umanistico a scapito di quello tecnocratico, sottolineando l'aspetto partecipativo e democratico della razionalità. In questo caso, la decisione è frutto della partecipazione dei soggetti esterni destinatari degli interventi per cui il processo di apprendimento e costruzione è orientato verso il consenso e la ricerca di un modus operandi che sia il migliore possibile. Ad ogni modo, il ruolo delle tecniche di valutazione è quello di superare le carenze conoscitive e promuovere lo sviluppo organizzativo della PA.

A questo proposito, va ricordato che i Piani di Ripresa sono cofinanziati dall'Unione Europea che, attraverso il programma MEANS, promosso da due Direzioni della Commissione Europea all'inizio degli anni 90, sposta l'attenzione dalle caratteristiche delle tecniche di valutazione al contesto istituzionale ed amministrativo nel quale le tecniche vengono adottate analizzando le prassi in uso e le esperienze concrete sviluppate sulla valutazione, dei programmi e delle politiche pubbliche di cinque paesi membri (Germania , Francia, Spagna Italia e Regno Unito). Il risultato più significativo di MEANS è rappresentato dalla conferma dell'esistenza di tre "paradigmi" che emergono dall'analisi delle prassi valutative adottate dalle Amministrazioni Pubbliche Nazionali:

- Il Paradigma Gestionale in cui si considera la valutazione come un processo finalizzato a misurare ed individuare gli effetti dell'azione pubblica al fine di migliorarne l'efficienza, mediante la ridefinizione degli stanziamenti di bilancio ma che trascura la dimensione politica o istituzionale del momento della valutazione.
- Il Paradigma Democratico che ha come fondamento la necessità di rinforzare i “contropoteri del sistema sociale rispetto alla PA”, accrescendo la qualità della vita democratica e responsabilizzando governo ed amministrazione pubblica sull'attenzione e sul rispetto delle esigenze dei cittadini e arricchendo il dibattito democratico con questi ultimi.
- Il paradigma Pluralista assegna alla valutazione il ruolo di “processo collettivo interno al sistema degli attori coinvolti in uno specifico intervento pubblico partendo da un esame dei suoi effetti sulla società e dall'esplicitazione dei sistemi di valore”.

Un altro approccio che assume rilevanza ai fini della categorizzazione delle diverse tecniche è il modello di Carley (*Rational Techniques in Policy Analysis*, Heinemann 1980) che assume come dimensione rilevante ai fini della classificazione delle tecniche di analisi, la dimensione temporale. Carley, riferendosi alla logica utilizzata nel processo decisionale, individua nel suo schema un'analisi ex ante o a priori ed un'analisi ex post o a posteriori a seconda che queste analisi siano condotte anteriormente o posteriormente rispetto alla fase di adozione delle politiche e dei programmi. Seppur risulti complicato effettuare una rigida demarcazione di

carattere temporale fra il prima e il dopo nel misurare il processo decisionale e l'impatto dei programmi e delle politiche pubbliche, questo tipo di approccio risulta comunque utile nella valutazione dell'incidenza sull'ambiente socioeconomico di riferimento in relazione alle azioni realizzate al fine di dare attuazione al piano, qualificando la coerenza o lo scostamento rispetto ai risultati attesi. Una seconda importante sistematizzazione nella letteratura internazionale sul management pubblico è quella effettuata da Boheret, che distingue diversi approcci alla valutazione:

- L'utilizzo di esperimenti controllati su due campioni che rappresentano gruppi di popolazione/utenti obiettivo dell'intervento pubblico (approccio sperimentale). Questo approccio è stato largamente utilizzato in passato nel settore sanitario e ripreso in parte recentemente nelle sperimentazioni collegate al *behavioral economics* (economia comportamentale);
- L'analisi dei programmi partendo dal riferimento generale dell'analisi dei costi-benefici e costi-efficacia, in termini di efficienza, efficacia ed equità. È la tipica valutazione ex ante ed ex post dei programmi correlati alla logica di tipo razionale con una precisa esplicitazione degli obiettivi e delle priorità delle organizzazioni pubbliche.

La dimensione sopra descritta determina le competenze necessarie e gli strumenti utilizzabili dal public management le cui caratteristiche più importanti sono il progressivo sviluppo verso una società di servizi, un ulteriore incremento della

produttività, l'approfondimento di nuovi campi di innovazione, il prevalere degli specialisti e le crescenti funzioni dello stato. Tra gli strumenti necessari per il *public management*, soprattutto per quelle attività tecnologicamente orientate all'innovazione, si possono utilizzare tecniche come:

- Metodi euristici, quali il *brain storming*
- Metodi di *target finding* che valutano gli obiettivi rivolti alla esplicitazione delle finalità dell'attuazione del programma
- Metodi di *decision making* come alberi decisionali e tabelle decisionali che permettono di individuare la decisione più opportuna da prendere.

Per le attività di direzione, in cui il rispetto delle norme legali è un aspetto essenziale è necessario utilizzare strumenti sperimentali di controllo preventivo, quali:

- Test sulle leggi ricollegabili, nel contesto italiano, alla AIR (analisi di impatto della regolazione);
- Metodi di controllo ex ante dei bilanci
- Studio degli scenari sull'implementazione delle politiche pubbliche.

In una società post-moderna che si caratterizza per la presenza di una combinazione di istituzioni plurali e libere, interazioni orizzontali (equità), strutture di vita diversificate con un cambio di valori quali autorealizzazione, solidarietà, amicizia, società libera dal dominio dell'economia, decentramento dello stato e attento utilizzo delle risorse, gli strumenti di gestione dovranno essere maggiormente

aderenti alle necessità di una società nuova, riconducibili ai paradigmi della *New Public Governance* coerente con il modello dello Stato post regolatore/Stato della performance.

Tuttavia, in mancanza di un modello consolidato di riferimento, un approccio adottato negli ultimi vent'anni prima dalla CEE e poi dall'Unione Europea per l'utilizzo dei fondi strutturali, pone la distinzione tra sorveglianza, valutazione e controllo, distinguendo poi tra valutazione ex ante, che consiste nel precisare in anticipo quanto atteso da una politica, valutazione ex post, che consiste nel descrivere l'impatto dopo l'implementazione della politica e valutazione in corso d'opera, che è la tempestiva valutazione dell'esecuzione e dell'impatto in programma, da effettuare ad intervalli regolari, per l'intera durata dello stesso. Inoltre, le attività di controllo, sorveglianza e valutazione possono diventare un utile riferimento per la gestione ed attuazione del PNRR e, nello specifico, della missione 6, che finora appare molto focalizzata sul controllo e poco orientata alla fase di sorveglianza.

Per gestire al meglio i progetti legati al PNRR, è necessario sviluppare specifiche competenze avanzate e a questo proposito l'ISIPM (Istituto Italiano di *Project Management*) ha costruito un gruppo di lavoro sul *Project Management* in Sanità e, FIASO, la Federazione delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere, ha scelto di valorizzarla come tecnica e metodologia a supporto dei processi di innovazione nelle aziende sanitarie.

Al fine di poter incentivare la capacità di queste ultime di istituzionalizzare e stabilizzare, nella gestione corrente, i progetti di innovazione, due aree progettuali possono essere molto utili per la futura attuazione del PNRR e, nello specifico, della missione n.6:

- Integrazione sociosanitaria in cui le aziende sanitarie hanno trasferito il 50% dei progetti di innovazione sviluppati;
- Le politiche del personale, che assumono elevata criticità per l'attuazione dei progetti previsti dal PNRR, in cui ben il 63% dei progetti è stato inserito nella gestione corrente.

Contestualmente bisognerà rafforzare le logiche di project management, ripensando alla formazione del personale, basandola sugli strumenti e sulle tecniche più innovative che oltre ad essere orientate verso una nuova prospettiva di tipo interistituzionale, prevede l'instaurazione di network e partnership.

Inoltre bisogna sottolineare che, rispetto al piano poliennale di investimenti nel SSN che, tra la fine degli anni '90 e l'inizio del 2000, prevedeva l'attuazione di progetti di manutenzione, ampliamento e costruzione di nuovi ospedali instaurando prevalentemente una relazione fra settore pubblico ed imprese private for profit, con il PNRR cambia radicalmente il sistema di relazioni che diventa *multistakeholder*, coinvolgendo il settore pubblico, il settore privato for profit e soprattutto il settore privato non profit (cooperative sociali, imprese sociali, associazioni e fondazioni operative).

Si andrà di seguito ad analizzare un altro aspetto importante che è la valutazione delle politiche pubbliche ex ante, in itinere ed ex post e quale impatto queste possano generare.

VALUTAZIONE EX ANTE e SCENARI di IMPLEMENTAZIONE

La valutazione ex ante è una valutazione che viene effettuata prima dell'implementazione di un progetto, di un programma o di una politica ed ha l'obiettivo di fornire informazioni strumentali in merito al disegno dell'intervento. Un'importante metodologia di riferimento per l'analisi ex ante è rappresentata dal system thinking, che si occupa di identificare le relazioni causa-effetto collegate ai processi di attuazione delle politiche pubbliche.

Il system thinking risulterà essere utile come scenario di attuazione delle politiche del PNRR relative alla missione 6 Salute, soprattutto per ciò che riguarda il potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale. Case della salute ed Ospedali di Comunità richiedono la disponibilità di personale medico, infermieristico e sociosanitario specializzato con due importanti condizioni preliminari rappresentate dalla disponibilità di risorse finanziarie sul Fondo sanitario Nazionale gestione corrente e sui tempi rapidi di avvio e attuazione dei concorsi. La possibilità di assunzione di personale in tempi brevi rappresenta un fattore critico per il successo di attuazione del PNRR tenendo conto che, secondo le proiezioni FIASO,

al 2025 (anno a metà del periodo di attuazione del PNRR) saranno 40.253 i medici con più di 65 anni, stimando che le cessazioni dal servizio saranno circa 54.380 e che il 35% dei medici abbandonerà il SSN. Scenari di attuazione elaborati in base al *System Thinking* dovranno seriamente attenzionare la carenza di personale medico ed infermieristico e le effettive capacità di risposta del SSN a questa criticità.

Per poter comprendere meglio la metodologia del *System thinking* si deve far riferimento al modello sulle potenzialità dei PPP – Partenariato pubblico privato nel settore pubblico locale (Comuni, imprese di servizi pubblici locali, aziende sanitarie) che nel 2010 (Fiorani 2014), segnato dalla crisi economico finanziaria, ha avuto anche in Italia un forte impatto sia sulla gestione finanziaria e sulle politiche innovative di investimento dei Governi locali (riduzione delle entrate), che sulla domanda di servizi socio-sanitari e occupazione con conseguente aumento della spesa.

Attraverso la logica *System Thinking* che individua la relazione fra causa ed effetto è possibile individuare alcune dinamiche verificatesi in quell'anno e che verosimilmente potrebbero ripetersi nei prossimi tre anni di attuazione del PNRR in riferimento alla missione salute:

- Minore attenzione verso operazioni PPP da parte di imprese private;
- Ridotta autonomia finanziaria degli Enti locali e delle Aziende Sanitarie italiane che riducono i margini di manovra sulla possibilità di attivare, per esempio, vendita di servizi;
- Un aumento dei costi a causa della crescente domanda di servizi sanitari, sociali e occupazione.

In quell'anno l'aumento del 20% della domanda di servizi sociali aveva determinato, per gli enti locali, una spesa di circa di circa 1,6 miliardi di euro (+8% nel 2009 rispetto al 2008). Questo maggiore impegno e le difficoltà finanziarie a livello locale, dovute anche al patto di Stabilità e alla minore autonomia finanziaria, provocarono il ridimensionamento delle politiche di investimento in opere pubbliche e sanità.

Nella sua configurazione attuale, il SSN appare relativamente omogeneo per le specificità dei diversi sistemi sanitari regionali in termini di capacità programmatiche e di sostenibilità del sistema di offerta dei servizi, per cui il modello *system thinking* dovrà necessariamente tenerne conto in relazione alle modalità di attuazione del PNRR.

Per meglio comprendere il tema “sostenibilità” è opportuno ricordare le considerazioni contenute nel rapporto ASTRID 2010 in cui sono stati individuati tre differenti ambiti per la valutazione della sostenibilità del SSN (Cepiku, Fiorani e Meneguzzo, 2010).

La prima dimensione è rappresentata dalla sostenibilità istituzionale-amministrativa. Negli ultimi trent'anni, infatti, sono emerse le difficoltà e la ridotta capacità da parte delle regioni di dare risposte in merito alle sfide istituzionali, con chiari segnali di deficit e significativi ritardi nell'avvio e messa in atto della riforma dei primi anni '80, nei processi di aziendalizzazione e di regionalizzazione per quel che riguarda il consolidamento del ruolo di governance e programmazione anche in relazione alla differente capacità da parte dei sistemi sanitari regionali di adottare logiche di management pubblico e di management sanitario.

Una seconda importante dimensione è rappresentata dalla sostenibilità economico-finanziaria, con riferimento alla capacità di mettere a disposizione risorse finanziarie sui FSR al fine di garantire il funzionamento di Case della salute, centri sanitari di comunità ed ospedali di comunità attraverso l'assunzione di nuovo personale, acquisto di beni e servizi, investimenti in innovazione e sanità digitale.

Infine, la terza dimensione è riconducibile alla sostenibilità organizzativa: le differenze di risultati economico-finanziari, i deficit accumulati e la disomogeneità nelle performance dei SSR, evidenziata dalle valutazioni condotte dal Ministero della Salute in collaborazione con il laboratorio MES della scuola superiore Sant'Anna di Pisa, trovano tra le principali motivazioni il modello di offerta dei servizi adottato, la qualità delle risorse umane e le scelte organizzative e gestionali. In questo senso diventa estremamente rilevante la capacità da parte dei SSR di innovare i modelli di offerta e promuovere l'organizzazione di reti di servizi

sanitari. Non si può più ignorare che le organizzazioni sanitarie, sia pubbliche che private for profit, in un futuro prossimo si caratterizzeranno sempre di più come aziende ad alta intensità di personale (*labor intensive*) e ad alta intensità di competenze professionali e tecnologiche e, questa complessità risultante dalla combinazione tra *labor intensive*, *technology intensive* e *skill intensive*, comporterà un insieme di attività sempre più significative e distintive che costituiranno il vero “*core*” della missione Salute.

VALUTAZIONE in ITINERE

La valutazione in itinere è una valutazione che potrebbe svolgersi in due differenti modalità:

- Relativamente ad uno specifico momento dell’implementazione in cui vengono calcolati i risultati sin lì ottenuti, con lo scopo di verificarne il progresso;
- Una valutazione effettuata momento dopo momento al fine di monitorare lo stato di avanzamento del progetto.

VALUTAZIONE EX POST e VALUTAZIONE DI IMPATTO

L'ultima fase in esame è la valutazione relativa agli impatti che possono essere declinati come impatti ambientali, sanitari e sociali che le organizzazioni generano in termini di valore non inteso come valore economico, ma come una serie di cambiamenti, sia positivi che negativi, riguardanti sia i singoli individui che intere società che coinvolgono aspetti come occupazione/disoccupazione, istruzione e formazione, salute e benessere fisico, inclusione o esclusione sociale.

Il processo di misurazione dell'impatto, in quanto multilivello e multidimensionale, dovrebbe aiutare l'organizzazione a gestire al meglio gli investimenti effettuati, identificando eventuali azioni correttive nel momento in cui i risultati ottenuti dovessero scostarsi dalle aspettative. Questo tipo di valutazione permette di condividere con i propri stakeholder quella che è l'efficacia con cui sono stati raggiunti gli obiettivi economici e sociali, allineando i target operativi con le aspettative dei principali interlocutori e permettendo una pianificazione strategica poiché si parte dal bisogno che si intende soddisfare per poi arrivare al cambiamento che si intende ottenere (Kail e Lumley, 2012). Le organizzazioni o aziende, in questo caso le ASL ed AO, adottando la teoria del cambiamento hanno la possibilità di identificare gli *outcome* strategici che in quanto soggetti a misurazione, devono necessariamente essere collegati ad obiettivi che siano concreti e definiti per cui la valutazione di impatto va vista come una modalità di *accountability* esterna (Nicholls et al., 2015), verso gli Stakeholder che non vanno considerati come meri

destinatari di informazioni, ma come veri e propri produttori di conoscenza per cui risulta fondamentale il loro pieno coinvolgimento al fine di comprendere le conseguenze e i cambiamenti effettivamente generati e rafforzare la trasparenza dell'organizzazione.

Guardando poi agli strumenti che possono essere utilizzati per la valutazione di impatto, è possibile classificarli in tre diverse categorie:

- Quelli basati sugli *output* che considerano il contesto in cui le attività si concretizzano e i risultati ad esse collegati
- Quelli basati sugli *outcome* positivi ed intenzionali e che attribuiscono una scarsa rilevanza agli *outcome* non intenzionali
- Quelli olistici che collegando gli *outcome* alle attività, prevedono un forte coinvolgimento degli *stakeholder* per quanto riguarda la misurazione e la valutazione di impatto generato.

Infine, un'ulteriore classificazione (Calderini et al. 2018) distingue tre tipologie di approcci:

- Modelli volti a misurare la creazione di valore sociale;
- Modelli che articolano l'analisi della performance delle imprese in input, attività, output, *outcome*, impatti;
- Modelli che analizzano i risultati di un'organizzazione per dimensioni di performance.

In tal senso, il concetto di misurazione e creazione di valore sociale si collega strettamente con il concetto di valore pubblico (Deidda e Gagliardo, 2015) che rappresenterà un'importante area di ricerca sui potenziali impatti del PNRR, in modo particolare nella missione Salute.

A questo punto, va precisato che, sia a livello nazionale che internazionale, i processi valutativi e la dimensione dell'impatto stanno assumendo sempre più rilevanza soprattutto nel momento in cui si ragiona in termini di rendicontazione di risultati ed obiettivi raggiunti, ma anche riguardo l'apprendimento e la pianificazione strategica di interventi, programmi e politiche pubbliche.

Sono state, quindi, emanate delle linee guida relative alla redazione delle modalità di rendicontazione sociale, quali i bilanci sociali (GBS linee guida nazionali) e i report di sostenibilità (linee guida internazionali – *Global Reporting Initiative*), che promuovono la raccolta di dati quali-quantitativi al fine di esaminare e poi comunicare gli effetti generati su tutte le categorie di portatori di interesse e contestualmente, dare l'opportunità di poter ragionare su eventuali interventi di miglioramento. Per quanto riguarda i destinatari della valutazione di impatto, va precisato che la rendicontazione ha una duplice valenza: all'interno dell'organizzazione costituisce uno strumento necessario per comprendere con chiarezza come l'organizzazione operi ed eventualmente, su quali leve intervenire per ottenere risultati diversi, all'esterno, invece, la rendicontazione potrebbe essere

vista come strumento di comunicazione istituzionale e sociale, attraverso il quale si comunicano i risultati conseguiti dall'organizzazione stessa.

Per concludere questa breve trattazione e per completezza espositiva, è opportuno citare la Valutazione di Impatto sulla Salute (VIS) strettamente collegata alle valutazioni di impatto sociale. Secondo l'OMS, la VIS è “una combinazione di procedure, metodi e strumenti attraverso cui una politica o programma o progetto può essere valutato/giudicato in merito agli effetti che produce sulla salute della popolazione e alla distribuzione di questi nella popolazione”.

I valori su cui si basa la VIS riguardano la democrazia, l'equità, lo sviluppo sostenibile e l'utilizzo etico delle prove scientifiche e rappresenteranno un importante riferimento per alcune valutazioni pilota che dovranno essere effettuate sulla Missione 6 del PNRR ed in particolare per quelle relative all'assistenza sanitaria territoriale, indiscutibilmente in una prospettiva ex post, ma con importanti potenzialità di applicazione anche a livello ex ante. In particolare, la VIS ricopre un ruolo fondamentale per la prima componente della Missione 6 dedicata al potenziamento della sanità territoriale e che prevede cospicui investimenti per la costruzione di 1288 “Case di Comunità” nei prossimi tre anni, definendone caratteristiche e finalità, strutturate sul modello *hub&spoke* che è basato sulla previsione di “centri di eccellenza” come grandi ospedali in cui concentrare la casistica più complessa e di “centri periferici”, rappresentati da enti più piccoli. In tal senso, le Case della Comunità non saranno altro che luoghi fisici in cui andranno

ad operare team multidisciplinari comprendenti quattro diversi ambiti: promozione della salute, prevenzione, presa in carico e riabilitazione.

NASCITA E SVILUPPO DEL PROJECT MANAGEMENT: la gestione per progetti e il ruolo del project manager all'interno del project cycle management (PCM)

La nascita del *Project Management* risale agli inizi del Novecento e coincide con l'avvio dello sviluppo industriale. In quegli anni, infatti, Henry Gantt, considerato come il fondatore del *Project Management* moderno, ha elaborato il diagramma di Gantt che, attraverso tecniche di pianificazione e controllo, permetteva di monitorare l'andamento di un progetto. Se agli inizi del secolo si fece ricorso per la gestione e monitoraggio di importanti progetti relativi alla produzione di armamenti bellici, durante gli anni '50 vennero sviluppati modelli matematici per la gestione di grandi progetti per poi coincidere, nel corso degli anni, con una serie di attività che permettevano ad un progetto di realizzare il suo obiettivo incrementandone la possibilità di successo attraverso l'osservanza di alcuni criteri fondamentali come l'ottimizzazione dei tempi e il rispetto del piano iniziale in relazione ai tempi pianificati, al budget e allo scopo.

In seguito, la letteratura ha elaborato quattro modelli di approccio al PM: Predittivo, Iterativo, Incrementale e Adattivo.

Nell'approccio Predittivo (Plan Driven), lo scopo del progetto è già noto sin dall'inizio del suo ciclo di vita e, generalmente non muta durante il suo percorso e caratterizza progetti poco complessi dal punto di vista tecnologico ed organizzativo. Per quanto riguarda l'approccio Iterativo, anche se lo scopo viene determinato nella fase iniziale del progetto, questo può cambiare nel tempo insieme alle stime relative a costi e durata. In tal senso risulta più semplice gestire il cambiamento degli obiettivi, riducendone anche la complessità. Tale approccio risulta essere particolarmente utilizzato nell'industria bellica ed aerospaziale proprio perché in questi settori viene richiesto di realizzare un prototipo a conclusione della fase progettuale.

L'approccio incrementale può essere utilizzato per progetti che lanciano prodotti o servizi che abbiano bisogno di testare le reazioni del mercato. In questo tipo di approccio è possibile suddividere il progetto finale in più fasi in modo tale da procedere alla fase successiva dopo aver riscontrato la buona riuscita della prima avendo la possibilità di aggiungere a quest'ultima, funzionalità nuove che tengano conto del prodotto finale o del servizio che si intende realizzare.

Infine, l'approccio Adattivo si applica a progetti altamente tecnologici che presentano contemporaneamente un'elevata incertezza dei requisiti come accade, per esempio, per quei progetti che si concludono con lo sviluppo di un software.

In merito alla scelta delle metodologie e dell'approccio più adeguato alla gestione di un progetto, generalmente viene adottato un approccio ibrido al fine di scegliere

l'elemento più efficace dei vari approcci che possa consentire la migliore riuscita del progetto. In ogni caso, non esiste una regola assoluta da seguire, ma spetta al *project manager*, in accordo col team del progetto, effettuare una scelta che si concluda con l'approccio più adatto e che tenga conto delle peculiarità del progetto congiuntamente alle specificità del committente.

Per monitorare le varie attività che compongono un progetto, oltre al diagramma di Gantt, esiste il diagramma di Pert "*Program Evaluation Review Technique*" che permette di considerare la durata delle attività di un progetto in chiave probabilistica. Questo diagramma si sviluppa, in media, su tre distinte scadenze valutate in chiave probabilistica, dei tempi necessari per portare a termine un progetto:

- Una breve (stima ottimale)
- Una più realistica (stima probabile)
- Una lunga (stima pessimista)

I due diagrammi sopra descritti possono essere inseriti nello stesso diagramma ed essere funzionali l'uno all'altro nel contribuire a semplificare la fase di pianificazione di un progetto al fine di avere una visione di insieme attraverso il *Project Management*.

Per comprendere cosa si intenda con l'espressione *Project Management* è necessario risalire all'etimologia del termine "progetto" derivante dal latino "Pro Jectus" che tradotto significa gettare in avanti qualcosa per cui, l'origine stessa del

termine suggerisce che sostenere un progetto significa fissare una nuova meta da raggiungere tenendo conto degli sforzi di programmazione, economici ed organizzativi.

Secondo la più autorevole letteratura, la realizzazione di un progetto, nelle organizzazioni, comporta uno sforzo complesso da sostenere in un arco di tempo predeterminato, che culminerà nella realizzazione di un output che non esisteva prima e che creerà nuovo valore per l'azienda che potrà così sostenere minori costi e maggiori ricavi. Le caratteristiche principali di ogni nuovo progetto, che può consistere nella realizzazione di un'opera civile piuttosto che nella realizzazione di una banca dati o nello sviluppo di un nuovo prodotto, coincidono in primis con l'esigenza di uno sforzo che richiede l'impiego di risorse, costi e tempi che siano limitati in un arco temporale predeterminato, entro il quale tutti gli obiettivi devono essere raggiunti.

La realizzazione di un progetto richiede, inoltre, la successione di una serie di fasi che corrispondono alla pianificazione/programmazione, esecuzione, chiusura e monitoraggio ed in relazione a questo, la sua realizzazione presuppone la necessaria presenza di tre vincoli che costituiranno il triangolo degli obiettivi che rappresentano gli obiettivi del progetto e possono essere sintetizzati nel modo seguente:

- L'*output* del progetto che deve rispettare i requisiti di qualità che sono stati predefiniti
- L'*output* che deve essere realizzato nel rispetto di un determinato arco temporale
- L'*output* che deve essere realizzato nel rispetto del budget di programmazione.

I vincoli dei tre obiettivi appena citati, non sono gli unici vincoli che possono influenzare la realizzazione di un progetto in quanto questa può essere condizionata anche dalla disponibilità di risorse, come anche dalla possibilità di ottenere le autorizzazioni necessarie.

In origine il lavoro per progetti veniva utilizzato prevalentemente nel settore ingegneristico e delle costruzioni, tuttavia col passare del tempo, in seguito al cambiamento del lavoro aziendale sia pubblico che privato, si è ampliata notevolmente la possibilità di ricorrere a questa modalità di lavoro che in seguito alla sua diffusione, ha contribuito alla nascita di un nuovo tema di ricerca: la ” *Projectification*” che consiste nell’analisi della diffusione del lavoro per progetto nelle economie di diversi Paesi e rappresenta una vera rivoluzione dal punto di vista operativo richiedendo di rivedere completamente i processi decisionali, le configurazioni organizzative, gli strumenti operativi e gli iter autorizzativi sulla base del nuovo approccio che sottintende anche ad una maggiore propensione al rischio e una spinta all’innovazione che non sempre trovano spazio nei processi aziendali.

L'esigenza di fare ricorso all'utilizzo di nuove tecnologie viene avvertita anche nelle pubbliche amministrazioni, dove il ricorso all'innovazione tecnologica è finalizzato al miglioramento del rapporto con l'utenza, nonché all'offerta di nuovi servizi, alla semplificazione dei procedimenti amministrativi e alla digitalizzazione dei servizi.

Dal punto di vista della governance, con il passaggio alla projectification si assiste ad un passaggio di potere a favore del project manager che, nel nuovo contesto organizzativo, deve essere molto orientato alle persone per la risoluzione di aspetti di gestione delle risorse umane, più che mai decisivi per la riuscita di ogni singolo progetto.

A questo punto è possibile analizzare in quale modo si procede alla gestione dei progetti nell'ambito dei sistemi organizzativi tanto nelle imprese quanto negli enti della pubblica amministrazione chiarendo quali siano gli elementi che contraddistinguono il sistema organizzativo di un'organizzazione con particolare riferimento all'insieme di variabili che ne influenzano tanto il funzionamento quanto la performance. A partire dagli anni '80, sono stati proposti diversi modelli organizzativi nell'ambito delle teorie sulla contingenza della progettazione organizzativa. Waterman, Peter e Phillips, nell'elaborazione del loro modello hanno tenuto conto delle seguenti variabili che compongono un sistema organizzativo che sono: la struttura, i sistemi operativi, le hard skills e soft skills, gli stili direzionali, gli stili decisionali che possono prediligere l'assunzione di decisioni a livello

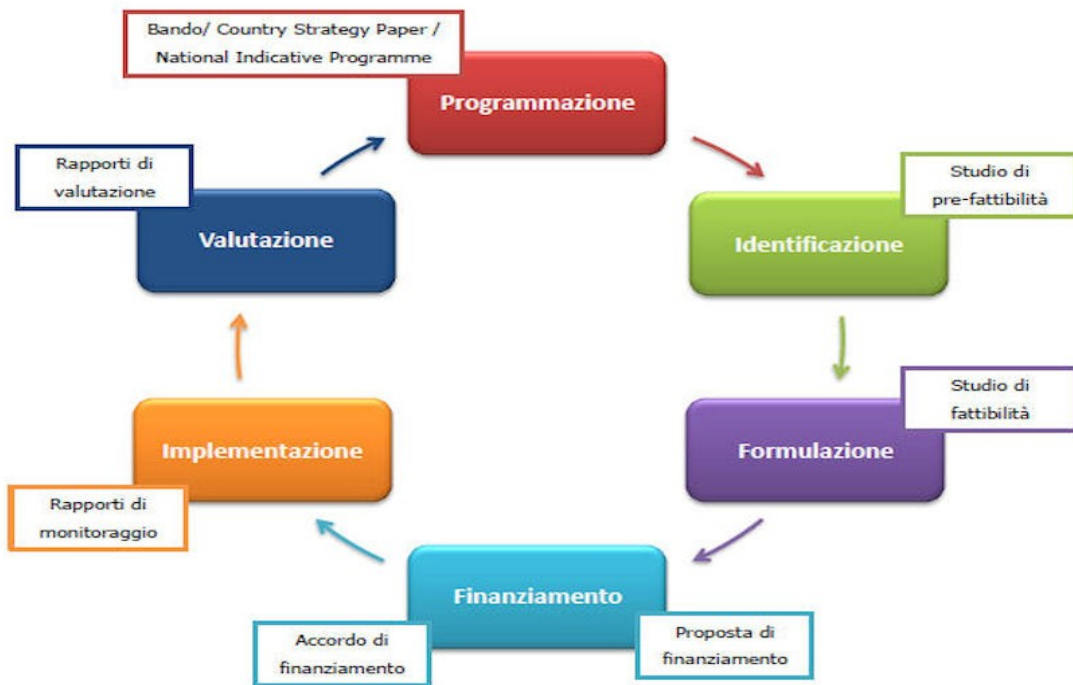
accentrato oppure la partecipazione dei collaboratori alle stesse, il sistema dei valori e la cultura organizzativa e, in ogni caso, l'approccio per progetti nelle organizzazioni non può prescindere dal considerare le variabili sopra elencate. Per quanto riguarda il rapporto fra *Project Management* ed utilizzo dei fondi europei per la realizzazione di progetti elaborati non solo in Italia ma anche negli altri Paesi europei, l'Unione europea ha fissato degli obiettivi che possono essere così sintetizzati:

- A livello di strategia Europea: definire programmi, progetti ed altre attività miranti a raggiungere gli obiettivi della strategia;
- A livello di finanziamento europeo: selezionare e finanziare progetti tra loro coordinati che consentano in maniera sinergica il raggiungimento degli obiettivi del programma
- A livello di singolo progetto: “formulare e gestire i singoli interventi”

La relazione che si instaura fra programma e progetto viene denominata *PROJECT CYCLE MANAGEMENT* che, in ogni fase del programma, identifica compiti e responsabilità dei due principali soggetti coinvolti: a) il soggetto finanziatore, e quindi l'ente responsabile della gestione del progetto europeo coincidente con le istituzioni europee o nazionali; b) il soggetto attuatore e quindi l'ente o l'organizzazione responsabile dell'attuazione del singolo progetto finanziato nell'ambito del programma(organizzazioni pubbliche o private, enti no profit, imprese del territorio).

Attraverso il PCM, la commissione Europea, sin dal 1992, ha individuato un efficace strumento di supporto per la gestione di progetti nell'ambito delle politiche a sostegno della cooperazione e dello sviluppo. Grazie al PCM, sono stati fissati criteri guida da osservare per la realizzazione dei progetti finanziati dai fondi europei: vengono definite le decisioni chiave; le fasi del ciclo di vita di un progetto devono essere definite; monitoraggio, valutazione e programmazione rappresentano il punto di partenza per ogni nuovo progetto. La gestione del Ciclo del Progetto lega le sopracitate fasi l'una all'altra in modo tale che le questioni pertinenti siano esaminate in maniera sistematica, ed in modo che l'approccio e la metodologia del Ciclo del Progetto garantiscano la centralità degli obiettivi e delle questioni di sostenibilità.

Nell'organigramma aziendale, la responsabilità che grava sul *Project Manager* varia a seconda della tipologia dei progetti esterni o interni. Nel caso di progetti esterni di aziende che lavorano su commessa, il project manager assume la responsabilità nella gestione delle commesse riferendo alla Direzione generale o alla Direzione tecnica. Nell'ambito di un organigramma aziendale di aziende che organizzano progetti interni, la figura del *Project Manager* svolge un ruolo piuttosto limitato, poiché viene nominato all'inizio di un progetto e termina la sua attività al momento della sua conclusione non rappresentando un'autorità formale nei confronti delle risorse professionali che sono coinvolte nella realizzazione del progetto



Project cycle management

CAPITOLO 4

IL PNRR E LA MISSIONE N.6 “SALUTE”: Le ricadute sul Sistema Sanitario Nazionale e Regionale

Prima di illustrare le novità organizzative della riforma, è doveroso soffermarsi brevemente sulle criticità che la riforma mira ad eliminare parallelamente agli obiettivi che intende raggiungere.

A tal proposito, bisogna ricordare che il testo del PNRR in relazione alla Missione 6 Salute, pone l'accento su alcuni aspetti critici riguardanti la tutela della salute in Italia:

- Disparità territoriali in termini di erogazione e prestazioni sanitarie, in particolar modo di tipo preventivo ed assistenziale;
- Inadeguata integrazione tra Ospedale e Territorio, scoordinata anche rispetto agli interventi di assistenza sociosanitaria;
- Elevati tempi di attesa per l'esecuzione di prestazioni sanitarie
- Incapacità da parte del sistema sanitario di creare sinergie per la tutela dell'ambiente, istruzione/educazione e urban planning.

In poche parole, una sanità ripiegata su sé stessa e non sufficientemente reattiva riguardo alle sfide future a cui dovrà dare necessariamente risposte puntuali. Di conseguenza il legislatore consapevole di questo stato di cose ha deciso di

intervenire attraverso la riorganizzazione e il potenziamento generale del settore con due iniziative che fanno parte integrante della *mission*:

- Innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN che significa ammodernamento delle strutture e degli strumenti utilizzati per le attività di tutela della salute, un maggior investimento nella formazione del personale sanitario e un utilizzo più massiccio degli strumenti messi a disposizione dall'innovazione tecnologica ed informatica come il fascicolo sanitario elettronico.
- Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale mediante la creazione di strutture innovative come la Casa di Comunità e l'Ospedale di comunità insieme al potenziamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).

IL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA

La pandemia di Covid 19 ha messo sotto pressione la rete dei servizi sociali e sanitari, esposti ad un'onda d'urto imprevista, ma non imprevedibile, che ha fatto esplodere la domanda di prestazioni sanitarie e di interventi sociali. A causa degli effetti destabilizzanti causati dalla pandemia, l'Unione Europea si è attivata giungendo all'individuazione di un'immensa quantità di risorse comuni al fine di varare una serie di interventi paragonabili al piano Marshall per dimensioni e caratteristiche.

Nel 2020, per la prima volta nella storia dell'Unione Europea, il bilancio è stato suddiviso in due parti: il Quadro finanziario pluriennale (Multi annuale *Financial Framework*), ed il *Next Generation EU*, conosciuto come *Recovery Fund*.

Per fronteggiare gli effetti della pandemia e favorire la ripresa delle economie nazionali, sono stati stanziati 750 miliardi di euro che l'Unione Europea ha recuperato ricorrendo al prestito sui mercati internazionali.

Per quanto riguarda l'Italia, le risorse disponibili saranno di 191,50 miliardi di euro il 36% dei quali saranno sovvenzioni da non restituire pari a 68,90 miliardi, mentre i restanti 122.60 miliardi (64%) dovranno essere restituiti. Pertanto, il nostro PNRR avrà fondi per una dotazione complessiva pari a 235,64 miliardi di euro con un'ulteriore integrazione di risorse derivanti dal Fondo Nazionale Complementare e dal Quadro Finanziario Pluriennale 2021-2027 pari a 40 miliardi di euro.

Per poter ottenere questo finanziamento, gli Stati membri nel periodo che intercorre fra gennaio e aprile 2021 hanno presentato un piano nazionale di ripresa e resilienza e il 13 luglio 2021 si è giunti all'approvazione del Piano per cui l'Italia ha potuto usufruire di un anticipo del 13% pari a 25 miliardi di euro, delle intere risorse a sua disposizione.

Tale doverosa premessa è propedeutica alla comprensione degli effetti che potranno essere generati dalla gestione dei fondi del PNRR sul Sistema Sanitario Nazionale e Regionale per la stretta relazione fra le evidenti criticità generate dalla pandemia su tali sistemi ed il Piano di Ripresa e Resilienza la cui missione dovrebbe rappresentare un decisivo punto di svolta imponendo nuove soluzioni e nuove policy maggiormente incisive e innovative.



Come premesso, dopo l'avvento della pandemia il SSN e Regionale sono stati messi a dura prova e nel 2021, al fine di supportare un settore in prima linea nella lotta contro l'ondata pandemica, si è cercato di definire un nuovo Piano di intervento prevedendo un gruppo di provvedimenti finalizzati a riordinare l'assetto e la gestione delle cure primarie e della medicina generale con lo scopo di rafforzare l'assistenza territoriale. Rafforzare non nel senso di aumentare il numero delle prestazioni erogate semplicemente incrementando quantitativamente l'assetto organizzativo attuale ma piuttosto un riordino strutturale che pone l'accento su un cambiamento qualitativo della concezione di assistenza territoriale. In tal senso il PNRR dovrebbe rappresentare il punto di svolta imponendo nuove soluzioni organizzative e attuative. Ma, come è ben noto, le decisioni di policy sono spesso caratterizzate da difficoltà connesse alla partecipazione di una pluralità di soggetti che molto spesso adottano strategie non univoche e perseguono obiettivi divergenti; alla luce di questa complessità, risulta evidente che una riforma adeguata di un settore così complesso come quello sanitario, non possa limitarsi a recepire passivamente le istruzioni previste dal dispositivo normativo nazionale, ma deve coordinarle con le peculiarità, le scelte normative ed organizzative, proprie di ogni contesto territoriale.

Pertanto, al fine di avviare un'adeguata riforma delle politiche in ambito sanitario è fondamentale tener conto non solo delle dimensioni della sfera pubblica (normative, istituzionali, organizzative ed economiche) ma soprattutto dei vari

livelli sistematici che interagiscono tenendo conto della macro-politica nazionale, delle categorie organizzative coinvolte nella riforma a livello regionale e soprattutto dell'impatto che tale riforma produrrebbe sui destinatari finali.

STRUTTURA E MISSIONI DEL PNRR

La prima versione del PNRR approvata il 12 gennaio del 2021, in seguito all'avvento del governo Draghi, è stata modificata predisponendo una nuova versione maggiormente strutturata, successivamente approvata dalle Camere ed inviata alla Commissione europea il 30 aprile del 2021 che l'ha approvata il 22 giugno dello stesso anno.

Questa revisione ha favorito un incremento complessivo delle risorse per l'ammontare di 235,6 miliardi di euro nella quale somma confluiscono tre diverse linee di finanziamento:

- 191,5 miliardi di euro della *Recovery and Resilience Facility* -RRF (risorse europee) sono finanziati dall'Unione europea attraverso il dispositivo per la Ripresa e la Resilienza dei quali 68,9 miliardi sono sovvenzioni a fondo perduto e 122,6 miliardi sono prestiti.
- 30,6 miliardi di risorse nazionali sono parte di un fondo complementare, finanziato attraverso lo scostamento pluriennale di bilancio approvato nel Consiglio dei

ministri del 15 aprile e autorizzato dal Parlamento, a maggioranza assoluta, nella seduta del 22 aprile.

- 13 miliardi del React EU, il pacchetto di assistenza alla ripresa per la coesione e i Territori d' Europa, altro strumento del *Next Generation UE* da spendere nel triennio 2021-2023.

Il PNRR è strutturato in quattro capitoli fondamentali:

- 1) Obiettivi generali e struttura del Piano
- 2) Riforme e investimenti
 - a) le riforme
 - b) le missioni
- 3) Attuazione e monitoraggio
- 4) Valutazione dell'impatto macroeconomico

Il piano si sviluppa intorno a tre assi strategici che sono stati condivisi a livello europeo:

- Digitalizzazione e innovazione;
- Transizione ecologica;
- Inclusione sociale e riequilibrio territoriale;

Inoltre, il Piano si articola in 16 componenti, raggruppate in sei Missioni (aree tematiche principali su cui intervenire, individuate in piena coerenza con i sei

pilastri del Next Generation EU): Digitalizzazione, Innovazione, Competitività, Cultura e Turismo; Rivoluzione verde e transizione Ecologica; Infrastrutture per una mobilità sostenibile; Istruzione e Ricerca; Inclusione e Coesione; Salute.

Le componenti sono aree di intervento che affrontano sfide specifiche, composte a loro volta da investimenti e Riforme.

Le Missioni e le Componenti

1. Missione 1: Digitalizzazione, Innovazione, competitività, cultura e turismo
 - 1.1. M1C1: Digitalizzazione, innovazione e sicurezza nella PA
 - 1.2. M1C2: Digitalizzazione, Innovazione e competitività nel sistema produttivo
 - 1.3. M1C3: Turismo e cultura 4.0
2. Missione 2: Rivoluzione verde e transizione ecologica
 - 2.1. M2C1: Economia circolare e agricoltura sostenibile
 - 2.2. M2C2: Energia rinnovabile, idrogeno, rete e mobilità sostenibile
 - 2.3. M2C3: Efficienza energetica e riqualificazione degli edifici
 - 2.4. M2C4: Tutela del territorio e della risorsa idrica
3. Missione 3: Infrastrutture per una mobilità sostenibile
 - 3.1. M3C1: Investimenti sulla rete ferroviaria
 - 3.2. M3C2: Intermodalità e logistica integrata

4. Missione 4: Istruzione e ricerca

4.1. M4C1: Potenziamento dell'offerta dei servizi di istruzione: dagli asili nido alle università

4.2. M4C2: Dalla ricerca all'impresa

5. Missione 5: Coesione ed Inclusione

5.1. M5C1: Politiche per il lavoro

5.2. M5C2: Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore

5.3. M5C3: Investimenti speciali per la coesione territoriale

6. Missione 6: Salute

6.1. M6C1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale

6.2. M6C2: Innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN



Le sei Missioni sopra descritte sono state dotate delle seguenti risorse comprensive degli stanziamenti previsti dal Fondo complementare.

- Digitalizzazione, innovazione, Competitività, Cultura e Turismo
Stanzia 40,29 miliardi dal Dispositivo per la Ripresa e la Resilienza (21,04 % del PNRR) e 8,74 miliardi dal Piano complementare.
- Rivoluzione Verde e Transizione Ecologica
Stanzia 59,46 miliardi dal dispositivo per la Ripresa e la Resilienza (31,05 % del PNRR) e 9,16 miliardi dal Piano complementare.
- Infrastrutture per una mobilità sostenibile
Stanzia 25,40 miliardi dal Dispositivo per la Ripresa e la Resilienza (13,26 % del PNRR) e 6,06 miliardi dal Piano complementare.
- Istruzione e Ricerca
Stanzia 30,88 miliardi dal Dispositivo per la Ripresa e la Resilienza (16,13 % del PNRR) e 1 miliardo dal Piano complementare.
- Inclusione e Coesione
Stanzia 19,85 miliardi dal Dispositivo per la Ripresa e la Resilienza (10,37 % del PNRR) e 2,77 miliardi dal Piano complementare
- Salute

Stanzia 15,63 miliardi dal Dispositivo per la Ripresa e la Resilienza (8,16 % del PNRR) e 2,89 miliardi dal Piano complementare.

Contestualmente, nell'ambito di una strategia di tale e tanta portata, si collocano tre priorità trasversali che perseguono come obiettivi: la parità di genere, la protezione e la valorizzazione dei giovani, il superamento dei divari territoriali. Riguardo al perseguimento di quest'ultimo obiettivo, il PNRR rappresenta un'occasione imperdibile per affrontare un problema che da diverso tempo impedisce l'effettivo sviluppo del nostro Paese: il divario fra Nord e Sud e, questo sensibile divario nella crescita di queste due aree del nostro territorio nazionale si è reso ancor più evidente durante la pandemia incidendo pesantemente sull'occupazione femminile e giovanile.

È evidente, pertanto che le risorse del PNRR rappresentano una straordinaria opportunità per superare la debolezza strutturale del sistema produttivo del mezzogiorno che nonostante continui ad essere un territorio popoloso (ci vive un terzo della popolazione italiana) risulta essere tra i territori più arretrati dell'area Euro in quanto si produce solo un quarto del prodotto nazionale lordo. Il superamento del divario sociosanitario, congiuntamente al rilancio economico di quest'area del nostro paese, rappresentano alcuni tra gli obiettivi prioritari del PNRR.

LA MISSIONE n.6 “SALUTE”

Malgrado la consistente riduzione degli investimenti che ha caratterizzato la spesa per la sanità pubblica negli ultimi anni, il nostro paese continua a presentare un discreto Sistema Sanitario Nazionale che, in occasione della pandemia Covid-19 è stato riconosciuto dal mondo intero come uno tra i più efficienti poiché ha garantito la tutela della salute come diritto fondamentale di tutti i cittadini ottenendo buoni risultati anche grazie all'elevata competenza professionale del personale medico ed infermieristico. Altresì, per onestà intellettuale, bisogna riconoscere che durante le varie ondate pandemiche sono emersi alcuni elementi di debolezza rispetto ai principali partner europei in termini di disparità significative fra le varie regioni a livello organizzativo e per offerta di servizi. Questo ha reso imperativa la richiesta di interventi di ristrutturazione del nostro SSN, realisticamente realizzabile solo in virtù delle risorse ad esso destinate dal PNRR.

In tal senso la strategia della Missione n.6 ha lo scopo di far fronte e, laddove possibile, dare soluzione ai tanti aspetti critici che sono prepotentemente emersi durante l'emergenza pandemica, prevedendo una serie di investimenti che saranno finalizzati a soddisfare le esigenze di cura dei pazienti ovunque questi siano residenti sul territorio italiano articolandosi in due componenti che perseguono fondamentalmente due scopi principali:

- Potenziare la capacità di prevenzione e cura del SSN a beneficio di tutti i cittadini, garantendo un accesso equo e capillare alle cure attraverso la creazione di reti di prossimità e il potenziamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata
- Promuovere la ricerca e l'utilizzo di tecnologie innovative nella medicina, attraverso il rafforzamento del Fascicolo Sanitario elettronico, lo sviluppo della telemedicina e assistenza remota con l'attivazione di 602 Centrali Operative Territoriali.

I sopracitati scopi che la Missione 6 si prefigge di perseguire potranno essere realizzati solo a condizione che siano messe in atto le seguenti misure:

1. Consolidare il ruolo del Distretto nella sanità locale e nella prevenzione primaria e secondaria.
2. Consolidare il ruolo della comunità, attraverso l'individuazione di Case di Comunità, come punto di riferimento locale per le problematiche sociali e sanitarie
3. Implementare i processi di valutazione dei bisogni della popolazione per livello di complessità attraverso il rafforzamento dei Punti Unici di Accesso sociosanitario (PUA) e delle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVMD)
4. Migliorare l'Assistenza Domiciliare, in particolar modo per le persone vulnerabili e disabili, attraverso lo sviluppo di tecniche di telecontrollo e domotica
5. Accrescere le competenze professionali degli operatori sanitari anche riguardo le nuove tecnologie

6. Assicurare la proattività dei servizi sanitari nel campo dell'igiene pubblica quale mezzo per garantire la salute della popolazione rafforzando la pianificazione, il monitoraggio e il coordinamento.
7. Progettare e attuare una riforma strategica e un piano di investimenti per la salute e la tutela dell'ambiente
8. Incrementare i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) al fine di migliorare gli *outcome* previsti dal Nuovo Sistema di Garanzia del Ministero della Salute Italiano. Nell'impianto progettuale, le Case di Comunità rivestiranno un ruolo strategico nel potenziamento della medicina territoriale in quanto avranno lo scopo di facilitare la fruizione dei servizi sociosanitari da parte della comunità. Queste strutture, infatti, garantiranno ai cittadini la possibilità di poter consultare un MMG, un Pediatra o un Infermiere di Famiglia durante tutto l'arco della giornata al fine di dare una risposta adeguata a gran parte delle necessità assistenziali secondo il modello organizzativo della CdC.

Nello specifico, ogni Casa di Comunità sarà dotata di 10-15 sale di consulenza, punto prelievi e servizi di diagnostica (ecografia, elettrocardiografia, radiologia, spirometria) e vi opereranno 5 unità di personale amministrativo, 10 MMG ed 8 Infermieri di Comunità.

Le funzioni della Casa di Comunità saranno:

- Reception ed orientamento;
- Amministrazione (Centro Unico di Prenotazione);

- Valutazione dei bisogni;
- Assistenza dei MMG e dei Pediatri di libera scelta (PLS);
- Assistenza infermieristica (continuità di cura clinica e infermieristica per la gestione integrata delle patologie croniche);
- Assistenza specialistica e supporto dei percorsi;
- Prevenzione collettiva ed igiene pubblica (vaccinazioni e screening);
- Consulenza per donne, bambini, giovani e famiglie; cura della salute mentale e delle dipendenze patologiche;
- Eventuale chirurgia ambulatoriale, recupero e rieducazione funzionale, rete di assistenza domiciliare e cure palliative.

Per la realizzazione di ogni Casa di Comunità sono previsti i seguenti costi:

- Supporto operativo per la realizzazione: euro 261.504;
- Costi di struttura (800 mq): euro 1.280.000;
- Costi di interconnessione e tecnologici: euro 272.592;

Le 1288 Case di Comunità che saranno realizzate complessivamente in tutto il Paese, entro il 2026, saranno distribuite in un rapporto di una CdC ogni 46 mila abitanti.

Inoltre, i finanziamenti del *Recovery Fund*, diretti alla ristrutturazione del nostro SSN, prevedono altri due grandi interventi strutturali:

- 4 miliardi di euro diretti alla realizzazione di 602 Centri Operativi territoriali (uno ogni 99mila abitanti) che avranno l'obiettivo di definire un modello condiviso per il rafforzamento dell'assistenza primaria incoraggiando il ricorso alla telemedicina ed a forme di assistenza domiciliare
- 1 miliardo di euro per 380 Ospedali di Comunità.

Da quanto sin qui esposto , si può comprendere come il PNRR rappresenti un documento di estrema importanza che porterà ad una trasformazione di tutto il nostro SSN sia a livello strutturale che organizzativo ma, per poter raggiungere gli obiettivi prefissati, sarà necessario ed auspicabile progettare un nuovo modello di “*governance*” che tenga in considerazione sia la forte dinamica di decentramento che caratterizza le Regioni italiane, sia l'orizzonte temporale di soli cinque anni imposto dall'Unione Europea. In tal senso, il livello centrale dovrebbe definire, in accordo con le regioni, la direzione strategica da seguire e, a loro volta, le regioni dovrebbero provvedere alla produzione di un piano contenente le indicazioni programmatiche per il proprio territorio di riferimento che siano comunque in linea con i macro-obiettivi del PNRR. Dunque, una *governance* multilivello centrale che coordini e supporti le regioni nella gestione dei fondi per la realizzazione dei progetti finalizzati al raggiungimento degli *outcome* prefissati. A tal fine, il Ministero della Salute dovrà valutare tutti i progetti secondo le logiche di *impact*

evaluation per verificarne la sostenibilità e fattibilità intrinseca, nonché la loro coerenza rispetto alla programmazione regionale generale prevedendo un sistema di monitoraggio multidimensionale della performance e dei risultati attesi che possa scongiurare il rischio che un piano di investimenti di così grandi dimensioni si traduca in un processo di dispersione degli interventi che vanifichi ogni tentativo di cambiamento del sistema. Per tale ragione, questo tanto auspicato cambiamento deve necessariamente basarsi su tre specifici fattori abilitanti e su una serie di specifiche aree di intervento:

Il primo fattore abilitante è rappresentato dalla ricerca e dall'innovazione in ambito sanitario, condizione essenziale per la costruzione di un SSN d'avanguardia che sia in grado di rispondere tempestivamente ai bisogni dei pazienti e recepire il cambiamento tecnologico, scientifico e sociale in atto;

Il secondo fattore abilitante è costituito dalla trasformazione digitale e dall'utilizzo dei *Big Data* che rappresentano la vera rivoluzione del modo attraverso cui verranno forniti i servizi sanitari e questo sarà possibile solo attraverso il superamento di tutte quelle barriere che rendono difficile l'interoperabilità dei sistemi e l'integrazione dei dati;

Il terzo e ultimo fattore abilitante riguarda la ridefinizione dei percorsi formativi nell'ambito delle competenze professionali e gestionali che consentano di acquisire e sviluppare solide conoscenze in settori ancora poco presidiati e finalizzate al raggiungimento degli obiettivi contemplati nei vari progetti.

Contestualmente, al fine di garantire un'ottimale attuazione del PNRR in ambito sanitario, si dovrà intervenire su alcune aree, strategicamente rilevanti, che si andrà ad analizzare di seguito in dettaglio.

- La prima area di intervento riguarda la prevenzione che unita alle diverse tecnologie di diagnosi e cura, rappresenta uno strumento fondamentale per il miglioramento dell'aspettativa di vita. La prevenzione primaria, contemplata fra gli obiettivi del PNRR, presta attenzione all'ambiente, ai comportamenti delle persone ed a tutti quei fattori che concorrono all'insorgenza delle malattie cronico-degenerative che dovranno essere gestite sul territorio attraverso la presa in carico del paziente fragile.
- La seconda area di intervento riguarda la revisione della rete ospedaliera che dovrebbe ridefinire la vocazione dei piccoli ospedali così come quella dei grandi ospedali, al fine di garantire il raggiungimento di una competenza clinica adeguata. In tal senso, vanno attuate logiche di specializzazione o di accorpamento che superino le vecchie logiche secondo cui gli ospedali venivano identificati in base al bacino di utenza a favore di soluzioni logistiche più adeguate alle esigenze del paziente, in relazione alla complessità della situazione clinica, del livello di acuzie e del fabbisogno di competenze e tecnologie.
- La terza area di intervento è rappresentata dal rafforzamento dell'assistenza territoriale che, attraverso il potenziamento e la creazione di strutture e presidi territoriali (Case di Comunità e Ospedali di Comunità) garantiscano percorsi di cura

più efficaci ed appropriati anche attraverso il supporto di infrastrutture tecnologiche che permettano il monitoraggio dei parametri clinici anche da remoto. Contestualmente, si dovrà identificare il livello di coordinamento delle varie figure professionali (MMG, Infermieri, Specialisti) coinvolte nella gestione dei percorsi assistenziali in relazione al livello di cronicità. Questo aspetto ricopre un ruolo di rilevante importanza in considerazione del fatto che in Italia la percentuale di persone che presentano almeno una condizione di cronicità varia dal 30 al 47% (elaborazione su dati Istat 2019).

- La quarta area di intervento riguarda l'assistenza domiciliare il cui potenziamento, inteso anche come integrazione fra assistenza sanitaria e assistenza sociale, consentirebbe di offrire una vera assistenza di prossimità orientata a promuovere l'autosufficienza delle persone fragili salvaguardando le relazioni sociali. Inoltre, sarebbe auspicabile prevedere un fondo che abbia lo scopo di accorpate le risorse pubbliche destinate agli anziani non autosufficienti prevedendo delle azioni che permettano ai nuclei familiari di rimanere autosufficienti con adattamenti delle loro condizioni abitative, anche attraverso la realizzazione di progetti di *co-housing e housing sociale*. Questo intervento è più che mai necessario in quanto la popolazione italiana risulta essere caratterizzata da un processo di rapido invecchiamento e, nei prossimi 50 anni si registrerà un aumento del 56,6% di persone con più di 75 anni che presumibilmente presenteranno un elevato tasso di

cronicità o multi-morbilità con il conseguente aumento di richieste di assistenza domiciliare e cure continue (dati flusso SIAD, Ministero della Salute 2020).

- La quinta area di intervento dovrebbe riguardare l'aumento dei volumi delle attività ambulatoriali prevedendo la concentrazione delle strutture dedicate a tale attività ed il loro rafforzamento in termini di spazio, tipologia di servizi, professionalità ed accessibilità al pubblico.
- Un'ulteriore area di intervento riguarderebbe il rafforzamento della Medicina Generale, realizzabile attraverso la promozione di un'assistenza continuativa tecnologicamente ed infrastrutturalmente evoluta, maggiormente disponibile e con orari di apertura al pubblico più estesi durante la settimana.
- La settima area di intervento di intervento interesserebbe l'innovazione tecnologica che rappresenta un importante fattore determinante per la diagnostica e l'efficacia delle cure in ogni Sistema Sanitario complesso. In Italia l'indice di obsolescenza di apparecchiature per TAC e RMN è pari al 79% (rapporto OASI) per cui è importante che vengano dedicate risorse al rinnovo del parco tecnologico che siano orientate a garantire una programmazione basata sui reali bisogni della popolazione, in grado di coniugare accessibilità e sostenibilità, superando la logica della semplice sostituzione.

L'ultimo intervento, ma non ultimo per importanza, riguarda le professioni sanitarie che dovrebbero essere ripensate in termini di competenze avanzate da acquisire attraverso percorsi formativi appropriati che possano dare a tutti i professionisti

della salute (Medici, Infermieri ed altre professioni sanitarie) gli strumenti necessari per poter rispondere con maggiore efficacia alle nuove esigenze demografiche ed epidemiologiche.

CAPITOLO 5

PROSSIMITA' E ASSISTENZA PRIMARIA

In questo capitolo si propone una riflessione sul cambio di paradigma che sta interessando ed interesserà nei prossimi anni l'assistenza sanitaria, con l'approdo dei sistemi assistenziali agli schemi della "prossimità", intesa come servizi fruibili dai cittadini in forma diretta, facilmente accessibili ed integrati, al di fuori dei tradizionali spazi di cura, in luoghi posti nelle vicinanze di casa o anche presso la stessa abitazione.

Questo cambio di paradigma consacrato, per il nostro paese, dalla "scommessa" inserita nel PNRR, trova origine da una situazione di contesto riguardante l'irreversibile transizione demografica per cui le nostre città si popolano di persone sempre più anziane che esprimono una domanda di salute diversa rispetto ad un passato in cui la società era più composita. Per questa ragione, i sistemi sanitari si trovano nella necessità di affrontare sfide di natura diversa: sanitarie, sociali, economiche oltre che organizzative, precisando che l'effettivo successo sulle suddette sfide sarà determinato solo dall'evoluzione organizzativa del SSN.

La Transizione demografica ed epidemiologica

Il 7 aprile 2022, l'ISTAT ha diffuso le stime dei principali indicatori demografici relativi allo stesso anno che forniscono un quadro realistico della situazione demografica del nostro paese. Alla luce dei primi risultati, la popolazione residente in Italia al 1^o gennaio 2023 è di 58 milioni e 851 unità, 179mila in meno rispetto all'anno precedente, per una riduzione pari al tre per mille. Prosegue, dunque, il trend di diminuzione della popolazione, seppure con minore intensità rispetto al 2021 (- 3,5 per mille) e al 2020 (- 6,7 per mille), anni in cui la pandemia ha accelerato un processo ormai già iniziato nel 2014. Inoltre, a livello territoriale si evidenzia un importante calo demografico che sta interessando il mezzogiorno pari al - 6,7 per mille nel 2022.

Su base nazionale, il calo demografico è frutto di una dinamica sfavorevole che vede un eccesso di decessi rispetto alle nascite, peraltro non compensato dai movimenti migratori con l'estero. I decessi, infatti, sono stati 713mila e le nascite 393mila, toccando un nuovo minimo storico, con un saldo negativo di - 320mila unità. Dopo un lieve aumento del numero medio di figli per donna verificatosi tra il 2020 e il 2021, è ripreso il calo dell'indicatore congiunturale di fecondità, il cui valore si attesta nel 2022 a 1,24 figli per donna, tasso assolutamente insufficiente a mantenere in equilibrio la popolazione (il tasso di sostituzione è pari a 2,1 figli per donna), tornando così al livello registrato nel 2020. È inoltre proseguita la tendenza

alla riduzione dei progetti riproduttivi, già in atto da diversi anni nel nostro Paese, con un'età media al parto stabile rispetto al 2021, pari a 32,4 anni.

Nel 2022, la speranza di vita alla nascita era stimata in 80,5 anni per gli uomini e in 84,8 anni per le donne e, solo per i primi si evidenzia, rispetto al 2021, un recupero quantificabile in circa due mesi e mezzo di vita in più. Per le donne, invece, il valore della speranza di vita alla nascita rimane invariato rispetto all'anno precedente. In ogni caso, i livelli di sopravvivenza del 2022 risultano ancora sotto quelli del periodo pre-pandemico, registrando valori di 6 mesi inferiori rispetto al 2019, sia tra gli uomini che tra le donne. Il processo di invecchiamento della popolazione è proseguito, portando l'età media da 45,7 anni a 46,4 anni tra l'inizio del 2020 e l'inizio del 2023 considerando che, in questo periodo, la popolazione residente in Italia è mediamente invecchiata di ulteriori 8 mesi. La popolazione ultrasessantacinquenne, che nell'insieme raccoglie 14 milioni 177mila individui a inizio 2023, costituisce il 24,1% della popolazione totale contro il 23,8% dell'anno precedente e, gli scenari previsti dalle istituzioni internazionali (ONU) ed europee (Comitato di politica economica e commissione europea, Direzione generale del lavoro, affari sociali e pari opportunità Ue, Eurostat) per i prossimi decenni, evidenziano un impressionante ulteriore invecchiamento della popolazione; quasi un "suicidio demografico" come l'ha definito la Fondazione Schuman nel 2018. La diretta conseguenza di quanto sin qui esposto è rappresentata da un cambiamento nel quadro epidemiologico caratterizzato dall'aumento delle malattie cronic-

degenerative e in particolare delle malattie cardiovascolari (prima causa di morte), dei tumori (prima causa per diminuzione dell'aspettativa di vita e seconda causa di morte), delle patologie neurodegenerative, del diabete e delle malattie metaboliche con la stima di un aumento del 5-10% ogni dieci anni. Ma, se è vero che si vivrà più a lungo, è pur vero che si avrà maggiore probabilità di sviluppare una o più malattie croniche con un conseguente maggior numero di persone fragili, affette da multi-morbilità di notevole complessità clinica e questo comporterà un maggior aumento del consumo di risorse da dedicare all'assistenza sanitaria. Nello stesso tempo occorrerà far fronte alle quotidiane ed elementari esigenze di vita di milioni di persone con disabilità plurime:

- Disabilità sensoriali: difficoltà a sentire, vedere, parlare;
- Disabilità di movimento: camminare, salire le scale, coricarsi, sedersi;
- Disabilità nelle attività di vita quotidiana: mangiare, lavarsi, vestirsi;
- Confinamento individuale: costrizione a letto, su sedia a rotelle o a casa.

Tutte queste condizioni predisporranno allo sviluppo di involuzioni psico-intellettive con conseguente deterioramento cognitivo (demenza, Alzheimer, ecc.) e questo cambiamento epidemiologico imporrà necessariamente una modifica nell'approccio alla cura per cui il sistema di offerta dei servizi sanitari non potrà più essere centrato su una medicina di attesa in risposta all'evento acuto secondo la vecchia concezione "*ospedalocentrica*" ma dovrà diventare una medicina di iniziativa in grado di gestire i bisogni assistenziali della comunità, sempre più

complessi e di lungo termine, possibilmente prima che questi si manifestino, mediante una presa in carico olistica della persona in un'ottica di prossimità. Il primo a teorizzare questo genere di approccio fu Tudor Hart padre dell'*Anticipatory health care* (Hart et al.1991), che lo applicò per la prima volta nella comunità gallese di Glynconwg. La medicina di iniziativa mette la persona al centro del suo percorso di cura in termini estensivi, in un rapporto con i vari professionisti della salute (medico, infermiere e/o altre figure professionali) di fondamentale importanza sia per quanto riguarda la prevenzione dell'evento morboso che nel controllo dei rischi delle complicanze oltre che nello sviluppo di strategie condivise che permettano il mantenimento di una buona qualità di vita.

Il superamento dell'ospedale quale fulcro dell'assistenza sanitaria in favore del potenziamento di servizi di prossimità, diffusi sul territorio e facilmente fruibili dai pazienti cronici che spesso hanno necessità anche di tipo sociosanitario e socioassistenziale, sancisce la definitiva affermazione dell'assistenza primaria, intesa come personalizzata, unitaria e multidisciplinare, quale importante protagonista della *long term care*.

I Medici di Medicina Generale nell'organizzazione dell'Assistenza Primaria

Il Medico di Medicina Generale (MMG) può essere considerato il candidato naturale alla funzione di coordinamento delle cure primarie in quanto la sua preparazione professionale, l'attenzione al paziente come persona piuttosto che come singola patologia e il rapporto di presa in carico individuale, rappresentano una garanzia per quel rapporto di continuità che deve essere la stella polare dell'assistenza sanitaria di prossimità.

Nella maggior parte dei Paesi, soprattutto in quelli a copertura universalistica, il MMG è il punto di ingresso nel sistema dell'assistenza pubblica, infatti, i cittadini attraverso lui possono ottenere un primo inquadramento diagnostico e terapeutico, accedere alle cure farmacologiche, ad approfondimenti specialistici, alle cure domiciliari, alle cure ospedaliere e ad altri servizi di assistenza primaria. In poche parole, una specie di *gate keeper* per l'accesso ai vari livelli di cura. Purtroppo, negli ultimi venti anni la società civile ha visto l'MMG come una figura protesa verso un obiettivo puramente economico, come un prestatore d'opera o un mero prescrittore di ricette; anche se in alcuni casi sporadici questo pregiudizio potrebbe aver avuto riscontri oggettivi, nella stragrande maggioranza dei casi resta solo un pregiudizio. In realtà il MMG ed il cittadino, oggi come nel passato, formano un binomio importante e, il loro rapporto è fondato sulla fiducia; quella stessa fiducia che spinge il cittadino a scegliere liberamente il professionista a cui affidarsi rivestendo un ruolo strategico nella continuità assistenziale che, con la pandemia da

covid 19, è diventato ancora più importante in quanto primo punto di riferimento per gli assistiti. Allo stesso tempo, l'aumento esponenziale della domanda di assistenza durante la pandemia ha fatto emergere alcune lacune che hanno reso evidente l'urgenza di progettare un nuovo rapporto fra i MMG e la comunità intesa come soggetto sociale. In tal senso, accessibilità, continuità, comprensività della copertura assistenziale, personalizzazione delle cure e rapporto di partnership medico/paziente dovranno rappresentare le caratteristiche fondamentali dell'assistenza primaria di prossimità. Il MMG non sarà solo un filtro di accesso ai vari livelli di cura ma titolare di un ruolo composito, che lo vedrà:

- Diretto gestore delle patologie più frequenti
- Responsabile dell'*empowerment* dei cittadini e della responsabilizzazione della persona
- Coordinatore dell'offerta territoriale per le patologie più frequenti (governo dei percorsi diagnostici e terapeutici assistenziali e riabilitativi)
- Principale "selezionatore" dell'accesso al livello ospedaliero
- Garante della continuità assistenziale tra territorio ed ospedale, tra servizi sanitari e servizi sociali.

Investire sei miliardi di euro per costruire le case della comunità e un miliardo di euro per costruire gli ospedali di comunità significa anche avviare una riforma del sistema in cui i Medici di Medicina Generale dovranno lavorare in gruppi multiprofessionali e multidisciplinari che operino in sinergia gli uni con gli altri

mantenendo comunque le peculiarità della propria disciplina. Questo consentirà un costante monitoraggio dei pazienti cronici a rischio di peggioramento attraverso la costruzione di percorsi terapeutici specifici nei quali verrà garantita una comunicazione continua col paziente e un regolare *follow up* che limiterà il fenomeno degli accessi impropri al Pronto Soccorso e nei reparti ospedalieri. A tal fine, saranno necessari due tipi di integrazione:

- una orizzontale, che veda la gestione della medicina generale in un'ottica di collaborazione tra più MMG, in un'unica struttura o in un'aggregazione di strutture che seguono il medesimo bacino di assistiti, garantendo loro maggiore continuità assistenziale attraverso una pianificazione congiunta dell'attività e un sistema di condivisione delle informazioni cliniche;
- una verticale, che deve realizzarsi tra tutte le componenti fondamentali dell'assistenza primaria: la medicina di base, la specialistica ambulatoriale, la medicina di continuità assistenziale (guardia medica) e la categoria infermieristica. Ovviamente, questi contatti o collegamenti, esistono già tra la medicina di base e la specialistica ambulatoriale ma, nella nuova organizzazione si parla di un'integrazione e collaborazione costante e strutturale, anche all'interno del medesimo edificio (per es. Casa della Comunità), dove la gestione di ogni singolo caso è unitaria e i suoi sviluppi vengono seguiti in maniera sincrona. Attualmente l'Assistenza Primaria ha una tipica struttura pluralistica con un'estrema variabilità di attori al limite della dispersione, con una molteplicità di soggetti erogatori,

ciascuno con una propria specifica mission. Il risultato è quello di un'offerta sanitaria differenziata per bisogno, territorialmente "prossima" all'utente, ma con una varietà di soggetti professionali che acquisiscono, elaborano, trasmettono le informazioni e procedono alle conseguenti azioni terapeutiche. In Italia come in altri paesi europei, è un sistema ancora fondamentalmente monolitico in cui singoli attori (medici e professionisti sanitari) e organizzazioni (consultori, ambulatori, ospedali di comunità, strutture di prevenzione) agisce con blande forme di integrazione (orizzontale) tra di loro o di coordinamento con altri livelli del sistema sanitario e più in generale col sistema di protezione sociale. Per tale ragione, la sfida dei prossimi anni sarà rappresentata, da un lato, dallo sforzo di superare la dispersione attraverso la creazione di un modello integrato tra i vari attori delle cure primarie, dall'altro quello di realizzare un sistema di presa in carico e di coordinamento (verticale) con le cure ospedaliere, con una visione clinica non più basata su episodi disgiunti ma su un percorso unitario centrato sul paziente, al fine di avere una maggior efficacia complessiva. L'integrazione è più che mai necessaria in virtù del cambiamento del quadro epidemiologico, che interessa sia l'Italia che tutti i paesi europei, caratterizzato da una maggiore incidenza delle malattie cronico-degenerative a cui sono associati bisogni assistenziali con caratteristiche diverse rispetto al passato in cui la preoccupazione principale era rivolta a trattamenti di breve durata con caratteristiche di intensità. Questi modelli oggi sono

poco applicabili su pazienti cronici, spesso affetti da comorbidità, bisognosi di continui monitoraggi e di educazione sanitaria.

In estrema sintesi, per scongiurare il rischio che l'assistenza primaria diventi un mosaico scoordinato di attività, che oltretutto porterebbe ad un aumento incontrollato della spesa, le opzioni sono fondamentalmente tre e tutte ruotano intorno alla figura del MMG:

- Puntare sul medico di famiglia come stella polare di riferimento del sistema e organizzare intorno a questa figura una rete assistenziale che ha come elemento caratterizzante interno le relazioni che intervengono nei vari momenti assistenziali (è l'esperienza inglese dei “*general practitioner*” degli anni Novanta);
- Lasciare spazio allo sviluppo “spontaneo” di reti di collaborazione tra professionisti e strutture sanitarie e sociali, anche di diverso livello, rispetto a problemi specifici di salute intercettando attraverso la fitta trama del reticolo, i bisogni sanitari più significativi (è l'esperienza della medicina liberale francese e oggi delle Comunità Professionali Territoriali di Salute, CPTS);
- Prevedere un'organizzazione di base territoriale con più operatori: il “centro di salute” in grado di riconoscere e gestire in via diretta i principali bisogni sanitari e costruire un sistema integrato tra le componenti di base del sistema di cure e tra il sistema sanitario e quello sociale, costituendo un'alternativa, anche fisicamente riconoscibile, rispetto all'ospedale (sono gli *Health centres* nel Regno Unito, le

Maisons de Santé in Francia, le Case della Salute in Italia). Anche in questo sistema il MMG rimane uno degli attori principali.

LA CASA della SALUTE, LA CASA della COMUNITA' E L'OSPEDALE DI COMUNITA'

Sin dai suoi esordi (1978) il Servizio Sanitario Nazionale ha mostrato uno dei suoi maggiori punti di debolezza nell'assistenza di prossimità. Le principali criticità, insieme alla rigidità operativa dei MMG sempre più anacronistica rispetto alla transizione epidemiologica e demografica, erano costituite:

- Da una impostazione “ospedalocentrica”, ereditata dal sistema mutualistico in un'ottica di “istituzionalizzazione” del malato;
- Dalla difficoltà di condivisione di un nuovo modello culturale del SSN in quanto la Medicina Generale era indissolubilmente legata alla medicina ospedaliera
- Dalla difficoltà di trovare forme di collaborazione che consentissero di riorganizzare la medicina generale insieme alla revisione del ruolo di totalizzante prevalenza della medicina ospedaliera;
- Dalla vecchia concezione della medicina generale che vedeva il medico come un solista scollegato dagli altri specialisti, dagli assistenti sociali, e dagli addetti ai servizi di assistenza domiciliare.

La necessità di superare tali criticità per favorire lo sviluppo dell'assistenza primaria ha determinato uno sforzo costante da parte del legislatore

nell'elaborazione dei Piani Sanitari Nazionali che si sono succeduti nel tempo e qui di seguito elencati:

- Il PSN 1994-1996 ha definito la realizzazione del Distretto “intervento prioritario per l'integrazione tra servizi sanitari e tra questi e i servizi socio-assistenziali” ed ha posto in capo al medesimo le attività di supporto ai MMG, l'assistenza domiciliare integrata (ADI) , il coordinamento dell'assistenza semiresidenziale e residenziale;
- Il PSN 1998 - 2000 ha delineato il modello organizzativo e funzionale del distretto attraverso il riconoscimento del suo ruolo nella promozione attiva della salute in quanto centro di governo e organizzazione dei servizi di prevenzione e integrazione sanitaria e sociosanitaria oltre che unico punto di riferimento per il cittadino quale porta di accesso ai servizi. In questo PSN per la prima volta vengono previste per l'assistenza distrettuale, nel riparto del Fondo Sanitario Nazionale, maggiori risorse rispetto a quelle assegnate al livello ospedaliero. Contestualmente, la riorganizzazione del distretto viene legata strettamente alla medicina generale coinvolgendola nella continuità assistenziale, nell'integrazione fra ospedale e territorio e nel Programma delle Attività Territoriali (PAT) che il distretto deve svolgere in accordo con la Conferenza dei Sindaci;
- Il Decreto Legislativo n. 229/1999 attribuisce al distretto l'autonomia gestionale e finanziaria necessaria per il raggiungimento degli obiettivi di salute dell'assistenza primaria. Riguardo a quest'ultima, “le Regioni disciplinano l'organizzazione del

Distretto in modo da garantire l'assistenza primaria e la continuità assistenziale mediante l'approccio multidisciplinare tra MMG, Pediatri di Libera Scelta, servizi di Guardia Medica e presidi specialistici ambulatoriale in modo da garantire il coordinamento dei MMG e dei PLS con le strutture operative a gestione diretta, organizzate in base al modello dipartimentale, nonché con i servizi specialistici ambulatoriali e le strutture ospedaliere ed extra-ospedaliere accreditate" (Mete 2008).

- Il PSN 2003 - 2005, l'Accordo Stato Regioni del 2004 e il PSN 2006 - 2008 hanno consacrato la rete territoriale e il Distretto quale principale sede di assistenza e governo dei percorsi sanitari e sociosanitari di prossimità con particolare attenzione per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili. Inoltre, vengono individuate nuove sub-articolazioni costituite da forme aggregative di medicina generale: le Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP).

Al lettore non sfuggirà che la quasi ventennale insistenza del quadro normativo sulla necessità di avere un'effettiva attivazione del distretto come contenitore/strumento, costituisce un chiaro sintomo della difficoltà di affermazione da parte dell'assistenza primaria nell'approccio "*community oriented*", che si evidenzia in particolar modo nei ritardi operativi in uno scenario nazionale molto frammentato e caratterizzato dalla eterogeneità delle normative regionali. La maggior parte delle regioni, infatti, è ancora oggi focalizzata su un modello di erogazione settoriale dei servizi sanitari e dei servizi specialistici che

lascia all'utente il compito di ricomporre il proprio percorso di cura con un approccio che si potrebbe definire *"individually oriented"*.

La Casa della Salute

È nello scenario sopra descritto che si svilupperà l'esperienza delle Case della Salute il cui atto di nascita può essere individuato nella legge n. 296/2006, istitutiva di un fondo, per il triennio 2006 - 2008, destinato alle Regioni e alle Province Autonome per rimuovere le disomogeneità sanitarie tra le diverse realtà regionali con una dotazione di 10 milioni di euro per la sperimentazione del suddetto presidio, riconosciuto come organismo di riferimento per l'erogazione delle cure di Base. L'allora Ministro della Salute Livia Turco provvide a definire le linee guida per l'accesso al cofinanziamento alle Regioni e Province Autonome per l'istituzione di queste forme sperimentali di organizzazione della sanità territoriale. L'art. 1 dell'allegato 1 del decreto spiegava fondamentalmente quali erano i tratti organizzativi e strutturali che ancor oggi definiscono una Casa della Salute quale luogo di ricomposizione delle cure primarie e della continuità assistenziale. A tal proposito, lo stesso Ministro spiegava:

"E' una struttura polivalente e funzionale in grado di erogare materialmente l'insieme delle cure primarie e di garantire la continuità assistenziale e le attività di prevenzione, nell'ambito delle aree elementari del Distretto. La Casa della salute

rappresenta il luogo di tale ricomposizione, il contesto in cui può essere realizzato il lavoro multidisciplinare ed in team degli operatori e in cui può operare, superando le precedenti divisioni, l'insieme del personale del distretto (tecnico-amministrativo, infermieristico, della riabilitazione, dell'intervento sociale), i medici di base (che vi eleggeranno il proprio studio associato), gli specialisti ambulatoriali. L'istituzione della Casa della Salute ha come principale obiettivo quello di favorire, attraverso la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori, l'unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociosanitarie".

La Casa della Salute, quindi, dalla fine del 2006 viene individuata come elemento catalizzatore dell'attività territoriale e di rivitalizzazione delle competenze del distretto diventando una struttura polivalente e funzionale in grado di erogare materialmente l'insieme delle cure primarie, di garantire continuità assistenziale e attività di prevenzione per un bacino di popolazione compreso fra 10 e 20 mila abitanti.

I requisiti caratterizzanti della Casa della Salute sono:

- Visibilità intesa come luogo fisico riconoscibile, nel quale si concentrano una serie di servizi e di attività, di solito frammentate, in cui si attua la presa in carico e la continuità assistenziale ma anche visibilità intesa come costruzione di un'immagine in grado di sostenere il confronto con l'ospedale per diventare un outsider sempre più autorevole e credibile;

- Accessibilità in quanto le Case della Salute devono essere realizzate in maniera tale da risultare facilmente raggiungibili e fruibili (collegamenti con i mezzi pubblici, disponibilità di parcheggi) e organizzate in modo da garantire la massima disponibilità di servizi e attività, compresa l'attività di informazione e prenotazione delle prestazioni;
- La comprensività dei servizi in quanto le Case della Salute sono veri poli sanitari in grado di dare un'offerta integrata dei principali servizi di base.

All'interno della struttura devono trovare collocazione fisica gli studi dei MMG dell'ambito territoriale, i quali lavorano in *team* con i medici di emergenza territoriale (MET) e con i medici di continuità assistenziale (MCA) al fine di garantire la continuità assistenziale 7 giorni su 7, 24 ore su 24. Tutti gli studi che per ragioni logistiche non trovano collocazione all'interno della Casa della Salute devono essere funzionalmente collegati ad essa attraverso un sistema di rete che permetta la gestione e condivisione informatica dei dati relativi ai pazienti. Inoltre, sempre all'interno della struttura devono essere collocate le principali branche specialistiche, con servizi di diagnostica, radiologia ed ecografia di base, un punto di walk in gestito da infermieri (con accesso rapido a consulenze sanitarie), una segreteria amministrativa che tiene i dossier personali, cura gli appuntamenti e aiuta i cittadini nel disbrigo delle pratiche, un Punto Unico di Accesso (PUA), il CUP ed infine, un punto di primo soccorso medico collegato in telemedicina con il pronto soccorso dell'ospedale più vicino.

Un professionista fondamentale all'interno della Casa della Salute è l'infermiere che lavora a stretto contatto con i MMG costituendo parte essenziale di determinati contesti socioassistenziali come ADI, RSA e Ospedali di Comunità oltre ad essere figura di riferimento per il “*family learning*” sociosanitario.

Concludendo, nella Casa della Salute, non si pratica solo medicina d'attesa ma anche attività di medicina preventiva attraverso la raccolta di dati epidemiologici, definizione di programmi e protocolli operativi e terapeutici, educazione alla salute dei cittadini e corsi di formazione professionale.

Casa della Comunità

Gli interventi normativi del biennio 2020 - 2021 e il PNRR, adottato nel nostro Paese nell'aprile 2021 e definitivamente approvato con Decisione esecutiva dal Consiglio UE il 13 luglio dello stesso anno, con lo scopo di rilanciare l'economia dopo la devastante pandemia da Covid 19 ed aver accesso ai finanziamenti della *Next Generation EU*, hanno dato seguito al potenziamento dei servizi territoriali con l'obiettivo di rafforzare la capacità del SSN di operare vicino e per la comunità. In tal senso, il PNRR ha preso atto delle attuali criticità di natura strutturale dei servizi sanitari pubblici ponendo l'attenzione su alcuni particolari aspetti:

- le significative disparità territoriali nell'erogazione dei servizi in particolar modo per quanto riguarda la prevenzione e assistenza sul territorio;
- l'inadeguata integrazione fra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali;
- gli elevati tempi di attesa per l'erogazione di alcune prestazioni e la scarsa capacità di progettare e porre in atto strategie in risposta ai rischi ambientali, climatici e sanitari.

Per porre un argine alle suddette criticità il PNRR, con la missione n. 6, punta al potenziamento delle reti di prossimità attraverso la creazione di nuove strutture e presidi territoriali come le Case di Comunità e gli Ospedali di Comunità insieme al potenziamento dell'assistenza domiciliare che dovrà necessariamente passare per il riconoscimento della figura professionale dell'infermiere di famiglia e di comunità. Nello specifico, la Casa di Comunità è lo strumento sul quale fa leva il PNRR per coordinare i principali servizi offerti sul territorio, rivolti in particolare ai soggetti fragili e i malati cronici differenziandosi dalla Casa della Salute per la maggior collaborazione con gli enti locali, le associazioni di volontariato, il terzo settore, le famiglie e gli stessi pazienti.

“La Casa di comunità è il luogo fisico di riferimento per la comunità su cui insiste, è un luogo di prossimità e di facile individuazione dove la comunità può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria al fine di trovare risposta ad un proprio bisogno di salute. La Casa di Comunità introduce un modello organizzativo di approccio integrato e multidisciplinare attraverso

un'equipe multiprofessionale territoriale. Costituisce la sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari”.

La definizione di CdC fornita dalla bozza del DM 71/2022, adottata dal Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'economia, mette l'accento sul ruolo che questa nuova struttura riveste all'interno del contesto della sanità territoriale e della medicina primaria come punto di incontro tra i servizi sanitari e i servizi sociali e sociosanitari. In sintesi, la Casa di Comunità viene proposta come luogo in cui la comunità, in tutte le sue forme di espressione, i professionisti sanitari e le istituzioni, interpreteranno l'insieme dei bisogni locali, definendo il proprio progetto di salute e l'utilizzo delle risorse messe a disposizione, secondo le priorità di azione di pari passo con i servizi correlati. Ne consegue il rafforzamento della logica di multidisciplinarietà che trova la sua realizzazione organizzativa nella costituzione di *equipes* che comprendono: MMG, PLS, Specialisti ambulatoriali interni, Infermieri di Famiglia o Comunità, altri professionisti della salute e assistenti sociali. In particolare, la presenza di questi ultimi all'interno delle CdC rafforzerà il ruolo dei servizi sociali territoriali nonché la loro maggiore integrazione con la componente assistenziale sanitaria. I Medici e gli altri professionisti sanitari, sempre secondo il DM n.71, troveranno la loro collocazione necessariamente all'interno della CdC, in modo tale da garantire l'assistenza primaria secondo l'approccio della medicina di iniziativa e la presa in carico della comunità di riferimento con i servizi h12 e integrandosi con il servizio di continuità

assistenziale h24 al fine di rendere evidente la mission della CdC quale reale punto di riferimento centrale per il cittadino e i suoi bisogni di salute programmando le cure in base ai bisogni socioassistenziali e alla griglia di stratificazione del rischio, che associa il paziente alle azioni di presa in carico più appropriate secondo il *Chronic Care Model*.

Per quanto riguarda la distribuzione di tali strutture, questa avverrà su base demografica; lo standard sarà di una Casa di Comunità ogni 40.000 - 50.000 abitanti, prevedendo un sistema gerarchizzato su almeno due livelli secondo il “*modello Hub&Spoke*”. La prima distinzione fra le due strutture riguarda la diversa collocazione territoriale: mentre la prima (Hub) ha la connotazione di “Casa Madre” trovando sede preferenziale all’interno di agglomerati urbani, la seconda (*Spoke*) funzionerà come avamposto sul territorio, in località rurali e a bassa densità abitativa. Questo al fine di garantire una copertura capillare su tutto il territorio. Un’ulteriore distinzione fra le due strutture riguarda sia la tipologia delle prestazioni erogate che la composizione del personale che vi lavora oltre alla copertura del servizio in un determinato arco temporale.

In ogni caso, sia nell’accezione Hub che in quella *Spoke*, la CdC è il luogo fisico, di facile individuazione e di prossimità al quale l’assistito potrà accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale.

L' Ospedale di Comunità

L'Ospedale di Comunità (OdC), come previsto dalla normativa vigente e dagli atti concertativi di riferimento (DM Salute n. 70/2015, Patto per la Salute 2014 - 2016, Piano Nazionale della cronicità, Accordo in Conferenza Stato - Regioni del 20/02/2020), è chiamato a svolgere una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri impropri e di favorire le dimissioni protette in luoghi più idonei ai fabbisogni assistenziali di stabilizzazione clinica e recupero dell'autonomia. Vi accedono tutti quei pazienti che, in seguito a episodi acuti minori o a riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma con un bisogno di assistenza infermieristica continuativa nell'arco delle 24 ore incompatibile con il domicilio. Dal punto di vista organizzativo, l'accesso presso l'OdC può essere richiesto dal MMG, dal medico di continuità assistenziale, dal medico specialista ambulatoriale interno, dal PLS oppure dalla struttura ospedaliera dimettente. In ogni caso, la decisione sull'opportunità o meno di consentire il ricovero del paziente in OdC viene presa dalla Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) che è un'equipe composta da un medico, un infermiere e un assistente sociale. Nel caso in cui la richiesta di ricovero in OdC provenga dall'Ospedale, l'ammissione in struttura deve essere inserita in un progetto post-dimissione più complesso che preveda la redazione di un Piano Assistenziale individualizzato (PAI). Tra gli obiettivi primari del ricovero c'è il coinvolgimento

attivo e l'aumento di consapevolezza che promuovano *“l'empowerment”* del paziente e dei familiari attraverso l'educazione sanitaria e l'addestramento alla migliore gestione delle condizioni cliniche e terapeutiche oltre al riconoscimento precoce dei segni e sintomi di instabilità.

L'OdC può avere una sede propria o essere collocato all'interno di una Casa di Comunità, presso strutture residenziali socio-sanitarie o in una struttura ospedaliera ma è sempre ascrivibile ai servizi ricompresi nell'assistenza territoriale distrettuale. Ha un numero di posti letto compresi tra 15 e 20 con la possibilità di estenderli fino ad un massimo di 40; inoltre gli OdC possono prevedere anche ambienti protetti, con posti letto dedicati a pazienti con demenza e disturbi comportamentali. In ogni caso la durata del ricovero non può superare i 30 giorni e, solo in casi eccezionali che possono essere caratterizzati dal perdurare di condizioni critiche di instabilità, la degenza potrà prolungarsi ulteriormente. Sul versante del personale, il nucleo operativo che si occupa della presa in carico e della gestione del paziente è composto da un coordinatore infermieristico, un infermiere case manager, infermiere turnista, OSS, geriatra, fisiatra, MMG, MCA, assistente sociale e fisioterapista che costituiscono una squadra che si alterna o si integra a seconda dei bisogni del singolo paziente. All'interno dell'OdC, l'infermiere case manager ha un ruolo determinante nell'organizzazione dell'organizzazione e gestione della continuità assistenziale, delle ammissioni e dimissioni interfacciandosi con le Centrali Operative Territoriali in modo da facilitare l'organizzazione dell'assistenza

e gli ausili eventualmente necessari, una volta che il paziente tornerà al domicilio.

Il coordinatore infermieristico gestisce le relazioni umane col paziente e i familiari e coordina le attività dell'equipe assistenziale fungendo da interfaccia fra le varie professionalità. In totale, per un OdC con un massimo di 40 posti letto, con un bacino di utenza che varia da 50.000 a 100.000 abitanti, l'organico dovrebbe prevedere:

- un coordinatore infermieristico
- un infermiere case manager
- dodici infermieri
- quattordici OSS
- 2 fisioterapisti
- 1 medico incaricato per almeno 4/6 ore 7 giorni su 7, nel turno diurno (8-20), e nel turno notturno (20-8). Nel diurno festivo e prefestivo l'assistenza medica è garantita in forma di pronta disponibilità con il tempo massimo di intervento di 30 minuti. L'assistenza notturna può essere garantita anche da Medici di Continuità Assistenziale o da medici operanti nella struttura.

La gestione e le attività nell'OdC sono basate su un approccio multidisciplinare, multiprofessionale ed inter-specialistico, in cui sono assicurate collaborazione ed integrazione delle diverse competenze.

La responsabilità igienico sanitaria dell'OdC è in capo ad un medico clinico e la responsabilità clinica dei pazienti è attribuita a medici dipendenti o convenzionati

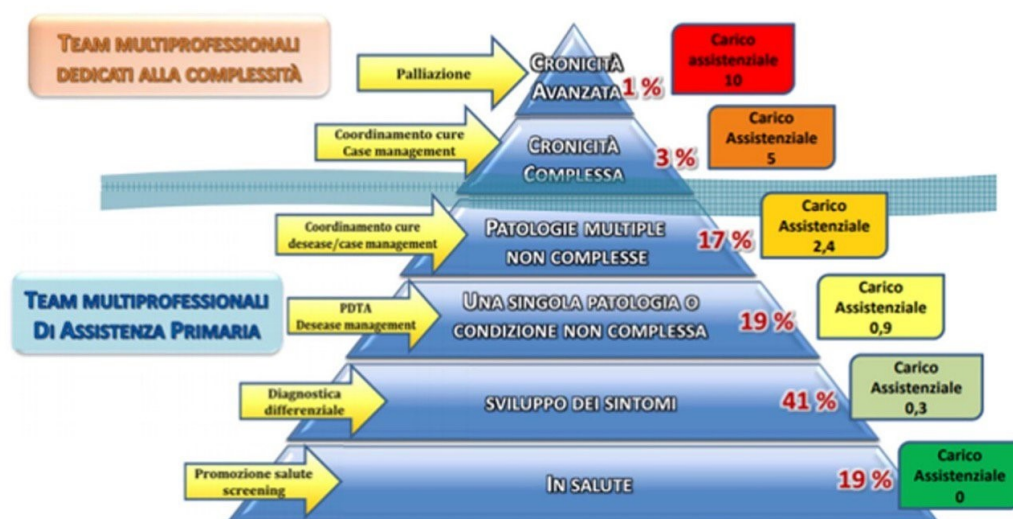
col SSN; pertanto, può essere attribuita anche ad un MMG o PLS purché privi di iscritti, SUMAI o liberi professionisti appositamente incaricati dalla direzione della struttura.

L'assistenza infermieristica è garantita nelle 24 ore con il supporto degli OSS, in coerenza con gli obiettivi del PAI e in diretta sinergia con il responsabile clinico e gli altri professionisti coinvolti (es. assistenti sociali, fisioterapisti, specialisti). Inoltre, all'interno degli OdC, dovranno essere garantite alcune attività di monitoraggio dei pazienti, in loco o in collegamento funzionale, al fine di favorire lo sviluppo dei servizi di telemedicina.

Infine, per gestire al meglio gli OdC occorre garantire processi reali di integrazione, di condivisione informativa tra tutti gli operatori sanitari, sociosanitari e sociali presenti nelle filiere assistenziali per profili patologici e per territori considerati senza richiedere un nuovo debito informativo e lavorando solo sulle basi di dati già esistenti in azienda quali flussi obbligatori verso il Ministero della Salute e/o le regioni di riferimento. Dati già esistenti quali *repository* di Cartelle Cliniche di PLS e MMG o specialisti territoriali, Cartelle Infermieristiche o di altri professionisti sanitari, indicatori di PDTA e quanto altro sia utile per garantire la condivisione informativa in un approccio di attività assistenziale multiprofessionale e multidisciplinare integrata per territori dati e per filiera assistenziale. Le piattaforme ottimali in questo approccio sono piattaforme di secondo livello basate su algoritmi di intelligenza artificiale e non sono in sostituzione delle dotazioni informatiche

esistenti in azienda, ma solo “integrative” (Standard e funzionalità richieste dal PNRR e Documento AGENAS 2021 per gli Ospedali di Comunità).

L’investimento previsto dal PNRR si concretizzerà nella realizzazione di 381 Ospedali di Comunità per un costo complessivo stimato di 1miliardo di euro e, l’orizzonte temporale per il completamento delle opere di realizzazione è previsto per la metà del 2026.



La Farmacia Multiservizi

Fra i nuovi presidi di prossimità è giusto ricordare la farmacia multiservizi che rappresenta l'evoluzione della tradizionale farmacia attraverso il superamento della solita funzione primaria di dispensazione di specialità medicinali, trasformandosi in un presidio di zona, luogo di interazione sanitaria orientata alla collaborazione multidisciplinare tra operatori sanitari, paziente e *care giver*. La farmacia multiservizi, infatti è attiva su più versanti e, oltre a garantire la sua tradizionale funzione di counseling sulle modalità di utilizzo dei farmaci prescritti, fornisce:

- Servizi cognitivi di ricognizione della terapia farmacologica e monitoraggio dell'aderenza dei pazienti alle terapie;
- Servizi di front-office per la prenotazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali; per l'attivazione e consultazione del fascicolo sanitario elettronico e per il pagamento del ticket;
- Servizi e analisi di prima istanza; autodiagnostica; telemedicina (holter pressorio, holter cardiaco, ECG); supporto agli screening (consegna di dispositivi e ritiro di campioni per la prevenzione del tumore al colon-retto);
- Servizi di prevenzione primaria e secondaria attraverso la promozione di programmi di educazione sanitaria, di campagne per la prevenzione delle principali patologie a forte impatto sociale e di campagne vaccinali.

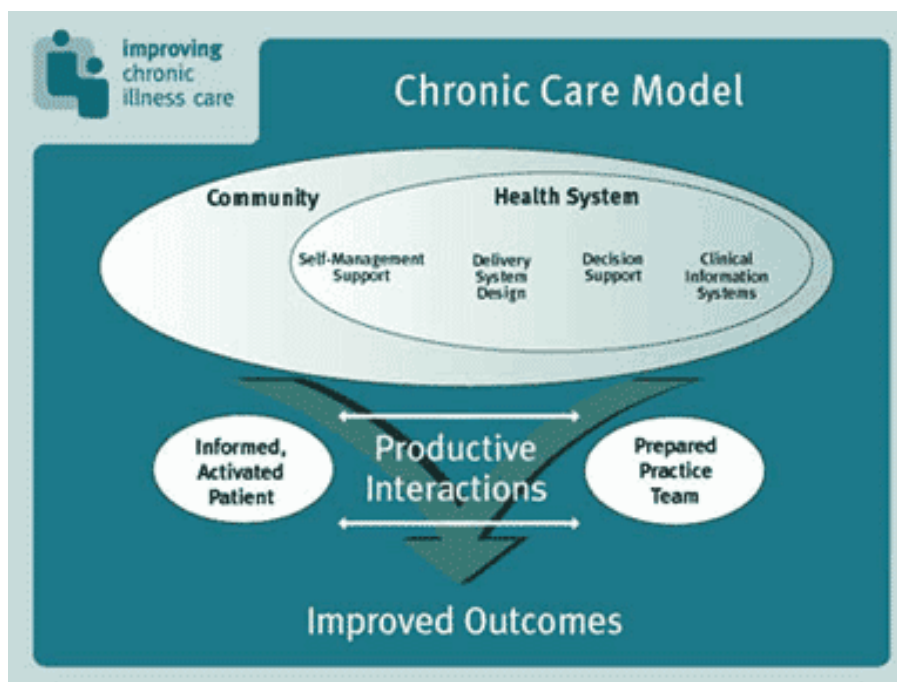
Questa evoluzione del servizio farmaceutico rappresenta un importante innovazione che andrà ad incidere positivamente sul rapporto farmacia/cliente con la fidelizzazione di quest'ultimo e il consolidamento del rapporto fiduciario determinando ricadute positive anche sulla mission commerciale della farmacia in relazione al fenomeno di cross-selling determinato dalla vendita di prodotti collegati agli esami svolti.

In conclusione, col passaggio dal “prodotto farmaceutico” al “servizio farmaceutico”, la farmacia assume all'interno della sanità di prossimità un ruolo chiave per la salute pubblica per quanto riguarda la prevenzione, informazione, aderenza alle cure, controllo della spesa e nella gestione dei servizi aggiuntivi di alto valore sociosanitario. Infatti, le farmacie sono le strutture utilizzate con maggior frequenza dai cittadini in media una/due volte al mese, fisicamente vicine ai cittadini, in grado di dare risposte in tempi brevi e nelle quali il farmacista ha confermato e consolidato la sua vocazione di informatore, comunicatore e divulgatore.

Modelli Operativi per l'Assistenza di Prossimità: il Chronic Care Model

Lo sviluppo della sanità di prossimità deve andare necessariamente di pari passo con lo sviluppo di un nuovo modello di approccio alle malattie cronico-degenerative che superi il concetto di medicina di attesa dell'evento acuto per approdare ad un modello proattivo, basato sul valore della prevenzione, che agisca sulle cure a lungo termine "*long term care*", promuovendo l'empowerment del paziente e della comunità. Un modello che si è dimostrato più appropriato per la gestione delle malattie croniche è il *Chronic Care Model* (CCM) che fu elaborato e perfezionato da Ed. H. Wagner (1998,2005) del *Mac Coll Center Health Care* in California e, in seguito, recepito dall'OMS e da molti altri paesi.

Il concetto guida di questo modello assistenziale si basa sulla convinzione che per affrontare la malattia cronica occorra riprogettare struttura e funzionamento dei sistemi sanitari promuovendo, da un lato, l'integrazione tra cure primarie e secondarie, l'utilizzo di percorsi assistenziali, le linee guida "*evidence-based*" (EBM, EBN) e la qualificazione del team assistenziale sanitario e sociale; dall'altro ridisegnare una pratica clinica che possa dare risposte assistenziali appropriate, tarate sulla gravità del caso specifico e con caratteristiche di omogeneità rispetto al bisogno espresso dal paziente, coinvolgendo sia quest'ultimo che la famiglia e la comunità attraverso un approccio proattivo, diventando parte integrante del processo assistenziale.



Per sua natura, il CCM rappresenta uno schema adattabile a quasi tutti i contesti sanitari in quanto non fornisce uno specifico set di modifiche da applicare o interventi da implementare ma indica quali sono le aree nelle quali è necessario intervenire e che necessitano di cambiamenti suggerendo quali orientamenti si dovranno seguire in base al contesto in questione.

Le aree di intervento sono costituite da sei variabili raggruppate in due grandi insiemi, la *Community* e l'*Health system*, qui di seguito elencate:

- Il sistema organizzativo "*health system*": l'organizzazione va costruita, mantenuta e migliorata con azioni sistemiche, anche attraverso la gestione degli errori e delle problematiche che si presentano di volta in volta e che forniscono gli stimoli

necessari al miglioramento della qualità assistenziale sviluppando intese finalizzate a raggiungere un miglior coordinamento sia interno che fra organizzazioni;

- L'organizzazione del sistema di erogazione "*delivery system design*": per erogare un'assistenza clinica efficace ed efficiente è necessario definire i ruoli e distribuire i compiti fra i vari membri del team, basare le cure sulle EBM ed EBN, fornire servizi adeguati alla gestione dei casi clinici, assicurare un follow-up regolare da parte del team di cura, fornire al paziente spiegazioni che siano il più possibile comprensibili ed esaustive al fine di minimizzare le difficoltà derivanti dall'impatto emotivo ed economico conseguente alla sua patologia e promuovere l'autogestione;
- La cura dei processi decisionali "*decision support*": le linee guida basate sulle evidenze si devono integrare con la pratica clinica e allo stesso tempo essere condivise con i pazienti incoraggiando la loro partecipazione
- La cura del sistema informativo "*clinical information system*": un'assistenza efficace ed efficiente ha bisogno di dati organizzati sui pazienti e la popolazione oltre alla condivisione delle informazioni fra pazienti e provider per consentire un miglior coordinamento assistenziale e monitoraggio della performance del sistema di cura;
- Il sostegno all'autogestione "*selfmanagement support*" mira alla promozione della salute intesa come diffusione e acquisizione di informazioni e pratiche comportamentali finalizzate alla riduzione del rischio di insorgenza di patologie o aggravamento delle stesse;

- La cura delle connessioni con la comunità “*the community care*”: la comunità che cura attraverso l’adesione a programmi sociali promuovendo partnership con il sistema sanitario con attività di volontariato per sostenere e sviluppare interventi che colmino eventuali lacune nei servizi per il supporto a pazienti anziani e non autosufficienti

Sul versante della pratica clinica, l’azione più importante è quella della stratificazione dei bisogni assistenziali in relazione alla gravità delle condizioni di salute. Il modello è rappresentato da una piramide costituita da tre sezioni con alla base il livello di gravità più basso e al vertice quello più alto:

- Al livello più basso sono collocate quelle condizioni patologiche che i pazienti possono gestire autonomamente (self management), prevenendo l’insorgenza di complicazioni o rallentando il corso della malattia. Questa è la sezione più rappresentata perché vi ricade la maggior parte dei pazienti (70-80%) e rende comprensibile quanto sia rilevante in termini di guadagno di salute l’azione di prevenzione;
- Nella seconda sezione, denominata “*disease management*” sono inquadrati i pazienti ad alto rischio di scompenso per i quali è necessario l’intervento di un team multidisciplinare che fornisce un’assistenza basata sulle EBN ed EBM;
- La terza sezione è quella del case management in cui sono compresi pazienti con multi-morbilità complesse che hanno bisogno di una presa in carico di natura

integrata da parte del sistema e di un case manager che coordina gli interventi da parte dei vari componenti del team multidisciplinare.

Dalla lettura di queste tre sezioni emerge l'importanza che il "*Chronic Care Model*" da all'empowerment del paziente che interagisce in maniera proattiva con il team multiprofessionale in un contesto in cui la relazione con professionista sanitario perde la connotazione di asimmetria informativa diventando condivisione bidirezionale delle informazioni con notevole vantaggio per i pazienti e per tutta la comunità in termini di prevenzione e risparmio di risorse.

LA PIRAMIDE "CCM" c/o "KAISER-PERMANENTE"



Il coinvolgimento del terzo settore nella realizzazione della domiciliarità

In Italia, così come in altri paesi europei, l'esistenza di organizzazioni non profit è un fenomeno che risale all'alto medioevo epoca in cui già operavano numerose opere pie e congregazioni di carità che intervenivano a favore di quegli strati di popolazione che viveva in condizioni di indigenza e povertà. Queste organizzazioni, per lo più finanziate attraverso donazioni, lasciti di fedeli o con le rendite di proprietà, svolgevano attività di assistenza sanitaria, di gestione di strutture di accoglienza e di beneficenza. Nel corso del XVIII e del XIX secolo, in seguito ai mutamenti culturali e socio-politici, in molti paesi Europei vengono messi in atto una serie di interventi legislativi che legittimano e riconoscono lo Stato quale unico soggetto preposto all'erogazione di servizi di beneficenza, di assistenza sociosanitaria, educativi e di formazione professionale (in Italia, legge 15 agosto 1967, n. 3848 relativa alla soppressione degli enti religiosi; legge Crispi del 1890 relativa alla trasformazione delle Opere Pie in enti pubblici, IPAB). Agli inizi del 900 si assiste alla nascita del *Welfare State* basato "sull'uso strumentale delle organizzazioni inventate dalla società civile" (C. Borzaga, A. Santuari), da parte dell'autorità statale e, negli anni immediatamente successivi al secondo dopoguerra si assiste alla nascita di un sistema di welfare universalistico che esprime principi egualitari fortemente basati sulla centralità dello Stato. In quegli anni si assisterà ad una notevole crescita della spesa sociale tanto da essere definiti come "l'epoca

d'oro" del *welfare state* ma, dalla fine degli anni settanta il modello di *welfare state* comincia a scricchiolare mostrando tutti i suoi limiti a causa di diversi fattori concomitanti come la diminuzione dei tassi di crescita economica e l'avvio dei processi di globalizzazione dell'economia, l'ingresso delle donne nel mondo del lavoro, la crescita della popolazione anziana con il conseguente aumento della spesa sanitaria, pensionistica e per i servizi di assistenza; l'emergere di bisogni sociali legati alla povertà insieme alle patologie sociali legati all'uso di sostanze stupefacenti. Di conseguenza, lo Stato si trova nella necessità di ridimensionare il suo intervento diretto nella gestione di attività storicamente di sua competenza come la gestione dell'assistenza, assegnando un ruolo più rilevante ad organizzazioni private non profit che avviano e gestiscono attività economiche rivolte a soddisfare i bisogni particolari o dell'intera comunità in ambiti di intervento in cui lo Stato non è in grado di dare risposte e le imprese for profit non ne vedono la convenienza economica. Nascono così le organizzazioni di volontariato, inizialmente di piccole dimensioni, vocate a rispondere alla domanda di nuovi servizi da destinare alle fasce più deboli della società. Solo nel corso degli anni '90 si assisterà al progressivo riconoscimento giuridico e politico del ruolo delle organizzazioni del terzo settore nella produzione diretta ed autonoma di servizi di welfare (legge quadro sul volontariato, n. 266/1991; legge sulle cooperative sociali, n. 381/1991). Accanto al ruolo di produttore/erogatore di servizi collettivi, il legislatore con la legge quadro per la realizzazione del sistema

integrato di interventi e servizi sociali (legge 8 novembre 2000, n. 328) riconosce alle organizzazioni del terzo settore un ruolo attivo nella programmazione, progettazione, valutazione ed erogazione degli interventi concretizzando il concetto di sussidiarietà nelle politiche di welfare che troverà una completa legittimazione giuridica con la riforma costituzionale del 2001 (legge costituzionale n. 3/2001 di riforma del Titolo V della Costituzione) che modifica gli articoli 117 - 118 introducendo nella nostra costituzione il principio di sussidiarietà. Di conseguenza, sulla base del principio di sussidiarietà orizzontale, le organizzazioni del terzo settore sono legittimate ad intervenire nell'erogazione di servizi di interesse collettivo in ambito sociosanitario, ricreativo e culturale. Contestualmente, le trasformazioni social e culturali, oltre che demografiche e ambientali, rendono ancora più necessario e strategico il ruolo delle organizzazioni del terzo settore nelle attività di advocacy che attraverso l'intermediazione fra società civile e istituzioni pubbliche formano relazioni finalizzate alla:

- “co-programmazione” intesa come individuazione dei bisogni da soddisfare, delle risorse e degli interventi necessari e delle modalità di realizzazione;
- “co-progettazione” intesa come definizione ed eventuale realizzazione dei progetti finalizzati a soddisfare quei bisogni individuati in fase di co-programmazione.

La co-progettazione e la co-programmazione sono due istituti giuridici presenti nell'art. 55 del nuovo codice del Terzo settore ed in particolare, la co-progettazione ha identificato “un insieme di iniziative di collaborazione inter-organizzativa, che

spesso si realizzano attraverso delle dinamiche informali, sceve da condizionamenti normativi e frutto della convergenza di visioni ed interessi di più attori” (Rossi, Colombo, 2016, p. 413). Questi istituti possono essere importanti strumenti da utilizzare per migliorare l’efficacia del welfare locale soprattutto per la costruzione di un diverso modello di assistenza sociosanitaria, che superi la frammentazione che caratterizza i sistemi attuali garantendo un coordinamento proficuo tra gli operatori del territorio impegnati nella progettazione e nell’erogazione del servizio sanitario. Inoltre, la vocazione del Terzo settore a innescare processi partecipativi potrebbe essere determinante sia per disegnare percorsi di cura integrati, sia per costruire alleanze a livello territoriale finalizzata al potenziamento di una medicina di prossimità in continuità con altri interventi di natura sociale (Galera, 2022). Questo anche grazie alla peculiare capacità del Terzo settore di creare spazi di “ascolto attivo” e di co-decisione su aspetti particolarmente delicati, come la costruzione di reti di servizi socioassistenziali all’interno di un nuovo paradigma sanitario.

In questo contesto nasce il concetto di domiciliarità che *“indica il contesto dotato di senso per la persona, connettendo quest’ultima a ciò che la circonda”*. Inizialmente focalizzata sulla casa e sulle cose materiali e immateriali collegate alla storia della persona, la categoria si è poi estesa fino a comprendere le relazioni sociali, il paesaggio, la natura, la cultura, la storia del proprio territorio e della comunità locale, essa comprende sia “l’interno” che “l’intorno” della persona.

Domiciliarità, che non deve essere confusa con l'assistenza domiciliare (seppur necessario strumento per sostenerla). Secondo "La Bottega del Possibile", associazione che fin dalla sua nascita alla metà degli anni Novanta si pone come finalità la diffusione della cultura della domiciliarità, *"per poter rispettare la domiciliarità di una persona, quando questa lo richiede, occorre poter sostenere lei e la sua famiglia offrendo risorse suppletive, in sostituzione di quelle mancanti per la sopraggiunta minore autonomia. Questo si realizza attraverso un progetto individuale integrato e di rete tra i vari servizi e settori di intervento, nonché attraverso il coinvolgimento delle persone, della famiglia e della comunità locale. Si parla di una "domiciliarità sostenuta" contrapposta ad una di abbandono"*.

CONCLUSIONI

Il presente lavoro ha cercato di esplorare lo “*straordinario*” contesto storico e sociale in cui è stato concepito il Piano di Ripresa e Resilienza e, in seguito sviluppato ed approvato, con particolare attenzione all’impatto positivo che avrà, una volta attuato, sul nostro Sistema Sanitario Nazionale in relazione alla Missione 6. Per comprendere le circostanze che hanno motivato e reso possibile un investimento così massiccio da parte dell’Europa nei confronti dell’Italia (235,64 miliardi di euro) è necessario esprimere alcune considerazioni sulla fragilità del nostro *Welfare* Sociale e sanitario, prepotentemente emerse durante la pandemia, e riconducibile al sotto dimensionamento (e finanziamento) del SSN in generale e per la presenza di forti diseguaglianze territoriali in termini di risorse e servizi con particolare riguardo alla medicina primaria da sempre trascurata e considerata il fanalino di coda dell’azione terapeutica. Infatti sin dai suoi esordi (1978), il SSN ha mostrato uno dei suoi maggiori punti di debolezza nell’assistenza di prossimità sempre ostacolata nella sua piena realizzazione da una impostazione prettamente “*Ospedalocentrica*” ereditata dal sistema mutualistico, dalla difficoltà di condivisione di un nuovo modello culturale in cui medicina generale e medicina ospedaliera costituiscono due metà complementari, dall’incapacità di adeguare il nostro sistema sanitario al cambio di paradigma indotto dalla transizione demografica ed epidemiologica e infine, dalla vecchia concezione che vedeva il

Medico di Medicina Generale come un solista scollegato dagli altri professionisti sanitari, dagli assistenti sociali e dagli addetti ai servizi di Assistenza Domiciliare. La tragica vicenda della pandemia da Covid 19 ha da subito messo in evidenza la fragilità del nostro Sistema Sanitario dimostrando che se è vero che le battaglie per la tutela della salute possono essere condotte negli ospedali, è ancor più vero che la guerra (e la pandemia si è rivelata una vera e propria guerra contro un nemico invisibile ma devastante) si vince solo in campo aperto: nei presidi territoriali dei distretti sanitari e sociosanitari, compresi gli studi dei Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) e le farmacie; insomma tutti quei presidi di prossimità deputati alla tutela della salute di tutta la comunità. È quindi indispensabile ritornare alla visione strategica contenuta nella legge 833/78 istitutiva del SSN, nel corso degli anni spesso snaturata e disattesa, riallacciandone i fili originari e ricominciando ad attrezzare e potenziare il territorio in quanto luogo più a diretto contatto col cittadino. In questo senso il punto di rottura del PNRR rispetto al passato coincide con la necessità di riservare alle strutture territoriali, un ruolo di importanza primaria nella gestione dei servizi sanitari. Questa legittimazione passerà anche attraverso la realizzazione fisica di strutture come la casa della salute, la Casa di Comunità e l'Ospedale di comunità (ampiamente descritte nel paragrafo 3 del cap.5) che garantiranno una rete territoriale rinforzata. Tuttavia, ci sono dei rischi che riguardano la realizzazione di queste nuove strutture che rappresenteranno il cuore pulsante della sanità

territoriale: la disorganicità burocratica delle procedure pubbliche che potrebbero provocare la mancata utilizzazione dei fondi comunitari e la scarsa capacità di coinvolgimento e di integrazione fra i vari professionisti. Inoltre, c'è il rischio che le Case di comunità sorgano senza poter disporre del giusto numero di personale adeguatamente formato. D'altronde se è vero che queste strutture dovranno essere ultimate entro il 2026 è pur vero che si corre il rischio che queste diventino delle scatole vuote prive di contenuto o cattedrali nel deserto svincolate da quelle che sono le esigenze della collettività e le particolarità dei vari territori. Il contenuto è rappresentato dalle professionalità che vi dovranno operare: primi fra tutti i Medici di Medicina Generale e gli Infermieri di Comunità. Il primo nodo da sciogliere riguarda i MMG e le forti ondate di pensionamenti che interesseranno questa categoria; si stima che nel 2025, circa il 38% dei Medici di Medicina Generale andrà in pensione e, di conseguenza, circa 3,5 milioni di italiani rimarranno potenzialmente scoperti a causa del persistente "imbuto" formativo. A tale riguardo, il PNRR prevede l'emissione di 1800 borse di studio per la medicina generale nel 2023, seguite da altre 2700 nel 2024. Sebbene questo provvedimento sia di buon auspicio, resta il fatto che i tempi stretti per l'attuazione della riforma impattano negativamente con i tempi lunghissimi della formazione dei MMG. Sempre riguardo questa categoria, un altro dubbio che sorge spontaneo potrebbe riguardare le resistenze delle associazioni di categoria estremamente influenti (come la Fimmg per i MMG) a riguardo della necessità di un loro inquadramento diverso all'interno

di queste nuove strutture che, tradotto, significherebbe passare da uno status di libero professionista ad un rapporto di dipendenza che inevitabilmente li sottoporrebbe a regole e limitazioni nello svolgimento delle proprie attività soprattutto riguardo a tempistiche e modalità. Il secondo nodo da sciogliere riguarda l'Infermiere di famiglia/comunità che rischia di diventare un personaggio "mitologico" in quanto a tutt'oggi, pur essendo stato introdotto definitivamente nell'ordinamento attraverso il decreto-legge 34/2020, non possiede un percorso formativo ad hoc (master Universitari) indispensabile per la specificità del profilo professionale che dovrà caratterizzare la sua funzione all'interno delle Case di Comunità nettamente distinta rispetto alla classica figura infermieristica che opera all'interno di un contesto ospedaliero. L'impressione che ne deriva è che nel Piano e, nello specifico della Missione 6, si sia pensato molto più al mattone e all'aspetto fisico di queste nuove strutture, piuttosto che alle componenti immateriali ed al personale che vi dovrà operare. Quanto sin qui esposto non vuole assolutamente togliere valore agli interventi di ristrutturazione che riguarderanno la sanità territoriale ma al contrario proporre una disamina per quanto riguarda i nodi che dovranno essere necessariamente sciolti affinché la Missione 6 abbia piena attuazione. In verità, le Case di Comunità e gli Ospedali di comunità, se correttamente gestite, potranno realmente rappresentare i luoghi di elezione per la presa in carico globale del paziente che si realizzerà attraverso una medicina primaria rifondata su un modello di prossimità che riduca le distanze fra il curante

e colui che ha bisogno di ascolto e di cura. E proprio su questo concetto vorrei soffermarmi a conclusione di questo mio elaborato. Il concetto di prossimità è polimorfo (Lucas - Gabrielli et al. 2001): ha innanzitutto una connotazione geografica ma incorpora in sé anche altre caratteristiche quali accessibilità, equità, efficienza, sicurezza ed efficacia. Queste caratteristiche potranno avere un senso compiuto nella loro realizzazione solo se i professionisti (Medici di Medicina Generale, Specialisti, Infermieri, Assistenti Sociali, OSS) saranno in grado di integrarsi ed interpretare il cambiamento di paradigma indotto dalla transizione demografica ed epidemiologica per avere un approccio proattivo nell'azione terapeutica che faccia sentire il cittadino allo stesso tempo destinatario e protagonista del suo percorso di cura. La grande opportunità rappresentata oggi dal PNRR con la sua straordinaria dotazione di risorse, potrebbe davvero rappresentare un importante strumento per rilanciare l'assistenza territoriale e ridurre le diseguaglianze fra le diverse regioni e i diversi territori; affinché questo possa realizzarsi è necessario un forte impegno da parte delle Istituzioni deputate e di tutta la comunità per un attento monitoraggio sull'attuazione dei programmi e per il sostegno alle realtà più svantaggiate, perché, come ha affermato Papa Francesco, "peggio di questa pandemia, c'è solo il rischio di sprecarla".

RIFERIMENTI

- G.GIARELLI, V.GIOVANNETTI, IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE ITALIANO IN PROSPETTIVA EUROPEA
- N.ROSSI, L'ATTUAZIONE DEL PNRR NELLE AZIENDE SANITARIE, Progettazione, gestione, impatto
- R.ZANELLA, LA SANITA' DI PROSSIMITA', Case della Salute, Ospedali di Comunità, Farmacie Multiservizi nelle "città dei quindici minuti"
- L.MONTANINI, A.D'ANDREA, LA RIFORMA DEL TERZO SETTORE. L'impatto sugli strumenti di accountability

BIBLIOGRAFIA

- A.MARI, LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE. Valori, metodi e contenuti
- G.GIARELLI, D.NIGRIS, E.SPINA, LA SFIDA DELL'AUTO MUTUO AIUTO : associazionismo di cittadinanza e sistema sociosanitario
- G.GIARELLI, E.VENNERI, SOCIOLOGIA DELLA SALUTE E DELLA MEDICINA. Manuale per le professioni mediche, sanitarie e sociali
- G.BISSOLO, L.FAZZI, COSTRUIRE L'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA. Attori, strumenti ,problemi.
- G.COSTA, M.MARRA, I DIVARI NEL SOSTEGNO ALLA SALUTE, L'ITALIA DEI DIVARI, IL MULINO 4/22

SITOGRAFIA

- <https://issuu.com/pensiero/docs/22-fwd-prossimita>
- <https://www.forumpa.it/sanita/pnrr-e-salute-ecco-cosa-prevede-la-missione-6-opportunita-per-il-sistema-sanitario-nazionale-e-paradigma-one-health/>
- https://www.aprirenetwork.it/wp-content/uploads/2020/11/1_Maciocco_A_30_anni.pdf
- <https://www.fpcgil.it/wp-content/uploads/2021/06/LA-SANITA-IN-ITALIA-DALLE-SUE-ORIGINI-AD-OGGI.pdf>
- https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=93033
- https://www.simg.it/Riviste/rivista_simg/2010/04_2010/1.pdf
- <https://euricse.eu/it/publications/prossimita-e-salute-verso-nuovi-modelli-di-integrazione-socio-sanitaria-su-base-domiciliare/>
- <https://www.governo.it/it/approfondimento/le-riforme-del-pnrr/16708>
- <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato3331328.pdf>

RINGRAZIAMENTI

Vorrei riservare questo spazio finale della mia tesi per ringraziare chi mi ha sostenuto nella realizzazione del presente elaborato.

In primis vorrei porgere un sincero ringraziamento al mio relatore il prof. Marco Perosa che mi ha seguito con piena disponibilità e gentilezza in ogni step dell'elaborato, dalla scelta dell'argomento da trattare fino alla sua completa realizzazione e vorrei ringraziare mio figlio Jacopo per avermi sostenuto lungo tutto il percorso universitario con affetto e fiducia .