

2024-27 IL TRIENNIO CHE PUÒ CAMBIARE LA SANITÀ

Il contributo degli stakeholder
a supporto delle Istituzioni

LIBROBIANCO
AUSPICI PER LA XIX LEGISLATURA

Organizzato da



In collaborazione con



2024-27 IL TRIENNIO CHE PUÒ CAMBIARE LA SANITÀ

**Il contributo degli stakeholder
a supporto delle Istituzioni**

LIBROBIANCO
AUSPICI PER LA XIX LEGISLATURA



*“La salute è quel qualcosa
di intangibile per la quale la gente
spende con riluttanza il minimo
indispensabile per mantenerla
ma per la quale spenderebbe
fino all’ultimo centesimo
per riconquistarla una volta
che l’abbia perduta”*

DANIEL FRAKE (1785-1852)

Sommario

Capitolo I: Il SSN	8-9
Premesse: finalità e futuro demografico	10
1. Funzionamento e finanziamento del SSN (Camera Deputati)	12
1.1 I principi fondamentali	12
1.2 I principi organizzativi	13
1.3 Il funzionamento del SSN	13
1.4 Il finanziamento del SSN	14
1.4.1 IRAP e addizionale regionale all'IRPEF	16
1.4.2 Concorso delle Regioni a statuto speciale e delle province autonome al finanziamento del SSN	17
2. Il secondo pilastro: La sanità privata in Italia	18
3. Il secondo pilastro: La sanità cattolica in Italia	23
4. Il terzo pilastro: La sanità integrativa e le assicurazioni	25
5. La sanità territoriale	35
6. Il riordino delle cure primarie: La strategia per il Sistema Sanitario Nazionale	42
6.1 Investimenti e subinvestimenti correlati	46
7. La trasformazione digitale in sanità	47
8. Risorse tecnologiche e HTA	54
9. La Missione 6 del PNRR e le sue componenti ((Coesione), 2023)	57
9.1: C.1.1. Case della Comunità e presa in carico della persona	60
9.2: C.1.2. Casa come primo luogo di cura e telemedicina	62
9.3: C.1.3. Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture	64
9.4: C.2.1. Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero	65
9.5: C.2.2. Verso un ospedale sicuro e sostenibile	66
9.6: C.2.3. Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione	67
9.7: Sviluppo delle competenze digitali e manageriali del personale del sistema sanitario	71
9.8: C.2.6. Integrazione sociosanitaria e assistenza di comunità	74
9.9: C1.3.2 Modelli previsionali: Infrastruttura tecnologica del Ministero della salute e analisi dei dati, modello predittivo per la vigilanza LEA	75

Capitolo II: Gli attori	79
10. La burocrazia	80
11. Il paziente cronico, fragile e disabile	84
12. Il medico di base (medico di famiglia e pediatra di libera scelta)	87
13. Il medico specialista	89
14. L'infermiere	92
14.1. Invecchiamento della popolazione	92
14.2. Implicazioni delle patologie croniche per il sistema sanitario italiano	92
15. Il caregiver	100
Capitolo III: I punti di attenzione	102-103
16. Cronicità e fragilità (Ministero della Salute, 2022)	104
17. La frammentazione dell'offerta sociale, sanitaria e sociosanitaria (Negri, 2023)	109
18. Il pronto soccorso	111
19. Le liste di attesa	112
20. La prevenzione, la promozione della salute ed i fattori di rischio modificabili	114
20.1. Il Piano Nazionale di Prevenzione	115
20.2. I Piano regionali ed i piani aziendali di prevenzione	119
21. La scelta del rischio (Risk management)	120
22. La sostenibilità economica per i farmaci innovativi	122
22.1. Conclusioni	123
23. La sostenibilità economica dei dispositivi medici innovativi	124
24. Le informazioni ed i dati	125
24.1. Possibili soluzioni	129
Capitolo IV: La tecnologia	132-133
25. La diagnosi ed i dispositivi medici	134
26. Sanità digitale: ehealth, connected care, one health	135
26.1. Le principali problematiche insite nella visione incentrata sul paziente	135
27. Le tecnologie per la sanità territoriale	139
28. Fascicolo Sanitario Elettronico	140
28.1. FSE, cosa cambia	140
28.2. Ecosistema dati sanitari, gli obiettivi	141
29. Telemedicina (Ministero della Salute, 2022)	142

Capitolo V: Le proposte per un SSN universale e sostenibile	143
30. Del cittadino	144
30.1. I costi della burocrazia	147
31. Del caregiver	149
32. Dell'infermiere	150
33. Del medico di base (MMG e PLS)	153
33.1. Premesse	153
33.2. Le problematiche	154
34. Del medico specialista	157
35. Del risk manager	159
36. Delle direzioni strategiche aziendali	160
37. Delle aziende ICT	161
38. Dell'industria dei dispositivi medici	163
39. Dell'industria farmaceutica	164
40. Della sanità privata	165
41. Della sanità cattolica	166
42. Della sanità Integrativa	168
43. Sintesi delle proposte per la sostenibilità del SSN	170
43.1. I cinque pilastri del libro bianco	170
Bibliografia	173
Ringraziamenti	174





CAPITOLO I

IL SSN

Premesse: finalità e futuro demografico

In molti penseranno “l’ennesimo pamphlet di proposte irrealizzabili” ma questo documento è diverso da molti altri, non è scritto da una parte che raccoglie anche i desiderata di altri, ma è scritto dalle singole parti in causa che, ognuna per la propria competenza, racconta il proprio punto di vista su un modello di sanità sostenibile anche per il futuro.

Nei secoli scorsi l’equilibrio tra capitalismo e democrazia ha consentito le conquiste dello Stato sociale ma, oggi, numerosi analisti ci dicono che, sotto i colpi della finanziarizzazione del mercato, il welfare community e la sanità come la conosciamo sono in crisi ed è necessaria una riflessione sulla sua sostenibilità complessiva per garantirla anche alle future generazioni evitando, tra le altre cose e possibilmente, che il welfare aziendale possa indebolire ulteriormente il sistema pubblico anziché diventarne un importante pilastro come ipotizzato dal legislatore.

La sanità, dopo la previdenza, è la seconda spesa nel bilancio dello Stato e, nonostante la spesa pubblica sanitaria italiana sia inferiore alla media dell’Unione Europea, il SSN rimane uno dei migliori a livello mondiale.

Si stima che in Italia la popolazione residente attesa sia pari, secondo lo scenario mediano, a 58 milioni nel 2045 e a 54,1 milioni nel 2065 e che, oggi, in Italia la popolazione anziana con problemi di fragilità, cronicità o disabilità è pari al 18,1% raggiungendo, nel 2065, il 33,9%. (Istat, 2023)

Anche alla luce di un costo giornaliero per l’assistenza domiciliare significativamente minore rispetto al ricovero ospedaliero (centinaia di euro contro migliaia) va riprogettato il rapporto dell’ospedale con il territorio. Ciò è vero non solo per le epidemie infettive, come ci ha tragicamente insegnato il Covid 19, ma anche per quelle patologie croniche come il diabete, patologia cardiovascolare, respiratorie, cancro, le demenze, che sono destinate a crescere assieme all’età media.

L’alternativa è un carico di lavoro per le strutture ospedaliere semplicemente insostenibile.

Su questa riorganizzazione il Governo italiano ha individuato una strada che è finanziata attraverso i fondi del PNRR e tesa ad organizzare una diagnosi e una cura a bassa intensità diffusa sul territorio immaginando diversi livelli integrati di responsabilità e intensità dell’assistenza.

Gli obiettivi del PNRR, intanto, sono molto chiari sul versante della digitalizzazione: garantire ad ogni cittadino di avere la disponibilità delle proprie informazioni cliniche in ogni luogo del Paese facendo circolare dati e non carta. In questo contesto si inseriscono il FSE 2.0 e l’EDS.

Ma è evidente dalla stessa missione 6 del PNRR che il tutto si terrà se saranno progettate “vie di comunicazioni”, necessariamente digitali, e “linee guida di funzionamento semplificate” e sarà necessario riscrivere le norme per consentire la nascita ed un utilizzo «semplificato» di tali strumenti infrastrutturali. Il tema ri-

guarda i diritti, quello alla salute collettiva ed individuale e quello alla privacy, ed in particolare allo specifico ruolo della «liceità del trattamento».

Bisogna inoltre ricordare che la salute dei cittadini non è oggetto esclusivo del SSN, bensì un insieme di servizi resi da più Enti. INPS per la disabilità, INAIL per l'inabilità al lavoro, i Comuni per i servizi di assistenza domiciliare in caso di disabilità anche temporanea o per il rilascio di permessi per disabili.

In conclusione, lo scopo di questo documento è di dare avvio ad una discussione con il pubblico, le parti interessate, il Parlamento e gli organi di Governo al fine di approdare a un consenso politico sulle azioni per la sostenibilità del SSN.

Questa attività sarà svolta a partire da Welfair, subito dopo il termine della manifestazione e per tutto l'anno a venire; i risultati delle azioni intraprese verranno, infatti, portati nell'ambito della successiva edizione. Lo stesso percorso verrà, poi, fatto anche per gli anni a venire, al fine di avviare un percorso di lungo periodo: una sintesi periodica dei diversi punti di vista che aiuti il Parlamento a definire le priorità legislative.

1. Funzionamento e finanziamento del SSN (Camera Deputati)

La salute è diritto di tutti, tutelato dalla Costituzione italiana.

Il Servizio sanitario nazionale (SSN) è un sistema di strutture e servizi che hanno lo scopo di garantire a tutti i cittadini, in condizioni di uguaglianza, l'accesso universale all'erogazione equa delle prestazioni sanitarie, in attuazione dell'art.32 della Costituzione, che 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 a 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”.

1.1 I principi fondamentali

I principi fondamentali su cui si basa il SSN dalla sua istituzione, avvenuta con la legge n.833 del 1978, sono l'universalità, l'uguaglianza e l'equità.

Universalità: Significa l'estensione delle prestazioni sanitarie a tutta la popolazione. In osservanza del nuovo concetto di salute introdotto dalla legge di istituzione del SSN. La salute, a partire dal 1978, è stata intesa infatti non soltanto come bene individuale ma soprattutto come risorsa della comunità.

Il SSN nella pratica applica questo principio attraverso la promozione, il mantenimento e il recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione con una organizzazione capillare sul territorio nazionale i cui servizi sono erogati dalle Aziende sanitarie locali, dalle Aziende ospedaliere e da strutture private convenzionate con il SSN. Tutti garantiscono, in modo uniforme, i Livelli essenziali di assistenza (LEA) alla popolazione.

Uguaglianza

I cittadini devono accedere alle prestazioni del SSN senza nessuna distinzione di condizioni individuali, sociali ed economiche. Ai cittadini, che non appartengono a categorie esenti, è richiesto il pagamento di un ticket che varia per ogni singola prestazione prevista dai LEA.

Equità

A tutti i cittadini deve essere garantita parità di accesso in rapporto a uguali bisogni di salute. Questo è il principio fondamentale che ha il fine di superare le disuguaglianze di accesso dei cittadini alle prestazioni sanitarie. Per la sua applicazione è necessario:

- garantire a tutti qualità, efficienza, appropriatezza e trasparenza del servizio e in particolare delle prestazioni;
- fornire, da parte del medico, infermiere e operatore sanitario, una comunicazione corretta sulla prestazione sanitaria necessaria per il cittadino e adeguata al suo grado di istruzione e comprensione (consenso informato, presa in carico).

1.2 I principi organizzativi

I principi fondamentali del SSN vengono affiancati dai *principi organizzativi* che sono basilari per la programmazione sanitaria. I più importanti sono elencati di seguito.

Centralità della persona

Si manifesta in una serie di diritti esercitabili da parte dei singoli cittadini e che rappresentano dei doveri per tutti gli operatori sanitari, dal medico a chi programma l'assistenza territoriale. I diritti principali sono:

- libertà di scelta del luogo di cura
- diritto a essere informato sulla malattia
- diritto a essere informato sulla terapia e opporsi o dare il consenso (consenso informato)
- diritto del paziente di "essere preso in carico" dal medico o dall'équipe sanitaria durante tutto il percorso terapeutico
- diritto alla riservatezza
- dovere della programmazione sanitaria di anteporre la tutela della salute dei cittadini (che rappresenta il motivo principale dell'istituzione del Ssn) a tutte le scelte, compatibilmente alle risorse economiche disponibili.

Responsabilità pubblica per la tutela del diritto alla salute

La Costituzione prevede per la tutela della salute competenze legislative dello Stato e delle Regioni. Lo Stato determina i LEA che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale, mentre le Regioni programmano e gestiscono in piena autonomia la sanità nell'ambito territoriale di loro competenza.

Collaborazione tra i livelli di governo del SSN

Stato, Regioni, Aziende e Comuni, nei rispettivi ambiti di competenze, devono collaborare tra di loro, con l'obiettivo di assicurare condizioni e garanzie di salute uniformi su tutto il territorio nazionale e livelli delle prestazioni sanitarie accettabili e appropriate per tutti i cittadini.

Valorizzazione della professionalità degli operatori sanitari

La professionalità dei medici e infermieri, non solo in senso tecnico, ma anche come capacità di interagire con i pazienti e rapportarsi con i colleghi nel lavoro di équipe, è determinante ai fini della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni.

Integrazione socio-sanitaria

È un dovere integrare l'assistenza sanitaria e quella sociale quando il cittadino richiede prestazioni sanitarie e, insieme, protezione sociale che deve garantire, anche per lunghi periodi, continuità tra cura e riabilitazione.

1.3 Il funzionamento del SSN

Il Sistema Sanitario Nazionale prende forma in tre diversi livelli.

Il **primo livello considera il governo centrale dello Stato** e comprende tutte le **Istituzioni correlate**: dal Ministero della Sanità al Consiglio Superiore di Sanità fino

all'Istituto Superiore di Sanità e alla Conferenza Stato-Regioni.

Il **secondo livello è di tipo regionale** e racchiude gli enti locali, tra cui: l'assessorato alle attività sanitarie; la Conferenza regionale permanente; l'agenzia per i servizi sanitari regionali.

Infine, il **terzo livello è di tipo territoriale** per riuscire ad ottenere un'ampia capillarità in tutto lo Stato. Include quindi sia le ASL, Aziende Sanitarie Locali, sia le aziende ospedaliere.

Tutti e tre questi livelli fanno leva su **due strumenti fondamentali del SSN**: il **piano sanitario nazionale** con il quale vengono definiti ogni triennio gli obiettivi, le priorità, le modalità da perseguire; il **Fondo Sanitario Nazionale** tramite il quale sono definiti gli investimenti annuali.

Le prestazioni del SSN sono garantite da:

- **Strutture Pubbliche:** sono finanziate a livello statale dal Servizio Sanitario Nazionale.
- **Strutture Private Accreditate:** sono centri che sostengono il Servizio Sanitario Nazionale nell'erogazione delle prestazioni. La spesa di tali servizi è finanziata dal SSN o dal consumo privato. Tali aziende sono società for profit.
- **Enti del Terzo Settore accreditati:** sono enti **no profit** accreditati e convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale nell'erogazione delle prestazioni. La spesa di tali servizi è finanziata dal SSN o dal consumo privato e il corrispettivo ottenuto viene reinvestito per finanziare attività a sostegno della comunità.
- **Strutture Private:** sono enti i cui servizi sono accessibili ai cittadini attraverso una spesa a proprio carico. Tali aziende sono società for profit.

1.4 Il finanziamento del SSN

La legge statale determina annualmente il fabbisogno sanitario nazionale standard, cioè il livello complessivo delle risorse del Servizio sanitario nazionale (SSN) al cui finanziamento concorre lo Stato. Il fabbisogno sanitario nazionale standard è determinato, tramite intesa, in coerenza con il quadro macroeconomico complessivo e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria, coerentemente con il fabbisogno derivante dalla determinazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) erogati in condizioni di efficienza ed appropriatezza. In sede di determinazione, sono distinte la quota destinata complessivamente alle regioni a statuto ordinario, comprensiva delle risorse per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, e le quote destinate ad enti diversi dalle regioni.

Il finanziamento del SSN è stato disegnato dal D.Lgs. 56/2000 che ha previsto un sistema di finanziamento del SSN basato sulla capacità fiscale regionale, anche se

corretto da adeguate misure perequative, stabilendo che al finanziamento del SSN concorrano l'IRAP, l'addizionale regionale all'IRPEF e la compartecipazione all'IVA. Il fabbisogno sanitario nazionale standard è pertanto finanziato dalle **seguenti fonti**:

- entrate proprie degli enti del SSN (ticket e ricavi derivanti dall'attività intramoenia dei propri dipendenti);
- fiscalità generale delle regioni: IRAP (nella componente di gettito destinata alla sanità) e addizionale regionale all'IRPEF. La fiscalità generale, nelle sue componenti distinte IRAP ed addizionale IRPEF, transita nei conti di Tesoreria. Poiché i valori di gettito dell'IRAP e dell'addizionale regionale all'IRPEF considerati per l'anno di riferimento costituiscono valori stimati, qualora i gettiti effettivi risultino inferiori, il differenziale è assicurato dal fondo di garanzia di cui all'articolo 13 del D.lgs. 56/2000. Le risorse relative alle due imposte sono erogate alle regioni ogni mese integralmente (decreto legge 112/2008, articolo 77-quater);

Si ricorda inoltre che la misura delle aliquote di compartecipazione può essere rideterminata annualmente con DPCM, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa con la Conferenza Stato-regioni (art. 5 del D. Lgs. 56/2000).

- compartecipazione delle Regioni a Statuto speciale e delle Province autonome di Trento e di Bolzano: tali enti partecipano al finanziamento sanitario fino a concorrenza del fabbisogno non soddisfatto dalle fonti di cui ai precedenti punti, tranne la Regione siciliana, per la quale l'aliquota di compartecipazione è fissata dal 2009 nella misura del 49,11 per cento del suo fabbisogno sanitario (legge n. 296/2006 art. 1, comma 830);
- bilancio dello Stato: finanzia il fabbisogno sanitario non coperto dalle altre fonti di finanziamento essenzialmente attraverso la compartecipazione all'imposta sul valore aggiunto - IVA (destinata alle Regioni a statuto ordinario), e attraverso il Fondo sanitario nazionale (una quota è destinata alla Regione siciliana, mentre il resto finanzia anche le spese sanitarie vincolate a determinati obiettivi).

Sul punto, si ricorda che la compartecipazione delle regioni a statuto ordinario al gettito erariale dell'IVA è stata prevista a decorrere dal 2001 dall' art.2 del D.Lgs. 56/2000. Una parte rilevante della compartecipazione è stata destinata al finanziamento del Servizio sanitario. La quota annuale che compete a ciascuna regione viene determinata sulla base della media dei consumi finali delle famiglie rilevati dall'Istat a livello regionale negli ultimi tre anni; essa viene stabilita ogni anno entro il 30 settembre con DPCM, sulla base di parametri riferiti alla popolazione residente, alla capacità fiscale, ai fabbisogni sanitari ed alla dimensione geografica di ciascuna regione. Nel caso in cui l'IVA necessaria ad una regione risulti inferiore all'IVA spettante sulla base dei consumi pro-capite, interviene la solidarietà

interregionale che consente l'attingimento da un apposito fondo perequativo, che è alimentato dalle regioni con surplus di IVA.

La normativa in materia di compartecipazione regionale all'IVA è stata modificata dagli artt. 4 e 15 del D. Lgs 68/2011, che ha ridisegnato l'autonomia d'entrata delle Regioni a statuto ordinario e delle Province, nonché la determinazione dei costi e fabbisogni standard nel settore sanitario. Secondo quanto previsto dal D. Lgs 68/2011, la compartecipazione regionale all'IVA deve essere attribuita secondo il principio di territorialità, in base al luogo effettivo in cui avvengono la cessione dei beni o la prestazione di servizi. In tal senso, la base imponibile cui applicare l'aliquota di compartecipazione IVA corrisponde al gettito IVA complessivo realizzato nel penultimo anno precedente a quello in considerazione al netto di quanto devoluto alle regioni a statuto speciale e delle risorse UE. La percentuale di compartecipazione IVA deve poi essere stabilita con DPCM sentita la Conferenza Stato-regioni in misura pari al livello minimo assoluto del fabbisogno corrispondente ai livelli essenziali delle prestazioni rilevato in una sola regione (si ricorda che i livelli essenziali delle prestazioni sono definiti solo per la sanità. Restano da definire quelli per: assistenza sociale, istruzione scolastica, spesa in c/capitale del Trasporto pubblico locale). In questa cornice, nel caso in cui il gettito tributario della regione sia insufficiente al finanziamento integrale dei LEP, è previsto l'intervento di quote del Fondo perequativo per spese essenziali, anch'esso finanziato con una quota di compartecipazione IVA.

1.4.1 IRAP e addizionale regionale all'IRPEF

L'imposta regionale sulle attività produttive – IRAP è un'imposta a carattere reale, istituita e disciplinata dal D.Lgs. 446/1997; la quasi totalità del gettito ottenuto è attribuito alle Regioni con l'obiettivo di concorrere al finanziamento del Servizio sanitario nazionale.

L'aliquota ordinaria (inizialmente fissata al 4,25 per cento) ammonta al 3,9 per cento. Sono previste le seguenti speciali misure di aliquota:

- ai soggetti che esercitano attività di imprese concessionarie diverse da quelle di costruzione e gestione di autostrade e trafori, si applica l'aliquota del 4,20 per cento;
- a banche, enti e società finanziari si applica l'aliquota del 4,65 per cento;
- alle imprese di assicurazioni si applica l'aliquota del 5,90 per cento;
- ai soggetti che operano nel settore agricolo e per le cooperative della piccola pesca e loro consorzi si applica un'aliquota stabilita nella misura dell'1,9%.

Nei confronti delle pubbliche amministrazioni, relativamente al valore prodotto nell'esercizio di attività non commerciali, si applica l'aliquota dell'8,5 per cento. Il tributo è dichiarato e riscosso con le stesse modalità dell'Irpef e affluisce direttamente alle regioni.

Si segnala tuttavia che **dal 2016** (comma 26 della legge di stabilità 2016, successivamente novellato dal comma 42 della legge di bilancio 2017 e infine dal comma 37 della legge di bilancio 2018) la legge ha **sospeso l'efficacia** delle **leggi regionali** e delle **deliberazioni comunali** per la parte in cui **aumentano i tributi e le addizionali** attribuite ai medesimi enti. Sono escluse dalla sospensione le regioni in situazione di disavanzo sanitario, nelle quali viene applicata la maggiorazione dell'aliquota dell'IRAP, nella misura di 0,15 punti percentuali, e dell'addizionale regionale all'IRPEF.

1.4.2 Concorso delle Regioni a statuto speciale e delle province autonome al finanziamento del SSN

Le regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono al finanziamento del Servizio sanitario nazionale con risorse provenienti interamente dal proprio bilancio. Fa eccezione la Regione siciliana, sola regione tra le autonomie speciali, a non finanziarie completamente i servizi di assistenza sanitaria sul proprio territorio. Ai sensi della legge 296/2006, articolo 1 comma 830, infatti, la regione a decorrere dal 2009, partecipa alla spesa sanitaria nella misura del 49,11%. Per la restante parte essa riceve i finanziamenti dallo Stato al pari delle regioni a statuto ordinario.

Per tale ragione, la Regione siciliana è esclusa dalla normativa concernente le regioni a statuto speciale.

Il sistema di finanziamento delle regioni a statuto speciale prevede che, attraverso le entrate fiscali che ricevono sotto forma di compartecipazioni ai tributi erariali (le cui quote sono stabilite negli statuti speciali e nelle norme di attuazione), esse provvedono al finanziamento integrale dell'esercizio delle funzioni attribuitigli dallo statuto speciale e dalle norme di attuazione. In particolare la regione Valle d'Aosta e le province autonome di Trento e Bolzano - ai sensi dell'articolo 34, comma 3 della legge 23 dicembre 1994, n. 724 -, la Regione Friuli Venezia Giulia - ai sensi dell'articolo 1, comma 144 della legge 662/1996, e la Regione Sardegna - ai sensi dell'articolo 1, comma 836 della legge 296/2006 -, provvedono al finanziamento del rispettivo fabbisogno senza alcun apporto a carico del Bilancio dello Stato. Per la Regione siciliana, invece, ai sensi della legge 296/2006 articolo 1 comma 830, l'aliquota di partecipazione alla spesa sanitaria è fissata nella misura del 49,11%.

Si ricorda inoltre che, stante il diverso modo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale sul proprio territorio e in ragione del principio di coordinamento della finanza pubblica, tutte le regioni e le province autonome sono tenute a contribuire agli obiettivi di finanza pubblica. Pertanto, a fronte di una riduzione del finanziamento erariale per il comparto delle regioni a statuto ordinario, è previsto che anche le autonomie speciali realizzino un risparmio.

I livelli di finanziamento del SSN sono riassunti nella seguente tabella.

Tab.1 - Finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale in base alla legge di bilancio 2022 (milioni di euro)		
2022	2023	2024
124.061	126.061	128.061

La spesa sanitaria pubblica media pro-capite del 2022 è pari ad €. 3.031,00
Si ricorda inoltre che la spesa privata (che oltre a quella pagata direttamente dal cittadino, il cosiddetto out of pocket, ricomprende anche i fondi integrativi e le assicurazioni) nell'anno 2022 è stata pari a 36,5 Mld di euro.

2. Il secondo pilastro: La sanità privata in Italia

Quando si parla di SSN, si fa riferimento in modo univoco alla componente di diritto pubblico e alla componente di diritto privato, poste al servizio della funzione pubblica di tutela della salute.

La componente di diritto privato del Servizio Sanitario Nazionale assicura circa il **28% di tutte le prestazioni** e di tutti i servizi ospedalieri resi alla popolazione dal SSN, assorbendo circa il **14% della spesa ospedaliera pubblica**.

Di seguito l'articolazione dei posti letto ordinari del Servizio Sanitario Nazionale in base alla natura giuridica, Anno 2019

Fonte: Ministero della Salute, *Opendata 2019*



Per quanto concerne il settore della **riabilitazione post-acuzie** che, a titolo esemplificativo, coinvolge aree decisive quali quella cardiovascolare, neurologica e ortopedica, i presidi accreditati offrono circa il 75% del totale delle prestazioni.

Le componenti di diritto pubblico e diritto privato che operano nel SSN dovrebbero avere, pur nella differenza di stato giuridico, piena e uguale dignità, mentre i vincoli posti dall'attuale normativa, a partire dal tetto di spesa all'acquisto di prestazioni sanitarie di assistenza ambulatoriale ed ospedaliera da soggetti privati accreditati posto dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, sono una discriminante al valore delle strutture sanitarie di diritto privato ed ha depotenziato il ruolo programmatico delle regioni impoverendo l'offerta sanitaria del SSN che già scontava criticità strutturali quali bassa aderenza terapeutica, liste d'attesa, rinuncia alle cure e mobilità sanitaria non fisiologica.

Inoltre, l'art. 15 della "Legge annuale per il mercato e la concorrenza" (L. 5 agosto 2022, n. 118) reca disposizioni in materia di "Revisione e trasparenza dell'accreditamento e del convenzionamento delle strutture private nonché monitoraggio e valutazione degli erogatori privati convenzionati".

La nuova disciplina si pone in contrasto sia con la Direttiva dell'Unione Europea 2006/123/CE, conosciuta come Direttiva Bolkestein, sia con l'assetto normativo sanitario italiano che vede quali titolari della competenza in materia di concorrenza e di tutela della salute soggetti diversi. Un assetto che nel tempo si è stratificato, sovrapponendo al principio della scelta dell'utente quello della programmazione di volumi, tipologia, modalità e corrispettivi delle prestazioni.

A tutto questo si è affiancato l'ulteriore ed eccessivo principio della selezione delle strutture di diritto privato mediante esame comparativo, promuovendo la concorrenza tra questi soli erogatori e non, invece, tra quelli di diritto pubblico, in un settore regolamentato da normative stringenti che non consentono di esprimere compiutamente la potenzialità della componente di diritto privato, avendone bloccato la crescita sine die.

La normativa in commento, al contrario, rischia di dare luogo a dinamiche anticoncorrenziali tali da provocare una compressione dell'offerta nel solo perimetro della componente di diritto privato del SSN: un aspetto che, unitamente ad una revisione di breve periodo, oltre a rendere particolarmente complessa l'attività di programmazione degli investimenti da parte degli imprenditori, amplificherà le differenze nella gestione delle strutture di diritto pubblico e di diritto privato, pur facendo loro parte della stessa rete.

Se questa è la strada che si è scelto di perseguire, è quantomeno necessario adottare un meccanismo di selezione degli erogatori, ai fini della stipula degli accordi contrattuali, attraverso dei meccanismi omogenei che valorizzino - invece che rendere precari - gli investimenti tecnologici e di personale compiuti dalle strutture già accreditate e contrattualizzate per garantire i migliori standard di qualità e sicurezza nell'erogazione delle prestazioni.

Non a caso la Direttiva 2006/123/CE ha escluso espressamente i “servizi sanitari” dal suo campo di applicazione, riconoscendo indirettamente le prestazioni sanitarie come non soggette alla concorrenza: la teoria economica ci insegna, infatti, che la salute è un bene pubblico e che in sanità le regole del mercato falliscono.

Nella attuale impostazione di programmazione regionale dei servizi sanitari e di identificazione delle strutture erogatrici, la auspicata razionalizzazione del sistema, basata su requisiti qualitativi, deve considerare le caratteristiche di un modello di fatto articolato in 21 sistemi regionali distinti e per nulla parlanti. **Questo può essere realizzato solo attraverso una maggiore manifestazione di responsabilità del livello centrale/statale, nel suo imprescindibile ruolo - riconosciuto costituzionalmente anche nell’ambito del nuovo Titolo V - di supervisore e garante del SSN.**

Se è vero che la qualità delle cure non può essere sacrificata sull’altare dell’unitarietà del sistema (in una sorta di egualitarismo verso il basso), è vero anche che la diversa velocità, le diverse risorse e, soprattutto, i differenti livelli di partenza di ciascuna Regione non possano essere una giustificazione alla disuguaglianza nell’accesso alle cure e alla disparità di trattamento dei pazienti, a seconda dell’area geografica di pertinenza e della struttura ospedaliera alla quale si rivolgono.

In questo senso, devono essere potenziati i meccanismi centrali di vigilanza sull’equità di accesso alle cure, quelli di controllo della eterogeneità qualitativa tra gli erogatori, nonché quelli di regolazione della mobilità fisiologica e di contrasto alla mobilità patologica, anche attraverso l’identificazione di reti nazionali e interregionali per l’erogazione di prestazioni caratterizzate da incidenza relativamente contenuta ma per le quali è nota l’associazione tra maggiori volumi di attività e migliore esiti dei trattamenti sanitari.

Questo è valido allo stato dell’arte del SSN, rispetto al quale il Programma Nazionale Esiti di Agenas documenta annualmente una preoccupante eterogeneità interregionale e intra-regionale nell’accesso a servizi di provata efficacia clinica, nonché livelli di migrazione sanitaria tali da indicare chiaramente “buchi” assistenziali in molte aree geografiche del nostro territorio.

Ma è valido, a maggior ragione, se si procede verso una razionalizzazione del sistema, i cui costi non possono ricadere – cosa che altrimenti negherebbe alle sue fondamenta il Servizio Sanitario Nazionale – sui pazienti e la capacità soggettiva (economica e di mobilità) di rivolgersi alla struttura ospedaliera considerata “adeguata”, se non si vuole tradurre la ricerca della qualità in un mero efficientamento del sistema a spese della salute e del diritto alla cura dei pazienti.

Allo stesso tempo, la definizione di criteri qualitativi, quantitativi ed economico-finanziari per la selezione delle strutture del SSN e la definizione delle reti ospedaliere deve necessariamente evitare derive ingegneristiche – che spesso assumono i documenti di natura programmatoria come il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici

e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" - ma considerare ex-ante l'impatto dell'applicazione di standard stabiliti a livello centrale.

Il Servizio Sanitario Nazionale garantisce l'erogazione delle prestazioni sanitarie incluse nei **Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)** stipulando degli accordi o dei contratti con erogatori di diritto pubblico (Aziende ospedaliere, Aziende ospedaliere-universitarie, Ospedali a diretta gestione ASL, IRCCS pubblici) e di diritto privato (Ospedali accreditati, IRCCS privati, Ospedali classificati, Presidi ASL, Enti di ricerca).

Il loro finanziamento avviene nel rispetto dell'autonomia costituzionalmente riconosciuta alle regioni in materia di assistenza sanitaria, secondo regole stabilite a livello regionale, nell'ambito del quadro normativo di riferimento nazionale per garantire l'omogeneità del sistema.

Le prestazioni sanitarie ospedaliere sono remunerate mediante tariffe omnicomprendenti predeterminate per raggruppamento di prestazione (DRG).

Ne esistono, normativamente, tre tipologie:

- 1) le tariffe nazionali massime di riferimento, stabilite periodicamente;
- 2) le tariffe regionali, che possono oscillare - soprattutto in diminuzione - ed essere articolate per classi di erogatori definite per tipologia di struttura e/o sulla base delle caratteristiche organizzative e gestionali;
- 3) per le sole attività di ricovero, inoltre, dal luglio 2003, tra tutte le regioni sono stabilite, annualmente e concordemente, le tariffe e le relative regole di remunerazione utilizzate per la "compensazione della mobilità interregionale" (TUC, Tariffa Unica Convenzionale).

Il complesso delle prestazioni sanitarie per le quali sono determinate le tariffe (prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti secondo il sistema DRG, specialistica ambulatoriale esterna e protesica), sono definite in maniera univoca - come tariffe di riferimento - a livello nazionale, per ciascuna categoria di attività assistenziale, al fine di garantirne l'omogeneità tra regioni e la connessa portabilità dei diritti di assistenza.

I criteri per determinare le tariffe, a livello nazionale e regionale, sono definiti per legge e impongono sia il legame delle tariffe con i costi di produzione delle prestazioni, sia il rispetto dei vincoli dettati dai livelli di finanziamento complessivo del SSN. I nuovi LEA sono stati introdotti nel 2017 senza una corrispondente e adeguata copertura economica, peraltro superando i LEA storici introdotti nel 2001 che, a loro volta, sono stati solo in parte attuati. L'esperienza maturata negli anni dimostra che occorre rivedere la loro implementazione e i rispettivi sistemi tariffari, adeguando questi ultimi ai maggiori costi di produzione, tenendo in considerazione anche il costo del personale e delle nuove tecnologie, premiando contemporaneamente i territori che assicurano, autonomamente, la loro erogazione mantenendo l'equilibrio finanziario. L'adeguamento alle risorse effettivamente impiegate dovrebbe altresì prevedere, a

livello nazionale, un meccanismo di stadiazione tariffaria collegata alla complessità/gravità del paziente se proveniente da pronto soccorso, anche in deroga ai limiti previsti dal DL 95/2012.

Con il recente schema di decreto Mef-Salute che aggiorna le tariffe per l'assistenza specialistica ambulatoriale esterna e protesica, trasmesso dal Ministero della salute alla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, si provvede al necessario e atteso aggiornamento del Tariffario nazionale, includendo prestazioni tecnologicamente innovative ed eliminando quelle divenute obsolete.

Lo stesso decreto nella sua attuale formulazione non tiene realmente conto dell'impatto che avrà sul Paese, poiché sono previsti abbattimenti che coinvolgono drammaticamente le strutture di piccole dimensioni e, più in generale, le strutture che svolgono in via principale attività di laboratorio e di diagnostica.

Questa operazione di riduzione comporta una oscillazione, per le prestazioni in diminuzione, dal 30% all'80%, e non tiene nella dovuta considerazione aspetti essenziali come l'obsolescenza tecnologica delle attrezzature e la loro necessaria innovazione, in un quadro nazionale e internazionale che deve fare i conti con gli effetti dell'inflazione e dell'aumento dei costi dei materiali di consumo, delle attrezzature e dei reagenti.

Esistono prestazioni innovative che devono essere garantite, in modo equo e omogeneo, a tutta la popolazione, senza per questo però mettere a rischio lo standard quali-quantitativo delle diagnosi, delle terapie e delle cure di provata efficacia clinica finora erogate.

La crisi di questa parte del settore non potrà che avere ricadute negative in termini di risposta alla sempre crescente domanda di salute, amplificando ulteriormente il fenomeno delle liste d'attesa e di rinuncia alle cure.

Se è vero che con l'adozione del provvedimento risulteranno fruibili alcune delle nuove prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale esterna, oltre che le prestazioni specialistiche in esenzione per le nuove malattie croniche e rare riconosciute, e sarà applicabile una parte delle disposizioni relative ai nuovi nomenclatori sull'assistenza protesica, è vero anche che correlare l'ampliamento della tutela alla decurtazione delle tariffe per le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio maggiormente diffuse è una scelta di contenimento e, in molti casi, di allarmante riduzione della spesa sanitaria, quando, invece, l'aggiornamento dei LEA del 2017 voleva configurarsi quale scelta di salute pubblica.

È necessario rendere operativi i nuovi LEA, adottando un tariffario che tenga in considerazione i reali costi delle prestazioni specialistiche e che non aggravi ulteriormente la crisi di un settore già in grande difficoltà e costretto a ricorrere al meccanismo degli "extra LEA" - precluso alle regioni in Piano di Rientro - che consente solo a poche regioni virtuose di erogare prestazioni aggiuntive.

3. Il secondo pilastro: La sanità cattolica in Italia

La presenza e l'azione della Chiesa nel mondo della salute non può certamente configurarsi come semplice opera di supplenza, né tanto meno come "sanità di parte". Tale presenza, con l'azione e le opere che ne conseguono, è radicata nel suo stesso essere Chiesa e nella missione ricevuta dal suo Signore di annunciare il Vangelo, e di curare gli infermi, sempre e dovunque. In questa prospettiva, "le Istituzioni sanitarie cattoliche costituiscono una specifica modalità con cui la comunità ecclesiale mette in pratica il mandato di 'curare gli infermi'. E i malati si curano imponendo loro le mani, raccogliendoli dalla strada, assistendoli al proprio domicilio e anche realizzando apposite strutture di accoglienza e ospitalità. Non a caso è proprio da questa hospitalitas che ha avuto origine la denominazione del moderno "ospedale". Sono opere di Chiesa al servizio della salute di ogni persona, senza distinzione alcuna, a partire dai più fragili e deboli.

Vale anche la pena ricordare che in ambito di assistenza sanitaria la Chiesa è stata senz'altro precorritrice di cammini che lentamente sono stati percorsi anche dalla società civile.

Oggi l'ospedalità e gli Istituti Socio Sanitari cattolici, gestiscono in Italia circa 110mila posti letto. Una risorsa fondamentale del Servizio Sanitario Nazionale, che a tutti gli effetti è parte della sanità pubblica con oltre 1300 strutture non profit. (ARIS, 2023)

Grande attenzione viene riservata a quelle che, con termine ormai desueto, continuano a essere chiamate nuove povertà. Per queste la comunità ecclesiale da tempo si è attrezzata istituzionalmente per farvi fronte, e così accanto ai tradizionali ospedali sono sorte case-famiglia, centri di accoglienza, comunità-alloggio, residenze assistenziali, poliambulatori, case di riposo, unità di cure palliative, ricoveri notturni, ecc. Ancora una volta la profezia della Chiesa deve guardare lontano e accanto a queste, ormai non più "nuove" opere, dovrà essere in grado di realizzare strutture originali adeguate, nella tipologia istituzionale e operativa, alle future esigenze. Pensiamo ad esempio all'emergere delle patologie alimentari (anoressia e bulimia), al suicidio, ai problemi sanitari degli immigrati e dei nomadi, al morbo di Alzheimer, alle unità di strada per i tossicodipendenti, ai familiari di malati provenienti da altre città, alle vittime del turismo sessuale, all'abuso di farmaci.

Altro elemento di "novità" nella sanità del prossimo millennio sarà la sua forte componente domiciliare. L'ospedale tradizionalmente inteso sarà sempre più un luogo di rapido transito, mentre verrà sempre di più valorizzata la fase (diagnostica) preospedaliera e quella (riabilitativa) post-ospedaliera. Per non parlare dell'intero ciclo terapeutico svolto a domicilio (la cosiddetta home-care). Oltre a porre il consueto accento sulla carità nei confronti dei malati, che anche in quest'ambito la comunità ecclesiale dovrà evidenziare, non è escluso che la sua creatività possa pensare a più organiche forme istituzionali di ospedalizzazione domiciliare. In

questa direzione si dovranno investire energie e risorse per adeguare una valida presenza pastorale alle mutate condizioni socio-assistenziali.

La sanità cattolica opera all'interno di un tessuto statale nel quale si inserisce a vario titolo e assumendo differenti ruoli operativi. Il primo e più comune di questi è di tipo integrativo che consiste nell'integrarsi con quanto già lo Stato gestisce in ambito sanitario, senza volerlo soppiantare né svolgere un ruolo ancillare ma con pari competenza e dignità. Alla luce delle future tendenze della sanità in Italia, questo ruolo assume comunque i connotati di una onesta e legittima competitività, che deve portare istituzioni statali e istituzioni cattoliche a ritenersi leali partners che dal reciproco confronto possano trarre un miglioramento qualitativo nell'esclusivo interesse del paziente. Il secondo ruolo è quello complementare che si realizza nella gestione di ambiti o settori poco curati dallo Stato, in generale o solo in un dato territorio o in un certo momento storico. Senza essere del tutto sostitutiva dell'opera statale, quella affidata alla libera iniziativa cattolica assume così il carattere di una specifica risposta a una domanda di salute che rimarrebbe altrimenti inevasa. Tale complementarietà deve anch'essa esplicitarsi poi in una reciproca stima e attenzione, trovando le più idonee modalità di integrazione, se è il caso, tra le due tipologie istituzionali, affinché il paziente non senta di appartenere a mondi diversi ma solo a opere distinte e cooperanti al suo bene.

4. Il terzo pilastro: La sanità integrativa e le assicurazioni

La “sanità pubblica” e la “sanità integrativa” sono due presenze rilevanti nel sistema salute italiano. Fino ad oggi lo sviluppo di quella “integrativa” non è stato gestito e coordinato in modo adeguato dai diversi interlocutori pubblici e privati. La mancanza di coordinamento e la spontaneità dello sviluppo anche a macchia di leopardo della sanità Integrativa in Italia, ha determinato spesso una esigua o assente “integrazione” tra l’offerta dei SSR e l’offerta delle reti sanitarie private che rappresentano i soggetti “intermediari” tra persone assicurate e le loro domande/bisogni. In realtà si è assistito ad una “concorrenza” su aree di offerta che si sovrappongono. Si rende quindi necessario trovare ambiti di cooperazione e integrazione utili per rispondere ai bisogni dei cittadini. Senza, possibilmente, aumentare le diseguaglianze di salute in particolare tra soggetti “garantiti” dai CCLN e/o da polizze sanitarie rispetto a soggetti “precarî”, “atipici” e alle fasce di popolazione “fragile” e “cronica”.

Per “missione” la “sanità pubblica” deve assistere tutti e non può selezionare i pazienti, ovvero circa 60.000.000 di residenti h24 e 365 giorni all’anno. La sanità pubblica deve garantire i LEA, ma soprattutto deve garantire su tutto il territorio nazionale le attività di «prevenzione» e quelle di «urgenza ed emergenza». Ha un sistema di valorizzazione dei costi basato sui DRG e costi standard che non rispondono più alla rappresentazione reale della complessità clinico-assistenziale che caratterizza l’offerta di prestazioni nel pubblico a legislazione attuale. Il risultato è che i nostri ospedali pubblici più lavorano, più perdono perché gli attuali DRG “coprono” solo il 65% dei nostri costi standard reali. Ad oggi il tentativo di immettere i “costi standard” italiani calcolati su un panel di Regioni “pesato” è ancora bloccato in sede di Conferenza Stato/Regioni/PPAA. È urgente passare da un sistema basato sui DRG a uno “value based” centrato sul percorso del paziente.

La «sanità privata» in Italia ha diverse tipologie di rapporto con il SSN. È “accreditata” con il SSN, è “classificata” (ospedali religiosi) in accreditamento in base agli “Accordi” tra le singole Diocesi e lo Stato Italiano, è in “outsourcing” nella gestione di servizi e strutture ed è “integrativa”. Poi abbiamo la sanità privata “privata”, che opera sul mercato libero o in convenzione con chi intermedia garantendo pacchetti servizi e prestazioni della cosiddetta “sanità integrativa”.

La sommatoria di queste diverse presenze fa già sì che in diverse Regioni importanti, come la Lombardia, l’offerta di sanità integrativa sia maggioritaria nel panorama di offerta dei servizi sanitari ai cittadini residenti. Tutto questo si è sviluppato, in uno scenario di evoluzione dei bisogni della popolazione prevalentemente sempre più decrescente per la denatalità e crescente per l’invecchiamento della popolazione, con caratteristiche di percentuali di cronicità e fragilità rilevanti in molte Regioni italiane... “Il consumo di risorse socio-sanitarie per le persone di oltre i 75 anni è 11 volte superiore alla classe di età 25-34 anni e i pazienti cronici rappresentano il

25% della popolazione ed assorbono il 70% della spesa” [“Libro Verde” del Ministero della Sanità, luglio 2013]

Alcune delle criticità attuali della sanità pubblica nel nostro Paese, hanno di fatto accelerato il processo di sviluppo della cosiddetta “sanità integrativa” in modo non coordinato e spontaneistico, determinando disuguaglianze nell’offerta di servizi e prestazioni, e di fatto contribuendo a definire una sanità integrativa “sostitutiva” dell’offerta pubblica e non integrativa com’era nell’idea del legislatore:

- Rilevanti prestazioni perse tra il 2019 e il 2021 da recuperare ...-1.301.000 ricoveri in urgenza e programmati, -144.563.000 accessi ambulatoriali persi...
- Taglio progressivo dei PL ospedalieri (-10.000) in sanità pubblica e tagli di personale proporzionali. Siamo il Paese UE che ha ridotto di più i PL. Mancanza cronica di personale medico specialistico e di infermieri, con livelli di carenze in alcuni settori come l'emergenza, la pediatria, la salute mentale, ecc molto preoccupanti per la salute complessiva del sistema sanitario.
- Significative disparità territoriali nell'erogazione dei servizi, in particolare in termini di prevenzione e assistenza sul territorio.
- Un'inadeguata integrazione tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali.
- Tempi di attesa elevati per l'erogazione di alcune prestazioni.
- Una scarsa capacità di conseguire sinergie nella definizione delle strategie di risposta ai rischi ambientali, climatici e sanitari.
- Diffusione di diversi e non omogenei, né di facile convergenza, sistemi di valutazione dei pazienti complessi tramite scale di valutazione difformi.
- Diffusione di sistemi informativi aziendali spesso sviluppati in divenire senza un approccio sistemico e unitario.
- Organizzazione dei servizi territoriali difformi tra Distretti e Distretti a volte anche all'interno della stessa Asl, in un approccio a “canne d'organo” e non di integrazione trasversale e funzionale dei servizi stessi.
- Siamo l'ultimo Paese UE per Posti Letto dedicati alla Long-Term Care negli Istituti e negli Ospedali, per 1.000 abitanti con età pari o superiore ai 65 anni, 2009.

A fronte di tutte queste considerazioni nel triennio 2023-2025, la previsione della spesa sanitaria decrescerà a un tasso medio annuo dello 0,6%. Nel medesimo arco temporale il PIL nominale crescerebbe in media del 3,8%. [DEF, Ministero Economia e Finanza, *Previsioni di spesa 2021-25*]

Il nostro Paese ha avuto nel 2021 un Prodotto Interno Lordo ai prezzi di mercato che risulta pari a 1.782.050 milioni di euro correnti, con una revisione al rialzo di

6.614 milioni rispetto alla stima dell'aprile precedente, rispetto al quale abbiamo per fonte Ministero Finanze nel 2022 una economia "non" osservata pari a 290 miliardi di Euro, di cui i percettori hanno accesso comunque alla "sanità pubblica" e, se pagano i premi assicurativi e/o le quote sociali delle mutue, hanno accesso anche alla "sanità privata". Una dicotomia che rende diseguale l'accessibilità al servizio sanitario nazionale per coloro i quali non hanno possibilità di stipulare un'assistenza alternativa all'offerta pubblica.

Si può pensare in Italia ad una "sana competizione" tra sanità pubblica e sanità privata? Una idea ricorrente era quella che una "sana competizione" tra sanità pubblica e sanità privata avrebbe fatto crescere il livello di qualità della gestione delle strutture pubbliche e con l'avvento degli strumenti di sanità integrativa sarebbe aumentato il ventaglio di offerta dei servizi e delle prestazioni complessive per i cittadini con bisogni di salute da soddisfare.

L'assioma di partenza per molti osservatori del settore, è stato quello che del finanziamento destinato al SSN ben circa 25 miliardi di euro venivano "sprecati" in un inadeguato coordinamento (mancanza di integrazione dei servizi), per circa 2,97 mld, in sovrautilizzo, per circa 7,42 mld, in complessità amministrative, per circa 2,72 mld, in sottoutilizzo, per circa 3,45 mld, in acquisti e costi eccessivi per circa 3,21 mld e, infine per frodi e abusi per circa 4,95 mld [Il Sole 24 Ore-GIMBE]. In realtà con un approccio molto ideologico, nonostante gli sforzi del legislatore e una continua attenzione all'appropriatezza e agli strumenti per garantirla, non sono state mai adottate adeguate politiche di successo per contrastare i problemi evidenziati, ed agire su politiche di vero efficientamento del sistema, di riduzione degli sprechi, di semplificazioni reali nelle procedure amministrative ecc .

Esistono questioni ataviche non risolte, che di fatto annullano la cosiddetta "sana competizione" tra pubblico e privato richiamata nelle norme in vigore che ne hanno anche previsto l'aziendalizzazione; è un dato di fatto che "sanità pubblica" e "sanità privata" non hanno gli stessi vincoli gestionali e i manager pubblici non hanno la stessa possibilità di combinare i fattori produttivi disponibili come dovrebbero fare e come in realtà invece fanno nella sanità privata anche accreditata, per raggiungere gli obiettivi a loro assegnati.

Le "Performance Regionali", secondo l'Osservatorio CREA 2022, in base alle diverse dinamiche che hanno caratterizzato gli ultimi anni, registrano un miglioramento di molti indicatori, che hanno interessato soprattutto le realtà del Centro e del Mezzogiorno, permettendo una riduzione del gap rispetto alle altre ripartizioni geografiche. Rimangono due zone d'ombra: quella generale relativa alla variabilità dello sviluppo della digitalizzazione; e quella del peggioramento dell'equità nel Sud, che esaspera le disparità già esistenti.

Passando ai risultati della "Valutazione 2022", aggregando i risultati per "Dimensione", si osserva come "Esiti, Sociale ed Appropriatezza" contribuiscano per circa

il 60% alle performance, in modo abbastanza equidistribuito: 22,1% nord, 18,0% centro e 17,7% sud rispettivamente; seguono la “*Dimensione Equità*” (16,6%) e poi quella “*Innovazione ed Economico-finanziaria*”, che contribuiscono rispettivamente per il 13,1% ed il 12,5%.

Analizziamo ora la presenza della Sanità Integrativa in Italia, sotto il profilo legislativo e quali sono state le norme che hanno permesso la presenza del cosiddetto “Secondo Pilastro”:

- **L. 833/1978.** Prevede la possibilità di integrare le prestazioni erogate dal servizio pubblico tramite il ricorso ad assicurazioni private o a forme di mutualità volontaria.
- **D.lgs 502/1992.** Introduce la categoria dei fondi sanitari integrativi, individuando 3 pilastri per il SSN:
 1. la sanità pubblica basata sul principio dell’universalità e dell’egualianza;
 2. la sanità collettiva integrativa, tramite i fondi sanitari integrativi;
 3. la sanità individuale, attraverso polizze assicurative individuali.
- **DL 229/1999.** Delinea in maniera più netta le caratteristiche dei fondi integrativi, il cui fine viene indicato come quello di preservare le caratteristiche di solidarietà ed universalismo della sanità pubblica e, al tempo stesso, di incoraggiare la copertura di quei servizi che non rientrano nei LEA in tutto o in parte (ticket) con il ricorso alla Sanità Integrativa definendo la presenza dei Fondi Sanitari. Il decreto concede esclusivamente a tali fondi le agevolazioni fiscali poi sancite dal DL n. 41 del 2000 che modifica il testo unico delle imposte sui redditi di cui al DPR n. 917 del 1986.
- **DM 31 marzo 2008** (c.d. decreto Turco). Supera l’iniziale distinzione tra fondi doc (rispondenti ai requisiti di cui all’art. 9 del DL 502/1992) e fondi non doc (tutti gli altri fondi sanitari) introdotta dal DL 41/2000 che prevedeva che i fondi non doc, ovvero casse e fondi che offrono coperture sanitarie di tipo sostitutivo, subissero una graduale riduzione del beneficio fiscale in caso di mancato adeguamento ai requisiti previsti dal D.lgs 502/1992. Istituisce inoltre l’anagrafe dei fondi sanitari integrativi presso il Ministero della Salute.
- **DM 27 ottobre 2009** (c.d. decreto Sacconi). Modifica il DM 31 marzo 2008 e definisce procedure e modalità del funzionamento dell’anagrafe dei fondi integrativi.
- **Legge di Stabilità 2016.** Consente di trasformare i premi di risultato anche in contribuzione a forme di sanità integrativa senza l’applicazione di alcuna imposta entro limite di € 2.000/anno, aumentato a € 2.500 euro/anno in caso di coinvolgimento paritetico dei lavoratori, per i dipendenti con reddito lordo annuo sino a € 50.000.

- **Legge di Bilancio 2017.** Aumenta i limiti dei premi fissati dalla Legge di Stabilità 2016 da € 2000/anno a € 3.000/anno e da € 2.500/anno a € 4.000/anno ed estende la platea dei beneficiari elevando la soglia di reddito lordo annuo a € 80.000.
- **Decreto crescita (DL 34/2019).** Riconosce la natura non commerciale dei fondi sanitari integrativi, garantendo loro la possibilità di godere delle agevolazioni fiscali.

In questi ultimi anni, si è sviluppato il “*welfare aziendale*”, forma di “*Sanità integrativa*” che è sempre più conosciuta ed apprezzata da dirigenti e lavoratori. Nel 2020 nonostante la pandemia vi è stato il raddoppio del limite dell’esenzione fiscale per i servizi e prestazioni di welfare aziendale (da 258,23 euro a 516,46 euro) e, pur nell’eccezionalità del momento, è un po’ migliorata la conoscenza tra i lavoratori. Infatti, il 25,6% dichiara di conoscere bene il welfare aziendale (+2,7% rispetto al 2020) ed è un po’ cresciuta la conoscenza anche tra gli esecutivi, su cui più ricadono le asimmetrie informative: lo conoscono bene il 20% (era il 14,3% nel 2020), mentre è il 41,7% tra apicali (era il 39,3%) ed il 25,8% tra gli intermedi (era il 23,8%). Alto l’apprezzamento, con il 77,4% dei lavoratori dipendenti (83,1% dei dirigenti, 82,1% impiegati, 61% operai ed esecutivi) per cui è importante conservare e/o potenziare e/o introdurre il welfare aziendale nella propria azienda.

Secondo i dati raccolti dall’Osservatorio sul *welfare* di Assolombarda, circa il 75% degli accordi stipulati dall’associazione e in corso di validità nel 2019 prevedono forme di *welfare* aziendale (+20% rispetto al 2018). Sono 149 gli accordi considerati, infatti tra i settori produttivi in cui è registrata una maggiore presenza del *welfare* si trova il comparto chimico-farmaceutico, quello metalmeccanico e quello alimentare.

Il “*welfare aziendale*” si sostanzia in 14 tipologie di *benefit*: previdenza, assistenza sanitaria, area assistenziale, mutui e finanziamenti, scuola e istruzione, area culturale/ricreativa, programmi e servizi assicurativi, mutui e finanziamenti, mobilità, *fringe benefit*, ristorazione, ferie e permessi, maternità, servizi di pubblica utilità, orari di lavoro; il 20-25% del “*welfare aziendale*” è costituito da incentivi per servizi alle famiglie (nidi aziendali e borse di studio a figli meritevoli, e altro) e per il 75-80% è costituito da “*sanità integrativa*” tramite polizze collettive previste all’interno dei CCNL.

Oramai tutti i CCNL rinnovati hanno al loro interno il “*welfare aziendale*”. Siamo al quasi 100% dei lavoratori dipendenti, pubblici e privati, contrattualizzati. Invece tutti i lavoratori “*precari*” e “*atipici*”, prevalentemente under 40, sono esclusi dai CCNL e possono accedere a polizze assicurative, eventualmente, solo su base di versamenti volontari. Possono iscriversi alle Mutue, se previsto negli statuti/regolamenti delle stesse che hanno un impianto cooperativo, solo se in grado comunque di versare le quote sociali previste. La grande attrattività nel ricorso ai Fondi Sanitari Integrativi è la deducibilità fiscale e quote capitarie del FSN.

Infatti, uno dei punti di maggior vantaggio dei Fondi Integrativi Sanitari è la loro deducibilità fiscale, fissata a €. 3.615,20 al 2013, questo mentre l'investimento medio pro capite pubblico in Italia per la sanità è di circa €. 2.470,00 contro i circa €. 3.473,00 pro capite della Francia e i circa €. 4.477,00 pro capite della Germania. Se si dovesse ragionare solo in termini di deducibilità e della relativa convenienza che questa comporta, potremmo affermare che lo stato italiano consente alla "sanità integrativa" un tetto pro-capite di spesa deducibile fiscalmente, ovvero "pagata" con la fiscalità generale, che è circa 1,5 volte il tetto di spesa pro capite previsto nel FSN per tutti i cittadini.

Quindi il lavoratore con CCNL in cui è previsto un tetto di deducibilità delle polizze collettive da "sanità integrativa" può accedere al SSN per un contributo pro capite pari a €. 2.470,00 come tutti i cittadini residenti più fino a circa €. 3.615,20 di tetto di deducibilità della spesa media delle polizze collettive della sanità "integrativa" = massimale integrato € 6.085,20!

Dai dati presentati dal Ministero della Salute al 2022 risultano 318 Fondi iscritti all'Albo con 14.715.200 assistiti, tra lavoratori, loro famiglie, pensionati e familiari. E' stato presentato il progetto 2020-2021 approvato dal Ministero della Salute per arrivare ad un «Cruscotto di analisi delle prestazioni erogate dai Fondi Sanitari Integrativi» con l'obiettivo di dotare il Ministero stesso di uno strumento che possa rappresentare ed integrare le informazioni già esistenti presso il Sistema Informativo Anagrafe fondi sanitari. Il «cruscotto» permetterà di:

1. Analizzare le tipologie di attività sanitaria erogate dai Fondi Sanitari;
2. Migliorare le conoscenze sui volumi di prestazioni sanitarie erogate dai Fondi sanitari ai propri assistiti;
3. Valutare il valore economico della spesa sanitaria intermediata.
4. Migliorare le conoscenze sulla tipologia dei beneficiari delle prestazioni erogate dai Fondi sanitari.

In particolare alcuni degli indicatori presenti nel «cruscotto» consentiranno di:

- Comprendere il valore complessivo di compartecipazione alla spesa per le prestazioni LEA coperto dai Fondi sanitari
- Individuare il volume di compartecipazione alla spesa LEA per la non autosufficienza che i Fondi sanitari sostengono
- Comprendere il valore complessivo della spesa per la farmaceutica
- Conoscere i volumi di spesa dell'assistenza odontoiatrica per Igiene e profilassi, Diagnosi e piano di trattamento, Conservativa
- Fornire evidenza dell'estensione della copertura dei fondi sanitari in favore di soggetti potenzialmente deboli e/o non più attivi in senso lavorativo
- Rilevare il numero degli adulti/anziani familiari dell'iscritto al fondo sanitario (capo nucleo) che usufruiscono dell'attività del fondo

Quale ruolo può svolgere la “sanità integrativa” a supporto della “sanità pubblica”? È sbagliato alimentare una contrapposizione tra “Sanità Integrativa” e “Sanità Pubblica”. È invece necessario definire il ruolo da attribuire alle forme di Sanità Integrativa affinché possano supportare ed integrare le «aree di debolezza» della Sanità Pubblica. La sanità integrativa rappresenta ad oggi una spesa di 4,3 miliardi di euro rispetto ad una spesa previsionale del SSN, per il 2022, di circa 124 miliardi di euro, con quella diretta delle famiglie (out of pocket) di quasi 38 miliardi. Bisogna prendere atto che la “sanità integrativa”, si è sviluppata ben oltre il limite della funzione integrativa con il SSN, offrendo non solo le prestazioni non inserite nei LEA (ovvero tradizionalmente le prestazioni odontoiatriche o di assistenza domiciliare e ben poche altre di minore valore), ma pacchetti o elenchi di prestazioni spesso sovrapponibili a quelle erogate dal SSN, svolgendo di fatto una funzione, a questo, “sostitutiva” ...[Elaborazione RBM Assicurazione Salute SpA, Fonte: Rapporto OASI, 2022]. Questo è accaduto a fronte di molte prestazioni erogate in contesti inappropriati o in condizioni di inapproprietezza prescrittiva anche per l'assenza di un sistema di monitoraggio di parte pubblica sulla tipologia e la qualità delle prestazioni erogate, e spesso con mancata rispondenza (compliance) ad un percorso sanitario specifico. Invece, il ricorso a forme di copertura integrativa, in ambito sanitario e socio-sanitario, dovrebbe facilitare soluzioni a favore del mantenimento dell'equilibrio del SSN, evitando che il ricorso alla sanità privata diventi la modalità di compensazione dei disservizi della sanità pubblica.

Un altro «cigno nero» per il nostro SSN. In questa situazione si potrebbero realizzare (ancora una volta) le condizioni del «cigno nero» per il nostro SSN. Vanno evidenziati alcuni rischi che si celano nel modo con cui fino ad ora si è sviluppata la sanità integrativa/sostitutiva. La “sanità integrativa” avrebbe dovuto guardare solo le prestazioni integrative e avrebbe dovuto portare risorse aggiuntive a quelle pubbliche che, in teoria, avrebbero finanziato il SSN per garantire i LEA. In realtà, le prestazioni della sanità integrativa si sono di fatto sovrapposte sostanzialmente ai LEA, duplicando prestazioni con un grado di inapproprietezza elevato (es. vedi pacchetti per gli screening).

In questo modo sono stati sottratti pazienti per i quali gli erogatori pubblici a gestione diretta avevano già effettuato una programmazione dell'offerta con il rischio di sottoutilizzo delle strutture e del personale. Poiché però permangono le liste d'attesa, si pone il problema rilevante e centrale dell'efficientamento delle strutture pubbliche. L'induzione di prestazioni non sempre necessarie contribuisce oltre che ad un incremento dei costi, a comportamenti inappropriati sia da parte dei prescrittori che dei pazienti stessi: soprattutto di quei pazienti meno abili e capaci a utilizzare nelle scelte di cura, criteri di costo-efficacia ed appropriatezza e più in generale di essere in grado di scegliere gli erogatori pubblici di qualità nonostante le loro burocrazie e lentezze. Da questo punto di vista si accentua quella *disegua-*

glianza nell'accesso al SSN già presente nella scelta ed adozione di più efficaci stili di vita e selezione delle cure appropriate, tra ceti informati e ceti che lo sono meno, ovvero, tra ceti ad alto reddito e ceti a reddito medio basso.

I fondi da "integrativi" sono diventati "sostitutivi" e si sono dotati di proprie reti dirette di erogatori che si pongono in concorrenza con il SSN, non solo rendendo sempre più difficile per la committenza pubblica operare sulla base di rigorose scelte costo-efficacia, ma presentandosi al mercato come le strutture di maggior qualità, più tecnologiche ed efficienti accentuando il rischio di far percepire il SSN come servizio progressivamente dedicato alle classi sociali più deboli.

Quindi, come dichiarato da Alberto Brambilla, Presidente Centro Studi e Ricerche Itinerari Previdenziali, "possiamo affermare una verità ineludibile per il futuro: la sanità non potrà che essere un sistema sempre più complesso e che dev'essere sempre più capace di fronteggiare almeno tre ordini di fabbisogni, da gestire nel tempo e in contemporanea quali:

- acuzie,
- cronicità,
- prevenzione e picchi delle pandemie.

Sarà una gestione complessa, perché sottoposta all'alea del rischio e dell'imprevedibilità e dell'incertezza. Un sistema non facile da progettare, ricostruire e governare, per il quale molto di ciò che è stato detto e fatto nei decenni precedenti è inadeguato e lontano dalle necessità emerse soprattutto nel post pandemia. Per rispondere alla nuova esigenza sistemica non sarà sufficiente capovolgere i trend negativi degli anni trascorsi, come potenziare la spesa sanitaria pubblica, che ovviamente deve uscire dal sottofinanziamento con tassi di crescita che siano in linea con i fabbisogni sanitari di base di una società che invecchia o, anche, restituire finalmente alle primarie risorse del sistema, cioè quelle umane, il ruolo e il riconoscimento che gli competono. E sarà di certo essenziale, ma di per sé non risolutivo, risolvere la frammentazione istituzionale e di governance con distanze crescenti nelle performance e nei modelli organizzativi e funzionali. Tante sanità locali non producono di per sé buona sanità.

Alla rottura con alcune scelte passate, occorre aggiungere qualcosa d'altro e di diverso, a cominciare dall'adozione di un approccio nuovo da parte di tutti gli stakeholder istituzionali e sociali, più improntato al riconoscimento, alla cooperazione e allo scambio tra i soggetti. Ecosistema vuol dire molteplicità di soggetti, essenziali per rispondere alla duplice sfida dell'espansione della copertura sanitaria e della sua intensificazione.

È importante che da questa sfida non si esca con la testa voltata indietro, convinti che la soluzione ci sia, sia semplice e vada imposta con la scure e che consista nella ricostruzione di qualcosa che in realtà non è mai esistito allo stato puro: un

Servizio Sanitario solo ed esclusivamente pubblico, tanto grande da rispondere alla complessività della sfida sanitaria emersa.

L'idea semplicistica, tutta politica di gonfiare a dismisura il sistema pubblico con i soldi pubblici di varia provenienza portandolo ad una dimensione tale da poter rispondere a tutto ciò che gli viene chiesto in tempi ordinari e di emergenza, è una semplificazione estrema.

Nella nuova fase che uscirà, preso atto degli effetti dello stress test pandemico, ragionando sul significato delle sue conseguenze, vanno rotti gli steccati ideologici, per confrontarsi con l'idea che è necessario riconoscere il valore e il contributo di ogni protagonista.

La sanità italiana da tempo è un ecosistema con al suo interno un pilastro costitutivo, il Servizio Sanitario, che troppo spesso è oggetto di amore e odio dalle stesse persone. Da chi lo vuole solo e unico attore e che contemporaneamente lo vitupera perché incapace di star dietro ad una domanda sanitaria che è esito di una società dai bisogni ampi, articolati e complessi e che, se prima faticava a tenere insieme acuzie e cronicità, ora deve aggiungervi la sfida ciclopica dei virus.

La sola cosa cui arrendersi in questa fase di resistenza per la vita e per la morte al virus ed al tracollo economico è la complessità della sanità in generale e della nostra società. Solo una colossale mobilitazione cooperativa di soggetti ed energie diversificate, da tempo già in moto, potrà vincere e dare agli italiani la sanità che si aspettano.

Da tutto quanto illustrato, emerge una reale necessità finalizzata a prevedere un vero contributo e sinergia per il Secondo Pilastro in Italia: e cioè garantire con strumenti anche legislativi adeguati, un più forte coordinamento pubblico per favorire lo sviluppo armonico e integrato/complementare tra *“sanità Integrativa”* e *“sanità pubblica”*. È importante definire una chiara ed efficace riforma organica del Settore, attraverso la definizione di regole omogenee, che definisca i confini interni ed esterni e che superi alcune criticità e resistenze ideologiche su integrazione pubblico-privato, che istituzionalizzi definitivamente il **secondo pilastro “aperto”**, garantendo il recupero di importanti *“quote di universalismo”* perse nel tempo dal SSN anche per via della diversa capacità assistenziale di ciascuna Regione e del razionamento implicito derivante dalle politiche di riequilibrio della spesa pubblica in sanità degli ultimi anni. Investire su di un Sistema informativo più rispondente alle richieste di trasparenza e di monitoraggio continuo, integrando le banche dati sui consumi sanitari: per misurare e rendere efficaci le scelte di programmazione sanitaria, individuare disincentivi finalizzati ad evitare duplicazioni di prestazioni, monitorare le prestazioni a basso *«value»* ed inappropiate.

L'uso della *“sanità integrativa”* potrebbe essere indirizzato verso la prevenzione e la promozione di corretti stili di vita superando una logica di *“competizione”* verso modalità di *“cooperazione”*.

La “sanità integrativa” può diventare un “player” stabile nel Sistema Salute che integra ed è complementare su alcune aree al SSN avviando “percorsi e cantieri” operativi di collaborazioni tra Servizio pubblico e Sanità Integrativa.

5. La sanità territoriale

Se si volesse cercare una costante che segni la storia dell'assistenza primaria e, più in generale, la sanità territoriale, quella consisterebbe nel fatto di essere sempre stata uno degli hot topics nei lavori accademici e dei consessi mondiali sul futuro dei servizi sanitari; parimenti non si potrebbe certo dire della serietà e dell'impegno con cui molti paesi (Italia in prima linea) hanno effettivamente deciso di innovarla e potenziarla. Il punto di partenza per comprendere il valore dell'assistenza primaria è pacificamente individuato nella Conferenza di Alma Ata, svoltasi nel 1978 presso la capitale dell'allora Repubblica Sovietica del Kazakistan. Il contenuto di tale evento era interamente dedicato alla Primary Health Care (PHC), della quale venne data una definizione precisa: "[...] quelle forme essenziali di assistenza sanitaria che sono basate su tecnologie e metodi pratici, scientificamente validi e socialmente accettabili, che sono rese accessibili a tutti gli individui e alle famiglie nella comunità grazie alla loro piena partecipazione". La definizione in realtà prosegue, riportando concetti come autodeterminazione e autonomia, ma viene anche affermato che la PHC rappresenta parte integrante di un Servizio sanitario nazionale, specificando inoltre che essa è "la funzione centrale e il punto principale" dello stesso. Ulteriori caratteristiche che aiutano a precisare il contenuto della PHC sono menzionate nella definizione riportata in un paper, prodotto dalla Dottoressa Barbara Starfield (una dei maggiori "teorici" in questo campo), che è ormai considerato una vera e propria cornerstone della letteratura sull'assistenza primaria: *"the provision of integrated, accessible health care services by clinicians who are accountable for addressing a large majority of personal health care needs, developing a sustained partnership with patients, and practicing in the context of family and community"*. Un'assistenza primaria che è quindi deputata a rispondere alla stragrande maggioranza dei bisogni assistenziali della popolazione. Insomma, sembra che le aspettative che si nutrivano sull'assistenza primaria fossero molto alte. Si è più volte detto che la grande sfida a cui devono far fronte le energie dei sistemi di tutela della salute di tutto il mondo sia l'invecchiamento della popolazione, direttamente correlato all'aumento dei casi di patologie croniche. Eppure, come scrive Horton su *The Lancet*, c'è un ulteriore terreno che presenta condizioni favorevoli per l'insorgenza di questo tipo di patologie: le fasce più povere della popolazione, con bassi livelli di educazione alla salute e con abitudini di consumo e stili di vita non orientati verso la prevenzione. L'assistenza primaria deve intervenire anche su questo versante, per scongiurare l'aumento dei casi di patologie come l'obesità, che non solo riduce drasticamente la speranza di vita di chi ne è affetto, ma tante volte implica anche la non autosufficienza e la necessità di ricorrere a forme di accompagnamento che rappresentano un costo non indifferente per lo Stato. Malgrado questo ultimo aspetto, se queste forme assistenziali non esistessero, la famiglia dell'affetto, a patto che ve ne sia una, dovrebbe farsene carico in prima persona, con severe ripercussioni economiche, psicologiche e lavorative.

La situazione italiana: sanità ospedalocentrica e l'obsolescenza del personale

La situazione è stata segnata da una parte dal disinvestimento nella sanità ospedaliera, e dall'altra dal mancato potenziamento dell'assistenza primaria funzionale perlomeno a controbilanciare le ondate di ricoveri per acuzie che mettono in seria difficoltà gli ospedali, data la loro ridotta capacità di posti letto. Se si guarda al numero puro e semplice dei MMG in Italia, che costituiscono, come si è detto, i pilastri dell'assistenza sanitaria primaria, il dato registrato nel 2021 (Fonte PKE) è di circa 45.000 unità, il che, tradotto in termini di rapporto sulla popolazione over 14 anni, vuol dire 75 medici di base per 100 mila abitanti. Un dato minore rispetto agli altri paesi: in Germania ve ne sono 170 e in Francia 153. Siamo invece allineati con la Spagna e il Regno Unito, rispettivamente con 74 e 78 MMG per 100 mila abitanti. Con queste numeriche, il contesto italiano sembra mostrare criticità particolarmente rilevanti, a meno che non si presti attenzione all'età anagrafica media del personale.

L'organizzazione della sanità territoriale:

il Distretto sociosanitario e le sue funzioni

Malgrado le criticità, l'assistenza primaria ha da sempre cercato di reinventarsi, attraverso nuove forme organizzative ideate per poter massimizzare il risultato ottenibile in termini di salute della popolazione, il tutto in un regime praticamente ad iso-risorse. Per capire l'evoluzione dell'assistenza primaria, bisogna prima comprendere la struttura del Distretto, che si è detto essere, all'interno della ASL, il dipartimento deputato all'erogazione di tutti i servizi di assistenza primaria. Secondo le disposizioni contenute del d.lgs. 502/1992, è rimessa alla competenza della singola Azienda sanitaria la determinazione dell'organizzazione interna tramite Atto aziendale, ma lo stesso decreto ha imposto dei paletti all'esercizio di tale autonomia, il che ha garantito una certa omogeneità su tutto il territorio nazionale.

All'interno di un'unica ASL vi sono solitamente più Distretti, individuati dal Direttore Generale dell'Azienda, sentito il parere della Conferenza territoriale sociosanitaria, costituita dai sindaci dei comuni rientranti nell'area di servizio della ASL. La normativa nazionale prevede che l'area geografica di ogni Distretto dovrebbe avere al suo interno uno standard minimo di 60.000 abitanti, adattabile secondo la particolare distribuzione sul territorio della popolazione e in base all'orografia del territorio stesso. Il Distretto ha, nell'ambito delle risorse ad esso assegnate per il conseguimento di specifici obiettivi, autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria. I menzionati obiettivi sono stabiliti, secondo il d.lgs. 229/1999, nel Programma delle attività territoriali, definito a livello di Direzione aziendale. A capo di ogni Distretto vi è un Direttore, che detiene i medesimi poteri dei Direttori delle altre articolazioni della ASL: coordinamento e orientamento delle attività al fine di realizzare gli obiettivi stabiliti dal DG, nomina del Direttore

amministrativo di Distretto (figura che affianca e supporta l'attività del Direttore di Distretto occupandosi prevalentemente della parte amministrativo-contabile), gestisce le risorse del Distretto e, compito di grande rilievo, funge da medium tra la Direzione aziendale e le autorità territoriali, ossia i sindaci. L'importanza di tale incarico deriva dal fatto che molte delle attività sanitarie del Distretto necessitano di una forte collaborazione con i singoli Comuni, al fine di realizzare l'integrazione tra i servizi sanitari e quelli propriamente sociali. Come infatti si vedrà in seguito, il Distretto offre prevalentemente servizi sociosanitari. Il peso dei sindaci è dimostrato anche dalla presenza delle Conferenze territoriali sociosanitarie, che si riuniscono obbligatoriamente almeno ogni due anni e, oltre ad influire sulla scelta del DG in merito alla Direzione distrettuale, esprime anche giudizi sull'operato del responsabile dell'attività distrettuale, potendo quindi esercitare pressioni sul DG affinché quello venga confermato ovvero rimosso dall'incarico. Si potrebbe dire che, in questo specifico ambito, il Comune è riuscito a preservare parte della propria forza originaria (prima della "riforma Amato"), visto e considerato che l'attività del Distretto perderebbe gran parte della propria efficacia qualora non fosse ben coordinata con quella del Comune. Si tenga anche presente, per comprendere come, a livello locale, possano venirsi a creare contrasti tra ASL e Comune, che il sindaco costituisca autorità sanitaria locale, dotata di poteri di ordinanza in materia sanitaria piuttosto incisivi.

Tornando al Direttore di Distretto, egli/ella si avvale di una sorta di gabinetto, genericamente definito — la nomenclatura varia a seconda della regione di riferimento, ma questo poco rileva — ufficio di coordinamento delle attività distrettuali, all'interno del quale sono presenti i rappresentanti delle figure professionali che svolgono la loro attività all'interno della struttura distrettuale. Tuttavia, solo alcuni di essi sono membri di diritto, come ad esempio un rappresentante dei medici di medicina generale, uno dei pediatri di libera scelta e un altro per la specialistica ambulatoriale. Data la rilevanza che queste figure occupano all'interno dei servizi distrettuali, non è certo sorprendente il fatto che essi coadiuvino costantemente il Direttore. In sintesi, questa è la struttura del livello di governance del Distretto. Sempre con riferimento alla normativa nazionale, ecco l'elenco dei servizi afferenti ad un tipico Distretto sanitario (o, meglio ancora, sociosanitario):

- L'assistenza primaria, basata sulla figura del MMG e del PDL, nella quale il Distretto è incaricato di assicurare il coordinamento tra la medicina generale/pediatria e tutto quell'insieme di operatori e professionalità necessarie per costruire un percorso terapeutico omnicomprensivo, dalla specialistica ambulatoriale alle strutture ospedaliere ed extraospedaliere. Il Distretto rappresenta per il cittadino il centro di prenotazione di tutte queste prestazioni, ed infatti tale funzione trova il suo riferimento organizzativo nel Centro Unico Prenotazioni (CUP), ormai interamente digitalizzato.

- All'attività del CUP si affianca quella del Punto Unico di Accesso (PUA), complementare rispetto alla prima: il PUA costituisce il vero front office del Distretto, poiché deputato all'informazione e all'orientamento del cittadino/utente, analizzandone il singolo caso clinico e predisponendo di conseguenza un percorso di cura corrispondente ai suoi bisogni. Nei casi più semplici, l'ufficio indirizza l'utente verso il servizio adeguato; se invece il caso viene classificato come "complesso", il PUA provvede ad attivare l'Unità Valutativa Multidisciplinare (UVM) per la definizione di un piano assistenziale che coinvolga più servizi.
- Nell'ambito di questo settore, altro compito del Distretto è quello di garantire la continuità assistenziale attraverso i presidi di guardia medica. Inoltre, attraverso la funzione di gatekeepers dei medici di base,
- Il Distretto governa un altro aspetto cruciale della tutela della salute (e dei suoi costi): le prestazioni farmaceutiche, ascrivibili al genus delle prestazioni "indirette", come quelle specialistiche ambulatoriali e ospedaliere di cui si è fatta menzione pocanzi.
- Il Distretto si occupa anche delle attività e dei servizi legati alla prevenzione e alla cura delle tossicodipendenze (il tristemente conosciuto Ser.D); le attività dei consultori familiari, finalizzate a garantire la salute dell'infanzia, della donna e, più in generale, della famiglia; le attività di assistenza domiciliare integrata (ADI); i servizi per le patologie in fase terminale, come le cure palliative.
- La fondamentale funzione di coordinamento, tratto distintivo del Distretto, deve essere svolta anche nei confronti di tutta una serie di dipartimenti che trovano alcune delle loro articolazioni organizzative all'interno del Distretto stesso, come il Dipartimento di emergenza sanitaria, il Dipartimento di Prevenzione (che al suo interno contiene una cospicua serie di servizi) e quello materno infantile.

Il Dipartimento può essere considerato l'unità organizzativa standard di un'Azienda Sanitaria, e infatti il Distretto è una sorta di eccezione alla regola, proprio a prova del fatto che la sua natura, così strettamente legata al territorio, è diversa da tutti gli altri compartimenti organizzativi. L'altra ragione per cui esso è denominato e organizzato diversamente è che, come si sarà ormai intuito, i Dipartimenti svolgono prevalentemente delle attività il cui output è destinato a ricadere in maniera indistinta su tutta la popolazione di riferimento (si pensi all'attività di controllo della qualità delle acque, svolta dal Dipartimento di prevenzione); al contrario, il Distretto fornisce delle prestazioni prettamente individuali, dalla visita specialistica all'Assistenza Domiciliare Integrata.

L'erogazione di prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e, se delegate dai comuni, l'erogazione di prestazioni sociali a rilevanza sanitaria.

Le prime costituiscono tutte quelle attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, all'individuazione e alla rimozione e contenimento degli esiti negativi, che possono essere degenerativi o invalidanti, delle patologie congenite o acquisite; le seconde invece si riferiscono a tutte quelle attività necessarie per supportare il malato che si trova in condizione di bisogno, afflitto, per esempio, da problemi di disabilità o di emarginazione dalla vita sociale a causa della sua patologia o delle menomazioni psico-fisiche subite per via di un incidente. Queste due tipologie di prestazioni si distinguono anche in termini di fonti di finanziamento: mentre le prime sono finanziate direttamente dalla regione, alle seconde provvedono i Comuni, sempre in base alla legge regionale. Un chiaro esempio di prestazione sociale a rilevanza sanitaria è quella erogata per i soggetti anziani in condizione di non autosufficienza, per cui la UVM (o, a seconda della regione, Unità di valutazione territoriale), dopo un'attenta valutazione e stabilita la non autosufficienza della persona, provvede all'istituzionalizzazione del soggetto presso una RSA, le cui rette sono in parte pagate dal Comune.

Attenzione: non tutte le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria sono erogate dal distretto e cofinanziate dal Comune. Si prenda ad esempio l'assegnazione della pensione di invalidità civile, erogata non dal Comune o dalla Regione, ma dall'INPS: il procedimento, in questo caso, prevede l'istituzione di una commissione afferente al Dipartimento di Prevenzione, composta da medici della ASL di riferimento (con la presenza di un medico INPS), il cui compito è quello di valutare tramite colloquio il singolo caso clinico e stabilire una "percentuale" di invalidità derivata dalla patologia. In base a tale percentuale, vengono garantiti determinati servizi, come la pensione di invalidità al lavoro e, se il caso è particolarmente grave e l'autosufficienza dell'individuo ne risulta totalmente compromessa, l'accompagnamento.

Ciò che si è detto riguardo alle RSA ribadisce con forza lo stretto legame che intercorre tra Comune e Distretto, legame che va preservato affinché le attività distrettuali non ne risentano, specialmente se le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria non vengono delegate dal Comune alla ASL.

Ora che si è presa visione dell'organizzazione interna e del tipo di prestazioni erogate dal distretto, si può procedere all'evoluzione che ha interessato l'organizzazione dell'assistenza primaria (MMG/PLS e specialistica ambulatoriale). Si può affermare con una certa sicurezza che, fino al 2007, l'assetto organizzativo dei MMG/PDL è rimasto fondamentalmente immutato: un insieme di monadi, ossia di studi dei medici di base, sostanzialmente non comunicanti tra loro, ognuna col proprio bacino d'utenza. La mancanza di una qualsivoglia previsione che contemplasse, anche solo in via sperimentale, delle forme di aggregazione funzionale tra i vari studi disseminati nel territorio, ha portato a una sorta di sistema bloccato, nel

quale l'utente, legato al proprio medico di base per il principio della libera scelta, era obbligato, per l'ottenimento dell'accesso a una vasta gamma di prestazioni, a fissare un appuntamento col suo MMG. In verità, l'utilizzo del tempo imperfetto non è propriamente corretto, dal momento che l'assistenza primaria funziona, in grandissima parte, ancora a tale guisa. Ed è assolutamente doveroso e opportuno che ci si debba rivolgere, in caso di bisogno, al proprio medico, il quale è a conoscenza delle condizioni di salute e del caso clinico dell'utente, ed è dunque in grado di eseguire una valutazione informata dei suoi bisogni, a cui segue la formulazione di un trattamento adeguato al singolo individuo. Il più delle volte, il risultato di tale attività si traduce nella prescrizione di un certo farmaco (o set di farmaci) e il reindirizzamento verso la specialistica ambulatoriale, per poter ottenere un parere medico più specifico e centrato sulla patologia del paziente, correggendo o confermando così il percorso terapeutico originariamente deciso.

Sembra quindi che non vi sia un reale bisogno di interagire con altri medici di base per potersi prendere cura dei propri pazienti, con i quali il medico di medicina generale ha stabilito un rapporto di fiducia e di reciproca conoscenza. Fino a quando egli è in grado di svolgere correttamente la sua funzione e costruire dei percorsi terapeutici efficaci attraverso la mobilitazione di risorse umane (specialistica) ed economiche (farmaci), non si avrebbe motivo di apportare modifiche all'assetto organizzativo attuale. Sfortunatamente, le criticità e le problematiche generate da tale assetto sono saltate fuori con evidenza. Come era prevedibile, una diatriba dai toni accesi si è sviluppata attorno a questo argomento, soprattutto a partire dai risultati della medicina generale in pieno periodo pandemico: alcuni affermano che i MMG si siano defilati dalle proprie responsabilità e che comunque non abbiano lavorato bene; altri ritengono che queste professionalità siano diventate il capro espiatorio delle inefficienze della sanità regionale. Il fatto che vi siano state delle difficoltà riscontrate dalla medicina di base nel seguire i propri pazienti a casa, date le restrizioni imposte e la paura del contagio, è sicuramente vero, e a provarlo è la stessa esistenza delle Unità sanitarie di continuità assistenziale (USCA), che hanno in un qualche modo sopperito alle deficienze del servizio.

Alcune crepe nel sistema della medicina di base erano venute a crearsi ben prima della pandemia di Covid-19, che ne ha solo esasperato i sintomi. Partiamo dal diritto di libera scelta del proprio medico o pediatra. Questo diritto, sanzionato dall'articolo 24 del Codice di Deontologia Medica e considerato imprescindibile per la corretta formazione del rapporto medico-paziente, potrebbe de facto, in un prossimo futuro, non essere più garantito. L'eventuale causa? Come sempre, il numero insufficiente dei medici e dei pediatri. È evidente che la scelta del proprio medico curante perderebbe il suo carattere di volontarietà se l'offerta diventasse troppo limitata, tramutando la libera scelta in una specie di procedimento "meccanicistico" che obbliga il paziente a inserirsi nel bacino d'utenza afferente esclusivamente a

medici che ancora non hanno raggiunto il massimale. Da ciò derivano ovviamente problemi di natura economica e logistica, specialmente se l'utente è residente e vive stabilmente in un piccolo paese e lo studio del suo medico si trova in una città, magari ad una ventina di chilometri di distanza; ancora peggio se egli non è in grado di recarvisi da solo. Inoltre, se è vero che è l'assistito a scegliere il proprio medico e non viceversa, è altrettanto plausibile che un medico di medicina generale (in questo caso i pediatri non rilevano) potrebbe essere tentato a stabilire il proprio ambulatorio in un'area residenziale ove la popolazione assistita è tendenzialmente giovane, cosa che alleggerirebbe di non poco il suo carico lavorativo. L'incentivo sarebbe ancora maggiore se, oltre a dover assistere ad una popolazione relativamente anziana, la distribuzione della popolazione penalizzasse proprio l'area in cui egli esercita, non consentendogli di raggiungere il massimale, e quindi un livello retributivo soddisfacente. (Ministero della Salute, 2022)

6. Il riordino delle cure primarie: La strategia per il Sistema Sanitario Nazionale

Il modello sanitario nazionale si è sempre basato e contraddistinto per la capacità di riuscire a dare prontamente una risposta, prevalentemente solo ospedaliera, ai bisogni di salute della popolazione. Basti richiamare, tra i tanti, i concetti espressi da un grande cultore dell'ospedale, Elio Guzzanti, nel libro *l'Ospedale e la Medicina sociale* (1966) e tutta la letteratura scientifica successiva che negli anni ha raccontato come l'Ospedale seppur modificandosi anche attraverso processi non sempre evolutivi, rimaneva di fatto il punto di riferimento delle cure, anche di quelle non acute mantenendo immutata la fiducia riposta dai cittadini all'"Ospedale" come luogo di cura sicuro, protetto, ed in grado di dare le risposte migliori anche se non necessarie e appropriate.

Concetti chiari, anche perché il posto letto ospedaliero ha sempre rappresentato nell'immaginario collettivo e non solo, l'opportunità di un "luogo protetto" per la valutazione degli esiti e dei volumi, oltre che delle performance (si pensi al Piano Nazionale Esiti e al DM 70 c.d. Balduzzi, ad esempio).

Il modello attuale di erogazione delle cure, ancora in fase embrionale, anche a causa della pandemia, ha riportato forte nel dibattito pubblico, la necessità di riconfigurare i perimetri e le "regole" d'ingaggio, ripartendo da quanto previsto già nel 1992 con il D.Lgs 502. sul Distretto sanitario, le cure primarie, la prevenzione e la casa come luogo di cura, ponendo la necessità dell'importanza non solo delle cure ospedaliere per la gestione della fase acuta, ma anche e soprattutto delle cure territoriali e delle attività di prevenzione per dare risposte di tutela della salute delle persone sane e della tutela delle persone fragili e croniche.

I cambiamenti demografici, epidemiologici e socio-economici stanno profondamente trasformando la popolazione e il bisogno di salute dei cittadini e delle comunità. Il tema dell'assistenza sanitaria all'interno di un determinato territorio rappresenta la sfida centrale per i prossimi anni, tesa a rendere il servizio sanitario più vicino alle persone e alla comunità, più accessibile, fruibile e punto di riferimento imprescindibile per dare valore al concetto di "salute" nelle diverse fasi della vita delle persone

Il Ministero della Salute, orientando l'attività di tutte le Agenzie governative, ha quindi determinato una nuova visione prospettica della sanità nazionale, che sia più appropriata in termini di outcome, più tecnologica, più vicina e prossima al paziente. Non più e non solo SDO e prestazioni ospedaliere, ma compiere quello che le ASL portano nella loro mission istitutiva e cioè quella di essere appunto aziende territoriali, una rete di servizi omogenea su tutto il territorio nazionale e ben attenta alla prossimità delle cure. Infatti la Riforma dell'assistenza territoriale definisce un nuovo modello organizzativo del Servizio Sanitario Nazionale che mira a una sanità più vicina alle persone e al superamento delle disuguaglianze.

Seppur sia avvenuto con un'approvazione "controversa" ma digerita di buon grado dalle Regioni, il Decreto Ministeriale n. 77/2022 *Nuovi modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN*, mira ad istituzionalizzare molti di quei percorsi che le Regioni, nel corso degli ultimi anni, avevano intrapreso in ordine sparso e investendo risorse proprie.

Oggi, quindi, il SSN mira a formalizzare una riorganizzazione dei servizi sanitari territoriali attraverso innovazioni importanti, alcune già previste in passato ma mai compiutamente attuate, in coerenza con le opportunità nate dal PNRR e tenendo in considerazione il quadro tecnologico in costante evoluzione nel settore sanità (anche in seguito alla pandemia COVID-19).

In particolare, le direttrici su cui si muove la riorganizzazione della rete territoriale nazionale e regionale sono legate alla necessità di rafforzare la presa in carico sul territorio, investendo risorse nella continuità assistenziale, nella presa in carico precoce e di prossimità, con l'opportunità concreta di utilizzare come driver del cambiamento la digitalizzazione e, in particolare, la telemedicina.

È però vero che solo attraverso il diffuso coinvolgimento delle comunità locali, questa nuova concezione di salute potrà avere i risultati auspicati, anche in termini di appropriatezza.

Sono alcune le traiettorie strategiche mission-driven del cambiamento verso una compiuta riforma della sanità territoriale, e cioè:

- proattività e prossimità delle cure: riorientare i servizi sanitari ponendo al centro la persona attraverso azioni che facilitino le occasioni e le opportunità per il rafforzamento e il mantenimento della propria salute da parte del paziente anche tramite un cambio di paradigma che permetta di passare da logiche orientate alla "cura" ad un sistema basato sulla presa in carico del "bisogno";
- territorio porta d'accesso alle cure: il territorio deve costituire la porta di accesso alle cure e il perno intorno a cui costruire risposte ai bisogni di salute della comunità, soprattutto secondo i crismi dell'appropriatezza e della domiciliarità e prossimità delle cure;
- integrazione orizzontale e verticale: le sfide per l'innalzamento degli standard qualitativi dei servizi erogati e del miglioramento dell'efficacia e dell'appropriatezza delle cure porranno l'accento su necessità di integrazione tra setting assistenziali, professionisti e stakeholder infra-multisetoriali;
- standard di garanzia: al fine di realizzare un modello organizzativo territoriale ed integrato, è necessaria la definizione dello "standard di servizio" nazionale basato sulla presa in carico, sui PDTA e sul piano individuale di cura. La continuità assistenziale, la transizione delle cure e la prossimità spostando l'attenzione dal luogo di "cura" alla comunità ed agli ambienti di vita e di lavoro delle persone realizzano una presa in carico complessiva;
- digitalizzazione: la pandemia ha dimostrato la flessibilità di cui è stato capace il

servizio sanitario soprattutto nell'implementare soluzioni di diagnosi, trattamento e, soprattutto in tema di Telemedicina e di Fascicolo Sanitario Elettronico, l'obiettivo è quello della creazione di un ecosistema digitale connesso, anche tramite il ridisegno delle competenze necessarie (es. digitali) per il capitale umano del SSN.

È evidente che la governance della trasformazione debba essere compresa all'interno del Ministero della Salute, anche al fine di evitare un ulteriore aumento del grado percepito e reale dell'equità dei servizi sanitari regionali e per consentire al Paese di conseguire standard qualitativi di cura adeguati, in linea con le migliori prassi europee.

Di seguito gli obiettivi della riforma:

- a) Definire un nuovo modello organizzativo per la rete di assistenza primaria in grado di individuare standard strutturali, tecnologici e organizzativi uniformi su tutto il territorio nazionale, per garantire a cittadini e operatori del Servizio Sanitario Nazionale il rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza – LEA.
- b) Facilitare l'individuazione delle priorità di intervento in un'ottica di prossimità e di integrazione tra le reti assistenziali territoriali, ospedaliere e specialistiche.
- c) Favorire la continuità delle cure per coloro che vivono in condizioni di cronicità, fragilità o disabilità, che comportano il rischio di non autosufficienza anche attraverso l'integrazione tra il servizio sociale e quello sanitario.
- d) Disegnare un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico.
- e) Allinearsi agli standard qualitativi di cura dei migliori Paesi europei.

Quali sono perciò gli "strumenti" che il DM 77/2022 delinea per la realizzazione della rete territoriale:

- 1) **Casa della Comunità** - Aperte fino a 24h su 24 e 7 giorni su 7, oltre 1.350 Case della Comunità finanziate con le risorse del PNRR, diffuse in tutto il territorio nazionale, sono il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria e socio-sanitaria. Rappresentano il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione
- 2) **Centrale operativa 116117** - La Centrale operativa 116117 (Numero Europeo Armonizzato – NEA per le cure mediche non urgenti) è il servizio telefonico gratuito a disposizione di tutta la popolazione, 24 ore al giorno tutti i giorni, da contattare per ogni esigenza sanitaria e sociosanitaria a bassa intensità assistenziale

- 3) **Centrale Operativa Territoriale- COT** - Svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza
- 4) **Infermiere di Famiglia e Comunità** - È la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica, ai diversi livelli di complessità, in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera. Non solo si occupa delle cure assistenziali verso i pazienti, ma interagisce con tutti gli attori e le risorse presenti nella comunità per rispondere a nuovi bisogni attuali o potenziali
- 5) **Unità di continuità assistenziale** - È un'équipe mobile distrettuale per la gestione e il supporto della presa in carico di individui, o di comunità, che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e che comportano una comprovata difficoltà operativa
- 6) **Assistenza domiciliare** - La casa come primo luogo di cura. Le Cure domiciliari sono un servizio del Distretto per l'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza. Trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, diagnostici, ecc. Sono prestati da personale sanitario e sociosanitario qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana
- 7) **Ospedale di comunità** - È una struttura sanitaria di ricovero dell'Assistenza Territoriale con 20 posti letto che svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, per evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio
- 8) **Rete delle cure Palliative** - È costituita da servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, con l'attività di consulenza nelle U.O., ambulatoriale, domiciliare e in hospice. Le cure palliative sono rivolte a malati di qualunque età e non sono prerogativa della fase terminale della malattia. Possono infatti affiancarsi alle cure attive fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, controllare i sintomi durante le diverse traiettorie della malattia, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale
- 9) **Servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie** - Il Consultorio Familiare e l'attività rivolta ai minori, alle coppie e

alle famiglie garantiscono prestazioni, anche di tipo domiciliare, mediche specialistiche, diagnostiche, terapeutiche, ostetriche, psicologiche, psicoterapeutiche, infermieristiche, riabilitative e preventive, nell'ambito dell'assistenza territoriale, alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie. L'attività consultoriale può svolgersi all'interno delle Case della Comunità, privilegiando soluzioni che ne tutelino la riservatezza

- 10) **Telemedicina** - Viene utilizzata dal professionista sanitario per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari. Inclusa in una rete di cure coordinate, la Telemedicina consente l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione.

Il tutto al fine di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare.

6.1 Investimenti e subinvestimenti correlati

- Case della Comunità e presa in carico della persona
- Casa come primo luogo di cura e telemedicina
- Ospedali di Comunità
- Centrali operative territoriali (COT)
- Programma Nazionale Equità nella Salute
- Salute, ambiente, biodiversità e clima (PNC)

7. La trasformazione digitale in sanità

Le tecnologie devono essere progettate in funzione del soggetto, al fine di evitare effetti negativi (rifiuto, complessità d'uso);

La storia dei piani per digitalizzare il nostro Paese è molto simile a quella che porta all'inferno, lastricata di buone intenzioni ma quasi mai portata a sistema.

A partire dal lontano 1980 quando fu presentato il primo piano per l'informatizzazione delle pubbliche amministrazioni che in pochi anni fece diventare Finsiel la più grande azienda di sviluppo software d'Europa (sappiamo com'è andata a finire). Poi nel 1995, quando Ernesto Pascale, allora a capo di SIP (poi diventata Telecom), lanciò il celebre Progetto Socrate per cablare in fibra ottica tutta Italia, naufragato nel 1997.

E ancora quando nel 2003, sotto l'allora Ministro Stanca, vide la luce il Codice dell'amministrazione digitale (CAD), la cui vita è stata nella migliore delle ipotesi "tormentata". Nel mezzo e in seguito non sono mancati annunci, proclami, strategie, leggi e norme in un profluvio di "buone intenzioni" talvolta contraddittorie (prendiamo lo strano caso dello Spid e della Carta di Identità elettronica), spesso disattese e sempre, laddove portate a compimento, in tempi biblici come possiamo sintetizzare di seguito:

Digitalizzazione e semplificazione: organizzazione e attività procedimentale delle pubbliche amministrazioni nell'era digitale. Questo il titolo della delega conferita al Governo con la l. n. 124/2015, il cui contenuto rende già di per sé evidente la stretta connessione esistente (e ben presente nel disegno del legislatore) tra digitalizzazione e semplificazione dell'amministrazione, intesa sia come semplificazione delle strutture e dei processi organizzativi che dell'attività amministrativa, mediante la semplificazione procedimenti. Possiamo dunque dire che digitalizzare è già di per sé un semplificare, purtroppo, non autosufficiente al contrario di ciò che ha ipotizzato il legislatore che, non a un caso, sin dai primi interventi in materia di semplificazione (si pensi al d.l. n. 5 del 2012) ha attribuito un grande peso alla informatizzazione dell'amministrazione.

Come emerge da tutti gli studi elaborati in sede internazionale ed europea la digitalizzazione della amministrazione non solo è strumento di miglioramento dell'efficienza dell'azione amministrativa (sia sotto il profilo della migliore allocazione delle risorse, con conseguenti risparmi di spesa, che al fine di un maggiore e più rapido soddisfacimento dei bisogni di cittadini e imprese) ma è anche un'occasione di profondo rinnovamento del modo di funzionare dell'amministrazione, sia con riferimento all'organizzazione che all'attività, incidendo sulla struttura stessa del procedimento amministrativo e sulle modalità di esercizio del potere. E ciò per due ordini di ragioni tra loro speculari: da un lato perché il complesso e costoso pro-

cesso di digitalizzazione della amministrazione non può essere realizzato se non tramite un forte coordinamento a livello di autorità centrale (in un quadro armonico rispetto alle varie politiche pubbliche), con l'imposizione di modelli organizzativi uniformi, ed una conseguente riduzione della sfera di autonomia organizzativa delle autorità locali o settoriali; dall'altro perché proprio la modalità digitale esige e nello stesso tempo incentiva una sempre maggiore semplificazione e standardizzazione delle procedure per poter essere efficacemente implementata a livello tecnico. I processi, come si nota, sono tutti tra loro strettamente interconnessi. Di tutto questo appare ben consapevole il legislatore, posto che la delega contenuta nella l. 124/2015 esplicitamente richiede la ridefinizione dei procedimenti amministrativi, dell'organizzazione e delle procedure interne alle amministrazioni, compito che appare cruciale per l'avvio di una vera digitalizzazione.

Purtroppo sappiamo che tra la norma e la sua applicazione c'è stato, appunto, l'inferno!!!

Arriviamo ai giorni nostri, i temi sul tavolo con i dovuti aggiornamenti e rebranding del caso (vedi Cloud e cybersecurity al posto di outsourcing e sicurezza informatica) sono sostanzialmente i soliti. Quindi il "cosa" è abbastanza chiaro, il "perché" appare lapalissiano, ma possiamo domandarci se il "chi", il "come" e il "quando" si riveleranno ostacoli come sempre insormontabili e questa volta per la ragione opposta a quella che da sempre ha reso la trasformazione digitale della Pubblica amministrazione una chimera: la perpetua carenza di soldi. Questa volta, invece, di denaro potrebbe essercene una montagna. Complice anche il Recovery Fund, si parla di molte decine di miliardi di euro e spendere male è molto facile quando le cifre sono astronomiche e il rischio, per accontentare tutti, è quello di sostenere progetti tra loro sconsiderati, incoerenti o peggio in sovrapposizione. Ma spendere in innovazione vuol dire anche dare lavoro a maestranze specializzate che fanno crescere il sistema Paese, ma questo messaggio è complesso da far metabolizzare. Questo ci porta direttamente al "come" che sarà la cosa più difficile perché storicamente nel nostro Paese tutti hanno sempre una strategia, ma purtroppo nel momento in cui deve essere declinata nella pratica sembra ci siano sempre difficoltà insormontabili. Di solito chi deve farlo e non ci riesce punta il dito contro la burocrazia. Semplificando al massimo sembra che ci sia mezza Italia che viene pagata per mettere i bastoni tra le ruote all'altra metà.

Eccoci infine al "quando" e ancora una volta la storia ci dice che raramente abbiamo centrato un obiettivo temporale. Nel caso il problema non era mai il piano, ma per le ragioni di cui sopra quanto piano procedevano le attività per realizzarlo.

Oggi il digital è virtualmente presente in ogni azione che il cittadino e le imprese fanno quotidianamente. Le tecnologie emergenti sono acceleratori di innovazione in grado di potenziare nuovi prodotti e servizi, abilitare nuovi modelli di business o rendere più efficienti quelli esistenti, superando i confini che dividono i diversi settori.

Cosa si intende per Trasformazione Digitale?

La trasformazione digitale è il processo attraverso il quale l'uso della tecnologia migliora radicalmente le prestazioni o la portata di un'organizzazione. Le tecnologie migliorano i processi, il coinvolgimento delle persone e creano nuovi modelli di lavoro.

È un processo articolato per cui non basta conoscere le tecnologie, ma è necessario saper esprimere al meglio il valore del digitale per poter plasmare il futuro di un'organizzazione. Per reinventare uno o più aspetti di un'organizzazione, infatti, è fondamentale avere una chiara strategia digitale sostenuta da leader che promuovono una cultura aperta e rivolta al cambiamento.

Cosa non ha funzionato sino ad oggi nella Pubblica Amministrazione?

La Pubblica Amministrazione si basa su otto basi dati, di cui semplifico i nomi per maggior comprensione: Anagrafe dei cittadini, Anagrafe delle imprese, Anagrafe degli immobili, Anagrafe dei veicoli, Anagrafe tributaria, Casellario giudiziario, Archivio delle strade urbane, Archivio delle infrastrutture, Archivio del territorio.

Queste basi dati fondamentali si declinano poi in ulteriori banche dati utili per servizi specifici (es. sanità, protezione civile, immigrazione, censimento dei ponti o delle zone a rischio). Tutte queste basi dati sono utili se interconnesse ed al servizio di tutte le Amministrazioni che devono usare questi dati per gestire i servizi a loro assegnati (Tributi, manutenzioni, verifiche, etc...).

L'errore è questo, non aver spinto in modo deciso la messa in esercizio al servizio dell'intero Paese queste banche dati che, ancora non completamente interconnesse, danno vita ad una proliferazione di basi dati locali (soggette ad errore ed a gestioni organizzative poco funzionali) impressionante, basta pensare a quante volte viene richiesta l'anagrafica per l'accesso alle singole strutture sanitarie nonostante la Tessera Sanitaria.

Nello specifico settore della Sanità il dibattito pubblico dell'ultimo decennio parla, accanto alla ineludibile revisione della spesa, di una seconda azione complementare, anche se piuttosto complessa: la ristrutturazione dei sistemi di offerta sanitari, sociosanitari e sociali.

La Trasformazione Digitale in Sanità

Probabilmente non è noto a molti ma nel nostro Paese la sanità, oltre ad essere considerata tra le migliori a livello globale, è la seconda spesa pubblica dopo la "previdenza sociale" e quindi, non solamente per la sua specificità prevista nella Carta Costituzionale e perché è uno dei settori in cui l'innovazione tecnologica e farmacologica hanno un impatto enorme sulla qualità delle cure e dell'assistenza, ma anche per l'impegno economico che richiede ad ognuno di noi, al settore va riservata un'attenzione particolare anche per la trasformazione digitale. Ed essendo un sistema

estremamente complesso, molte sono le sfide e opportunità che vanno affrontate e colte dal nostro sistema-salute a fronte dell'innovazione digitale in corso.

Già a livello internazionale la "rivoluzione digitale" in ambito salute ha creato una serie di aspettative elevate, che in Italia si intrecciano con l'urgenza di rimodellare e riorganizzare la rete assistenziale del Servizio Sanitario Nazionale (soprattutto a livello di patologie croniche), per rispondere da un lato alle caratteristiche emergenti di una nuova domanda di salute e dall'altro all'esigenza di garantire un più avanzato efficientamento complessivo del sistema.

Il cambio di paradigma, che preannuncia una sanità digitale e interconnessa con l'immensa proliferazione di dati sanitari generati dal mondo reale, nasce come processo di accumulazione di fenomeni diversi e convergenti: l'implementazione di fascicolo sanitario elettronico, e-prescription, cartella clinica elettronica, le opportunità offerte dalla telemedicina, la possibilità di gestire i dati della propria salute attraverso smartphone o tablet, la progressiva diffusione dei biosensori, l'upload dei genomi sequenziali nel cloud.

Ciò premesso, come per tutta la PA, da molti anni si parla di "rivoluzione digitale" in ambito Salute creando così aspettative elevate e spesso disattese. Riteniamo il motivo abbastanza semplice, se non si parte dalla rimodellazione e semplificazione dei processi è difficile riorganizzare la rete assistenziale del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) perchè le organizzazioni sanitarie non devono essere macchine burocratiche, ma sono insieme estremamente complessi di tecnologie, persone, valori sociali e modalità di lavoro. In questo contesto una buona riforma deve indicare strumenti e modalità per rendere effettivo il coordinamento, il lavorare insieme, la multidisciplinarietà (necessaria per la cura e l'assistenza dei cronici e dei fragili), il valutare il processo assistenziale e non solo la singola prestazione specialistica. Questo coordinamento necessita non solo di buona volontà da parte dei professionisti (questa è indispensabile), ma anche di metodi e strumenti: dalla condivisione di protocolli e linee guida all'informatica, che aiuta i professionisti a rispettarli ed a ottenere o scambiarsi informazioni in tempo reale.

Le nostre organizzazioni pubbliche sanitarie sono talora deboli, non sempre radicate nelle competenze e nello sviluppo di professionalità tecnologiche, alcune volte in balia delle scelte politiche. Tutto questo può generare "scontento" e demotivazione, orientamento al breve periodo e una cultura individualista e opportunistica. Ma esistono anche esperienze importanti e significative che devono essere valorizzate e premiate per la qualità dei risultati che hanno raggiunto e per la coesione riscontrabile.

Il Ministero della Salute, nella cornice strategica del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), dove forse oggi la parola nuovo andrebbe tolta, ha individuato degli obiettivi generali per lo sviluppo, individuando 5 ambiti di applicazione chiave degli strumenti di eHealth: CUP, FSE, Certificati, Ricetta, Telemedicina.

A tali strumenti prioritari si aggiungono due presupposti comuni per l'implementazione degli strumenti di Sanità elettronica: l'armonizzazione delle soluzioni eHealth e la dematerializzazione dei documenti sanitari.

In particolare la Strategia per la Crescita digitale sottolinea la necessità di "sviluppare soluzioni completamente integrate, caratterizzate da una forte interazione dei sistemi informativi sanitari, aziendali e ospedalieri, e basate sull'utilizzo diffuso di tecnologie cloud, sull'applicazione di criteri per omogeneizzare e standardizzare la raccolta e il trattamento dei dati sanitari.

L'integrazione è il presupposto per favorire una corretta interazione di tutti gli attori interessati con l'obiettivo primario di garantire la continuità assistenziale, ma la domanda che ci poniamo e che rimarrà senza risposta è: facendo leva sull'art. 117 comma r della Costituzione, non sarebbe opportuno che si implementassero meglio i servizi del NSIS, mettendoli in cloud ed in grado di erogare servizi ad assistiti e operatori anche a supporto delle attività socio-sanitarie territoriali, come agevolare la diagnostica, sostenere i percorsi di cura e gestire le cronicità, facendoli utilizzare da tutte le strutture sul territorio e lasciando alle Regioni l'implementazione dei modelli organizzativi???

Come vedremo nel prossimo punto, il **PNRR** connette riforme e investimenti. L'analisi parte dai problemi da risolvere: il primo è stato messo in luce dalla pandemia, che ha mostrato le maggiori criticità proprio nella gestione sanitaria sul territorio. Ci sono poi altri due punti deboli: da un lato le differenze tra Regioni e tra territori, come tra aree urbane e aree interne, e dall'altro la sconnessione tra servizi ospedalieri, servizi locali e servizi sociali. A corollario di questi problemi generali da risolvere si aggiungono le fragilità dei servizi sanitari locali e la scarsa capacità di prevenzione, anche rispetto ai rischi ambientali e climatici, tra cui gli inquinamenti. Non è un quadro nerissimo: il sistema sanitario universale (Beveridge) è sembrato migliore per rispondere alla crisi COVID, l'aspettativa di vita in Italia è più elevata e rispetto alle medie Ocse, anche con una spesa sanitaria relativamente limitata. Per semplificare, gli operatori sanitari sono piuttosto in gamba, nelle fragilità si trovano anche strutture di eccellenza, si fa ricerca, per quanto se ne potrebbe fare di più. I dati confermano le disparità regionali e territoriali: la mortalità infantile (l'Italia ha i tassi più bassi su scala globale) misura 2,24 nel nord-est e 3,70 nelle isole (i dati della bozza PNRR sembrano provvisori) la speranza di vita in Campania arriva a 81,4 anni rispetto agli 84 anni a Trento, la qualità dell'aria incide negativamente nella pianura padana e in altre città, con circa 30mila morti da particolato, il 7% di tutti i decessi, incidenti esclusi. Inoltre, è debole l'assistenza a domicilio, offerta al 4% degli anziani rispetto alla media OCSE del 6%.

In estrema sintesi possiamo dire che attualmente il testo del PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza o Recovery plan) risponde ad un principio generale che è quello della parità di accesso ai servizi sanitari e sociali ed a tre problemi

principali che sottendono ad una riforma strutturale del modello di assistenza territoriale:

- poca articolazione territoriale;
- differenze tra regioni e territori;
- sconnesione tra livello ospedaliero, locale e sociale;
- per sopperire ai problemi sopra citati il sistema della salute avrà bisogno di una serie di riforme (nel PNRR è desumibile ma non chiarissimo il percorso da seguire);
- una diversa articolazione dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria sul territorio;
- competenze del capitale umano con ricerca e formazione;
- digitalizzazione e dotazioni tecnologiche.

Una cosa che ha sorpreso nell'ultima versione è l'assenza del Centro di eccellenza per le epidemie, auspichiamo che con le risorse sul Digitale si costituisca almeno la rete che consenta la condivisione immediata dei dati tra le strutture epidemiologiche nazionali e locali.

Va infine evidenziato come, tradizionalmente, in sanità, quando si parla di tecnologie si pensa ai supporti protesici alle carrozzine, con le personalizzazioni, e più di recente si è avuto un grande sviluppo di tecniche di comunicazione (ad es. la Comunicazione aumentativa alternativa). La comunicazione ha visto anche una diffusione sempre più ampia di piattaforme digitali come i sistemi di messaggistica istantanea (vedi i vari Zoom, Skype, whatsapp) e poi i sistemi di televisita. La necessità di non sentirsi soli, con i sistemi di coaching psicologico (ad es. App). La necessità di rimanere connessi in particolare con i medici di riferimento anche mediante i social. **Un grande esempio di fai da te che tuttavia non può fare sistema.**

La Fast Call del Ministero per l'innovazione tecnologica e la digitalizzazione è stata preziosa per permettere di mettere a disposizione di tutte le strutture sanitarie vecchie e nuove soluzioni orientate alle varie necessità messe in evidenza dalla pandemia, soluzioni che possono essere utilizzate anche oggi, e migliorate domani. Tuttavia a partire dalla parola chiave "telemedicina", in realtà il SSN ha avuto la sensazione di non essere sulla buona strada nonostante gli sforzi: il DESI indicatore dell'agenda digitale in Europa è stato inclemente con l'Italia, e che la vede ancora nelle ultime posizioni per le competenze digitali: eppure tutti parlano da qualche anno di formazione a tutti i livelli degli stakeholder.

Gli Enti Istituzionali preposti stanno comunque dando solidità a quanto già in essere con l'innovazione digitale, gestendo la coerenza e qualità dei dati ad es. nelle codifiche, nell'interoperabilità, ancora fornendo indicazioni e stimoli ai Ministeri della Salute dei Paesi EU sulla cartella clinica elettronica e sulle regole cross-border. In particolare nei sistemi digitalizzati o che debbano affrontare la trasformazione

digitale mediante implementazioni che colgano tutti gli aspetti del Valore (in termini sia di savings che di costi diretti ed indiretti), gli ingredienti sono molteplici, *ma per la fragilità e la disabilità* si deve riuscire a portare servizi digitali coerenti con il sistema generale e riportare i sistemi locali ad uniformità.

8. Risorse tecnologiche e HTA

Principali evidenze relative al periodo di riferimento

L'*Health Technology Assessment* (HTA) è un processo scientifico di carattere multidisciplinare e multidimensionale che ha l'obiettivo di supportare i processi decisionali attraverso la produzione di informazioni sull'impatto dell'introduzione di tecnologie sanitarie all'interno dei sistemi/organizzazioni sanitarie da diverse prospettive (efficacia, economico, organizzativo, etico, sociale, legale). Il termine tecnologia sanitaria, in tale contesto, è estremamente ampio e include qualsiasi strumento che possa essere di supporto al raggiungimento di un determinato obiettivo di salute. Tra le tecnologie sanitarie sono quindi inclusi, oltre ai farmaci, anche i dispositivi medici e i processi organizzativi.

Le valutazioni di HTA si concentrano in particolar modo sulla valutazione di un eventuale valore aggiunto di una tecnologia rispetto ad altre, nuove o esistenti, in termini di efficacia/sicurezza, ma anche di sostenibilità economico-organizzativa e di compatibilità con i valori sociali e l'assetto giuridico di contesto. L'HTA è divenuto nel corso degli anni uno strumento in grado di contribuire alla promozione dell'innovazione tecnologica, oltre che favorire un'implementazione e un utilizzo appropriato delle tecnologie sanitarie.

L'introduzione dello strumento dell'HTA è stata una priorità della Commissione Europea già a partire dalla fine degli anni Novanta, con il finanziamento di alcune progettualità. Nel 2006 diverse Agenzie europee di HTA hanno avviato la *European Network of Health Technology Assessment* (EUnetHTA) che dal 2010 al 2021 ha continuato, tramite tre Joint Action finanziate dalla Commissione Europea, il lavoro di sistematizzazione di metodi e processi comuni con la partecipazione volontaria di 30 Paesi e oltre 80 organizzazioni, individuando strumenti metodologici condivisi, come HTA Core Model®, nonché processi e procedure standardizzate per la produzione congiunta HTA. Tale processo è culminato con l'approvazione del Regolamento europeo per l'HTA nel dicembre 2021, che ha posto le basi per lo sviluppo di un sistema integrato europeo di HTA.

In Italia la Legge del 23 dicembre 2014 n. 190, per promuovere il razionale uso dei dispositivi medici sulla base del principio costo-efficacia, ha avviato una rete nazionale, coordinata da AgeNaS, di collaborazione tra le Regioni per la definizione e per l'utilizzo di strumenti per il governo dei dispositivi medici e per HTA, denominato "Programma nazionale di HTA dei dispositivi medici", il tutto finalizzato a migliorare e a rendere più efficaci ed efficienti i processi di acquisto delle tecnologie sanitarie. La stessa Legge n. 190/2014 ha attribuito all'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) competenze in ambito di HTA dei farmaci.

Come previsto dalla Legge n. 190/2014 è stato quindi avviato il Programma Nazionale HTA-dispositivi medici che, dopo un lavoro di preparazione, ha visto la partecipazione di tutti gli stakeholder interessati in una serie di Gruppi di lavoro, inseriti

nel contesto di un cosiddetto “Tavolo dell’Innovazione”, ha portato alla definizione di processi e metodi del Programma Nazionale HTA Dispositivi Medici, sanciti nell’Intesa Stato-Regioni del 21 settembre 2017 che ha approvato il documento strategico per l’HTA dei dispositivi medici.

Principali novità

La pubblicazione della Legge n. 53/2021 ha previsto all’art. 15 la creazione di un sistema di governance dei dispositivi medici per rendere i procedimenti di acquisto più efficienti attraverso:

- il rafforzamento delle funzioni di HTA [art. 15, comma 1, lettera c (pag. 13 Gazzetta Ufficiale del 23 aprile 2021)];
- la creazione dell’osservatorio dei prezzi di acquisto dei dispositivi [art. 15, comma 1, lettera c (pag. 13 Gazzetta Ufficiale del 23 aprile 2021)].

La stessa Legge n. 53/2021 ha inoltre previsto il riordino e il coordinamento delle attività tra gli Enti pubblici deputati al governo dei dispositivi medici, anche attraverso una ridefinizione dei loro compiti, in modo da avere un sistema integrato e coordinato a tutti i livelli decisionali del nostro Paese.

È stato anche previsto un sistema di finanziamento del sistema di governance dei dispositivi medici attraverso “... il versamento da parte delle aziende che producono o commercializzano dispositivi medici di una quota non superiore allo 0,75% del fatturato, al netto dell’imposta sul valore aggiunto, derivante dalla vendita al SSN dei dispositivi medici e delle grandi apparecchiature” (Legge n. 53/2021, art. 15, comma 1, lettera h).

La Legge n. 53/2021 completa il quadro legislativo già disegnato dalle precedenti disposizioni normative e rimanda la messa in opera di quanto previsto a una serie di Decreti attuativi che, al momento della stesura di tale contributo, risultano essere in esame presso le competenti commissioni parlamentari (Atto del Governo 384 e 385).

Prospettive future

L’approvazione dei Decreti collegati all’art. 15 della Legge n. 53/2021 concernenti le attività di HTA pone le basi per l’avvio operativo del Programma Nazionale HTA, permettendo così una reale ed efficace connessione con i processi di acquisto ai fini di un miglioramento della loro efficienza, efficacia ed appropriatezza.

Tali azioni a livello nazionale si inseriscono nel disegno di un sistema integrato a livello europeo di HTA che è stato previsto dal Regolamento Europeo dell’HTA (*Regulation EU 2021/2282 of the European Parliament and of the Council of 15 December 2021 on health technology assessment and amending Directive 2011/24/EU*) che ha previsto, oltre alla creazione di un gruppo di coordinamento europeo sull’HTA, in modo da evitare il più possibile duplicazioni e ridondanze nelle attività di valutazio-

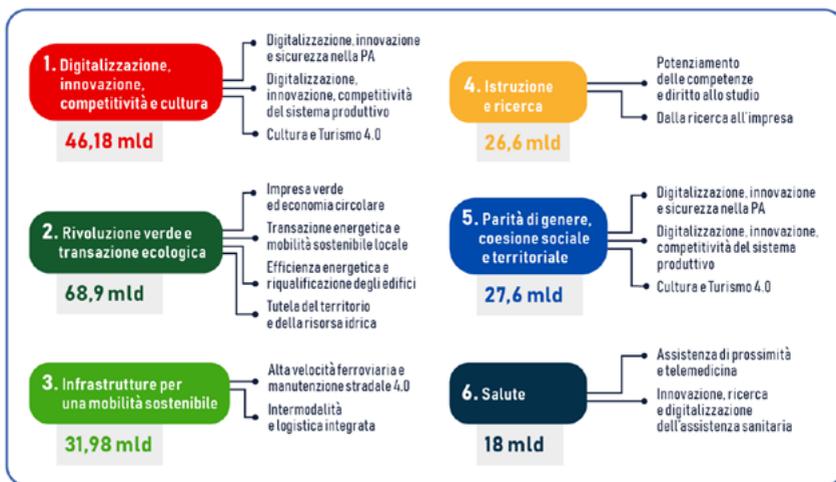
ne svolte a livello europeo, lo svolgimento delle seguenti attività:

- valutazioni cliniche congiunte (*joint clinical assessments*, JCA) incentrate sulle tecnologie sanitarie più innovative con il maggiore impatto potenziale per i pazienti;
- consultazioni scientifiche congiunte (*joint scientific consultation*, JSC);
- identificazione di tecnologie sanitarie emergenti;
- identificazione di tecnologie promettenti in una fase iniziale;
- prosecuzione della cooperazione volontaria su altre tecnologie non coperte dalla regulation e sui domain non clinici.

9. La Missione 6 del PNRR e le sue componenti ((Coesione), 2023)

Il piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr) è il programma con cui il governo intende gestire i fondi del Next Generation Eu. Cioè lo strumento di ripresa e rilancio economico introdotto dall'Unione europea per risanare le perdite causate dalla pandemia. Il Pnrr italiano ha una struttura articolata. Prevede sei missioni, organizzate in componenti, ognuna delle quali comprende una serie di misure, che possono essere riforme normative o investimenti economici. Dalla transizione ecologica a quella digitale, dalla sanità alla scuola, dai trasporti alla giustizia: le materie in agenda sono diverse e numerose. Si tratta complessivamente di 358 misure e submisure, di cui 66 riforme e 292 investimenti. Ciascuna di queste ha diverse scadenze da rispettare, a cadenza trimestrale, lungo uno o più anni dal 2021 al 2026. In questo capitolo parleremo della Missione 6, quella dedicata alla sanità, di seguito riportiamo uno schema sintetico dell'intero piano poiché alcune componenti sono sicuramente utili per l'ammodernamento del comparto.

PNRR - Piano Nazionale Ripresa e Resilienza Le linee essenziali del Recovery Plan e le dotazioni finanziarie



La sanità nazionale sta vivendo un periodo di profonda modificazione delle proprie metriche, un processo ad altissimo grado trasformazionale, sulla scia degli effetti della gestione della pandemia da Covid 19. In realtà, già prima della pandemia tutti gli indicatori confermavano che l'attuale sistema sanitario italiano non poteva più essere inteso come luogo ideale per la risposta ai bisogni di salute.

La considerazione su cui tutti i programmatori sanitari hanno convenuto è che fosse arrivato il momento di innescare il rinnovamento dei processi e delle procedure

alla base del sistema sanitario utilizzando la spinta propulsiva della tecnologia e delle risorse messe a disposizione dal Piano di Ripresa e Resilienza (PNRR) attraverso principalmente la Missione 6.

Missione 6 come *disruptive innovation*, e cioè quell'innovazione con cambiamenti repentini che portino a modi nuovi e differenti di fare, pensare o interpretare il contesto, i meccanismi operativi e la rete di valori.

Il PNRR ha messo a disposizione finanziamenti in conto capitale per la ridefinizione di alcune policy fondamentali per cittadini potenzialmente *frequent user* dei servizi sociosanitari, tra cui la riorganizzazione della rete territoriale, il potenziamento del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) per ripensare l'infrastruttura informatica dell'intera filiera istituzionale, la profonda diffusione della telemedicina per potenziare il panel dei servizi, l'aumento delle borse per i corsi universitari di medicina e chirurgia e delle professioni sanitarie, l'aumento delle borse di specializzazione, l'ampliamento delle responsabilità di alcune figure professionali, dai medici in formazione alle professioni sanitarie.

Un percorso appassionante e coinvolgente, in tema di trasformazione organizzativa, di certo non privo di criticità soprattutto per quanto riguarda il personale e le dotazioni organiche delle Aziende sanitarie, ma che si basa sullo spostamento del paradigma da una gestione dall'inatteso verso la gestione del prevedibile/pianificato. Il tutto in contesti multiformi come quelli regionali che hanno visto riacquisire la centralità del ruolo del servizio sanitario in anni impegnativi dovuti alla gestione della pandemia. Sistemi organizzativi che arrivavano da periodi caratterizzati da vincoli e da adempimenti che ne avevano condizionato lo sviluppo ma che, sollecitandone la capacità adattiva, hanno anche consentito di porre le basi per una importante e coraggiosa riorganizzazione sistemica e di assessment organizzativo. In tutto questo, per realizzare il nuovo e moderno design organizzativo, anche attraverso l'uso dei digital twin per la salute e, più in generale, in ambito healthcare e life science, diventa fondamentale l'attitudine propria del management, e cioè la capacità di governare e processare l'imprevedibilità e l'incertezza attraverso la versatilità e la multidisciplinarietà, con estrema rapidità, in modo flessibile ma anche controllato creando modelli organizzativi per ogni tipo di variabile, capaci di verticalizzare rapidamente le competenze appropriate. Il modello di welfare che deve necessariamente evolvere superando il concetto di erogazione di singoli episodi assistenziali autonomi (il posto letto ospedaliero) ad un paradigma di rete attraverso il modello della *"casa come primo luogo di cura"*. Il sistema è impegnato a programmare e ad attuare il superamento della frammentazione nell'erogazione dell'assistenza (interregionale e intraregionale), allineando i servizi in un'ottica d'intensità di cura e assicurando la continuità attraverso policy di connettività, riequilibrio e collaborazione.

I perimetri della sfida sono ben definiti: rafforzare le fondamenta del servizio sanitario attraverso l'accrescimento delle competenze dei professionisti, la trasfor-

mazione digitale, la realizzazione di nuove strutture territoriali, l'introduzione delle centrali operative COT su tutto il territorio nazionale, la definizione di una piattaforma per i servizi di telemedicina, sono solo alcune delle innovazioni programmate. Tutte dinamiche innescate, e che trovano nella trasformazione digitale *"the only way"* del sistema sanitario.

Ribaltare il concetto di attendismo involutivo velocizzando l'integrazione tra tutte le linee d'attività e rafforzando il coinvolgimento delle comunità e dei cittadini. Riorganizzarsi e adattarsi a nuove condizioni, a nuovi volumi e attività e contesti per le organizzazioni complesse, è un processo articolato, sempre in itinere, che richiede profondo commitment e coinvolgimento di tutti gli attori e un'attività continua di accountability, che sollecita l'intelligenza competitiva dell'Organizzazione e di chi la disegna.

Organizzare cioè i servizi attraverso filiere e reti integrate d'offerta, con un'attenta rivisitazione critica e standardizzata del flusso delle attività fatta in funzione della salvaguardia della qualità e dell'equità delle cure. Emerge forte, quindi, anche la dimensione oggettiva del Sistema Sanitario, elemento fondamentale di protezione per il tessuto sociale. Un processo trasformativo per i prossimi anni basato sulla relazione fondamentale indissolubile tra la componente umana, la capacità produttiva e la tecnologia. Queste caratteristiche, che si intrecciano inesorabilmente, stanno alzando l'asticella della risposta, riconducendo prepotentemente al centro delle politiche nazionali e regionali la tutela della salute quale priorità indispensabile per il benessere e la crescita del Paese.

Nella complessiva riformulazione è però necessario tener presente il concetto di equità, poiché è innegabile che ci siano contesti geografici dove l'innovazione è favorita da aspetti culturali e sociali, determinanti di salute che non sono uguali a tutte le latitudini. Inevitabilmente, ciò comporta un aumento o una diminuzione del grado di equità, che varia a seconda del Sistema e del modello organizzativo.

Nella riconfigurazione dell'architettura legislativa e organizzativa del complesso ecosistema socio-sanitario nazionale intervengono quindi le riforme sanitarie e sociali che influenzano l'assistenza e la cura, quali la legge nazionale sulla prevenzione sanitaria che introduce l'approccio *"one health"*, il potenziamento e l'integrazione dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) e quella sociale (SAD), la riorganizzazione degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), gli standard organizzativi per assistenza sanitaria territoriale (DM 77/2022), la legge sull'assistenza agli anziani non autosufficienti e la legge di riforma sulla disabilità. Importanti saranno poi anche i percorsi che portano all'autonomia differenziata delle Regioni e la legge delega sul *"family act"*.

Riformulare modelli organizzativi che vanno dal coinvolgimento dell'ospedale fino alle forme di assistenza e cura istituzionalizzate. L'unica via è quella della sanità orientata all'equità dell'offerta e al superamento delle disuguaglianze di salute. Un concetto antico e al contempo attuale: one health, una visione olistica del mo-

dello sanitario, basata sull'integrazione di discipline diverse. Riconoscere cioè che la salute umana, la salute animale e la salute dell'ecosistema siano legate indissolubilmente. Una strategia rilevante e un approccio ideale per raggiungere la salute globale, affrontando i bisogni delle popolazioni più vulnerabili sulla base dell'intima relazione tra la loro salute, la salute dei loro animali e l'ambiente in cui vivono, considerando l'ampio spettro di determinanti che da questa relazione emerge.

9.1: C.1.1. Case della Comunità e presa in carico della persona

Nel corso degli ultimi decenni il Servizio sanitario nazionale (SSN) ha dovuto far fronte a due fenomeni di fondamentale importanza: il progressivo invecchiamento della popolazione e l'incremento della prevalenza di patologie croniche.

Secondo le rilevazioni Istat, negli ultimi 15 anni la popolazione ultrasessantacinquenne è passata progressivamente dal 20,1% del 2007 al 23,5% del 2021 e secondo l'ultima rilevazione disponibile la percentuale di popolazione (per tutte le età) con almeno una malattia cronica corrisponde al 40,9%, mentre il 20,8% della popolazione ha almeno due patologie croniche.

Le suddette condizioni, unitamente ai bisogni emersi con la pandemia, concorrono alla necessità di rafforzare i servizi territoriali del SSN.

La Casa della Comunità (CdC) si inserisce all'interno di questo contesto, in quanto rappresenta il primo punto di accesso della comunità di riferimento al SSN e il luogo in cui i servizi territoriali vengono erogati.

Attraverso un'equipe multidisciplinare, costituita da medici di medicina generale (MMG), pediatri di libera scelta (PLS), medici specialisti, infermieri di famiglia o comunità (IFoC), assistenti sociali e altri professionisti della salute, la CdC promuove un modello olistico di salute che garantisce la presa in carico della persona anche nelle condizioni di cronicità e fragilità secondo un modello di medicina di iniziativa.

Tra gli operatori sanitari presenti, particolare importanza ricopre l'IFoC, professionisti con forte orientamento alla gestione proattiva della salute, riferimento per la popolazione anche per quanto attiene il coinvolgimento degli assistiti in attività di promozione, prevenzione e gestione dei processi di salute individuali, familiari e di comunità.

La CdC viene pensata per la persona come luogo visibile e facilmente raggiungibile, ove trovare un'adeguata risposta ai bisogni di salute. La CdC si pone come parte integrante della comunità di riferimento, in cui il singolo partecipa attivamente al suo percorso di cura e l'assistenza ha l'obiettivo di avvicinarsi ed essere personalizzata alle sue esigenze.

Le prime esperienze nazionali e internazionali di realizzazione del modello descritto mostrano un miglioramento degli esiti di salute della popolazione e la diminuzione degli accessi in pronto soccorso e delle ospedalizzazioni per quanto riguarda patologie trattabili ambulatorialmente, quali diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) ecc.

Per rispondere alle esigenze di capillarità e prossimità sul territorio, il modello di assistenza pensato per le CdC è di tipo hub e spoke. La CdC – sia hub che spoke – garantisce l'accesso a più servizi sanitari come descritto in maniera articolata nella Tabella C.1.1.

La CdC spoke, ancorché presenti soltanto i servizi base, garantisce capillarità ed equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali, anche grazie a collegamenti alla CdC hub di riferimento attraverso servizi di telemedicina.

A seguito di interventi edilizi su strutture preesistenti oppure di nuova costruzione, saranno attivate in totale 1.430 CdC nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

La riforma dell'assistenza territoriale definisce lo standard di almeno una CdC hub ogni 40.000-50.000 abitanti.

Tali strutture dovranno essere dotate, inoltre, di uno standard di personale così composto: 7-11 infermieri, 1 assistente sociale, 5-8 unità di personale di supporto (socio-sanitario, amministrativo).

Tabella C.1.1.

Servizi e professionisti coinvolti nella Casa della Comunità (CdC) hub e spoke

Servizi	CdC hub	CdC spoke
Servizi di cure primarie erogati attraverso equipie multiprofessionali (MMG, PLS, SAI, IFoC ecc.)	Obbligatorio	
Punto Unico di Accesso	Obbligatorio	
Servizio di assistenza domiciliare	Obbligatorio	
Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie a elevata prevalenza	Obbligatorio	
Servizi infermieristici	Obbligatorio	
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	Obbligatorio	
Integrazione con i servizi sociali	Obbligatorio	
Partecipazione della comunità e valorizzazione della co-produzione	Obbligatorio	
Collegamento con la CdC hub di riferimento	-	Obbligatorio
Presenza medica	Obbligatorio h24, 7/7 gg	Obbligatorio h12, 6/7 gg
Presenza infermieristica	Obbligatorio h12, 7/7 gg	Obbligatorio h12, 6/7 gg
	Fortemente raccomandato h24, 7/7 gg	-
Servizi diagnostici di base	Obbligatorio	Facoltativo
Continuità assistenziale	Obbligatorio	Facoltativo

Punto prelievi	Obbligatorio	Facoltativo
Attività consultoriali e attività rivolta ai minori		Facoltativo
Interventi di salute pubblica (incluse le vaccinazioni per la fascia 0-18)		Facoltativo
Programmi di screening		Facoltativo
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza		Raccomandato
Medicina dello sport		Raccomandato

IfoC, infermieri di famiglia o comunità; MMG, medici di medicina generale; PLS, pediatri di libera scelta; SAI, specialisti ambulatoriali interni.

9.2: C.1.2. Casa come primo luogo di cura e telemedicina

Il potenziamento dell'assistenza domiciliare è un altro punto cardine delle riforme e degli investimenti previsti nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). La misura 1.2 denominata "Casa come primo luogo di cura e telemedicina" si articola in tre principali sub-investimenti, riconducibili alla sfera dell'assistenza domiciliare, alla creazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) e all'utilizzo della telemedicina come supporto alla cronicità. Di seguito il dettaglio dei singoli sub-investimenti.

Assistenza domiciliare

L'assistenza domiciliare è un servizio di cure integrate che si rivolge a persone di qualsiasi età non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, che richiedono assistenza professionale qualificata sanitaria e socio-sanitaria a domicilio, nell'ambito di uno specifico percorso di cura e un piano personalizzato di assistenza. L'età rappresenta, nella maggior parte dei casi, il fattore di rischio per lo sviluppo di condizioni che richiedono interventi domiciliari. Coerentemente con le azioni previste in altri Stati membri dell'Unione Europea, l'obiettivo principale è il potenziamento dell'assistenza erogata a livello domiciliare per raggiungere l'obiettivo di presa in carico del 10% della popolazione over 65 nell'anno 2026. Rispetto alla popolazione over 65 trattata a domicilio oggi, il raggiungimento dello standard prevede di incrementare la popolazione over 65 trattata a domicilio di oltre 800.000 persone.

Centrali Operative Territoriali

La COT è un modello organizzativo a supporto dei professionisti della salute che assicura continuità, accessibilità e integrazione dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria. Essa mette in comunicazione i diversi livelli assistenziali – attività territoriali, sani-

tarie e sociosanitarie, ospedaliere – e dialoga con la Rete dell'emergenza-urgenza. Questa attività di raccordo si esplica attraverso una serie di funzioni quali: coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti coinvolti; coordinamento degli interventi; tracciamento e monitoraggio delle transizioni nei diversi luoghi/livelli di cura; supporto informativo e logistico ai professionisti; raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute anche attraverso la telemedicina.

La COT si rivolge quindi al personale sanitario, deve essere operativa 7 giorni su 7 e, oltre a essere integrata con la rete territoriale e ospedaliera, deve essere dotata di infrastrutture tecnologiche e informatiche integrate con gli applicativi in uso a livello aziendale e software con accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e funzione di registrazione delle chiamate.

Il PNRR prevede l'attivazione di circa 600 COT corrispondenti a uno standard di una COT ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore.

La dotazione di personale standard per ogni COT prevede 1 coordinatore infermieristico, 3-5 infermieri e 1-2 unità di personale di supporto.

Telemedicina

La telemedicina è una modalità di erogazione di servizi e prestazioni assistenziali sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria a distanza che si avvale di strumenti tecnologici, quali software, applicazioni e device classificati come dispositivi medici (sistema disciplinato dal Regolamento (UE) 2017/745), utilizzati dal professionista sanitario per fornire prestazioni agli assistiti oppure per servizi di consulenza e/o supporto ad altri professionisti.

Promuovere e finanziare lo sviluppo e il miglioramento di progetti e soluzioni di telemedicina nelle realtà sanitarie regionali risulta un elemento chiave per la presa in carico da remoto del paziente, con particolare riferimento a quello affetto da una o più patologie croniche. La telemedicina a livello territoriale può favorire la riduzione delle distanze tra gli attori del sistema (pazienti e professionisti), la diagnosi precoce e l'intervento tempestivo, l'efficientamento delle prestazioni erogate con ottimizzazione delle risorse e aumento di appropriatezza e aderenza terapeutica, la collaborazione multidisciplinare degli operatori che appartengono ai diversi livelli assistenziali, la riduzione dei divari geografici e territoriali, nonché il miglioramento dell'esperienza di cura per i pazienti.

Il PNRR, nell'ambito del sub-investimento 1.2.3 "Telemedicina", si pone come obiettivi strategici: la promozione delle soluzioni di telemedicina per favorire innovazione e sviluppo dell'ecosistema salute; la promozione della cultura della sanità digitale mediante anche la condivisione e lo scambio di esperienze di successo; la costruzione di competenze per alimentare l'innovazione sanitaria e il trasferimento tecnologico.

La telemedicina costituirà un supporto importante per la gestione del paziente in assistenza domiciliare e, al contempo, potrà supportare più tipologie di prestazioni e servizi erogati in favore sia di pazienti sia tra professionisti (per es., teleconsulto). Le modalità con cui la telemedicina si inserisce nell'ambito dell'erogazione dei servizi di assistenza domiciliare sono dettagliate nel documento "Linee guida organizzative contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare".

9.3: C.1.3. Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) tra gli investimenti della Missione 6 Componente 1 prevede il rafforzamento dell'offerta sanitaria intermedia attraverso l'attivazione di nuovi Ospedali di Comunità (OdC). Tale struttura afferente alla rete territoriale ha una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, integrandosi con i servizi sanitari e sociosanitari del territorio di riferimento.

Gli OdC sono destinati al ricovero per brevi periodi (non superiore a 30 giorni) di pazienti provenienti da altri presidi sanitari o dal domicilio, che necessitano di interventi sanitari di media/bassa intensità clinica e di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio per motivi di tipo clinico o di inidoneità (strutturale e/o familiare) del domicilio stesso. Tra gli obiettivi dell'OdC rientrano anche l'educazione del paziente all'auto-cura e il coinvolgimento attivo del caregiver/familiare attraverso la formazione alla gestione del malato.

L'OdC mira a evitare ricoveri ospedalieri impropri o favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia. La gestione dell'OdC è prevalentemente infermieristica (presenza dell'infermiere h24) con assistenza medica programmata o su specifica necessità.

Ogni OdC prevede una dotazione di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti, fino a un massimo di 40 posti letto per struttura. Con i fondi del PNRR verranno realizzati 434 OdC su tutto il territorio nazionale come dettagliato nella *Tabella C.1.5*. Tali strutture si andranno ad aggiungere agli oltre 3.000 posti letto già presenti in diverse Regioni italiane (Piemonte, Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana e Marche). La realizzazione di tali strutture avverrà in edifici esistenti o, qualora necessario, verranno realizzate *de novo*, esse potranno ubicarsi anche in strutture ospitanti la Casa della Comunità, in strutture sanitarie polifunzionali, in strutture residenziali sociosanitarie, in ospedali oppure in strutture a se stanti; in ogni caso, l'OdC è un erogatore di servizi riconducibile all'area dell'assistenza territoriale distrettuale.

La dotazione di personale standard per ogni OdC di 20 posti letto prevede 7-9 infermieri (di cui 1 coordinatore infermieristico), 4-6 operatori sociosanitari, 1-2 unità di altro personale sanitario con funzioni riabilitative e un medico per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7.

9.4: C.2.1. Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero

Principali evidenze relative al periodo di riferimento

La pandemia da Covid-19 ha certamente reso ancora più evidenti alcuni aspetti critici di natura strutturale, che in prospettiva potrebbero essere aggravati dall'accresciuta domanda di cure derivante dalle tendenze demografiche, epidemiologiche e sociali in atto. È inoltre emersa l'importanza di poter contare su un adeguato sfruttamento delle tecnologie più avanzate, su elevate competenze digitali, professionali e manageriali, su nuovi processi per l'erogazione delle prestazioni e delle cure e su un più efficace collegamento tra la ricerca, l'analisi dei dati, le cure e la loro programmazione a livello di sistema.

Sono state avviate ricognizioni finalizzate a perfezionare la rilevazione dei fabbisogni per l'ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero, nonché per la messa in sicurezza delle strutture ospedaliere, come di seguito specificato:

- ricognizione del fabbisogno di grandi apparecchiature (TC, RM, mammografia, PET/TC ecc.), nell'ottica di una programmazione degli investimenti pubblici destinati al patrimonio tecnologico del Servizio sanitario nazionale (SSN);
- ricognizione finalizzata a riscontrare l'attuale livello tecnologico e di informatizzazione presente all'interno dei reparti delle varie strutture ospedaliere sede di DEA di I e II livello e a rilevare i fabbisogni necessari all'implementazione delle dotazioni tecnologiche con particolare riguardo alla digitalizzazione e all'informatizzazione strutturata del sistema organizzativo delle varie specialità cliniche;
- ricognizione degli interventi di adeguamento e miglioramento antisismico nelle strutture ospedaliere.

Tali ricognizioni, effettuate dalla Direzione generale della programmazione sanitaria (DGPROG), hanno costituito la base per la definizione delle linee di investimento inserite nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

Il PNRR Missione 6 Salute investe 8,63 miliardi di euro nella Componente 2 Innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN, nell'ambito della quale la DGPROG è individuata come struttura di supporto all'attuazione dei seguenti investimenti.

n Investimento 1.1 "Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero" (4,052 miliardi di euro):

- sub-investimento 1.1.1 – Digitalizzazione DEA I e II livello (1,45 miliardi di euro);
- sub-investimento 1.1.2 – Grandi Apparecchiature Sanitarie (1,413 miliardi di euro);
- sub-investimento 1.1.1 Rafforzamento strutturale SSN ("progetti in essere" ex art. 2, DL 34/2020) (1,189 miliardi di euro).
- Investimento 1.2 "Verso un ospedale sicuro e sostenibile" [0,638 miliardi

di euro di fondi PNRR e 1,45 miliardi di euro risorse Piano Nazionale Complementare (PNC)].

Le Amministrazioni regionali sono individuate per questi investimenti come soggetti attuatori, responsabili pertanto dell'attuazione degli investimenti.

9.5: C.2.2. Verso un ospedale sicuro e sostenibile

Principali evidenze relative al periodo di riferimento

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) con l'investimento M6 C2 1.2 - Verso un ospedale sicuro e sostenibile definisce un percorso di miglioramento strutturale degli edifici ospedalieri attraverso l'adeguamento alla normativa antisismica.

L'Italia, come è noto, è tra i Paesi dell'area mediterranea a elevato rischio sismico, specialmente nei territori lungo la dorsale appenninica e in alcune aree settentrionali. Gli ospedali, in caso di terremoto, sono tra gli edifici pubblici più esposti e sensibili: non solo perché assolvono alla fondamentale funzione di soccorso alla popolazione, ma anche perché devono essere preparati ad accogliere migliaia di persone con diverse capacità reattive. È evidente quanto sia importante in questi contesti la capacità di resistenza delle costruzioni: quanto più un edificio è vulnerabile, tanto maggiori saranno le conseguenze.

L'Ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 3274 del 20 marzo 2003 "Primi elementi in materia di criteri generali per la classificazione sismica del territorio nazionale e di normative tecniche per la costruzione in zona sismica" ha classificato tutto il territorio nazionale ai fini sismici e ha introdotto l'obbligo di effettuare le verifiche di vulnerabilità sismica per edifici di interesse strategico, incluse le strutture sanitarie. Gli ospedali, dunque, devono essere in grado di resistere alla forza d'urto del terremoto, continuando ad assicurare sufficienti livelli di assistenza sanitaria. Ecco perché è fondamentale l'adeguamento delle strutture ospedaliere alla normativa antisismica.

Principali novità

L'investimento "Verso un ospedale sicuro e sostenibile" interviene nel campo della sicurezza degli edifici ospedalieri. In particolare:

- ristrutturazione e adeguamento delle strutture del patrimonio del Servizio sanitario nazionale (SSN) alla normativa in materia di antisismica;
- realizzazione di ulteriori interventi pluriennali di consolidamento e adattamento sismico delle strutture, volti al rinnovo e alla modernizzazione del quadro fisico e tecnologico dei beni immobili della sanità pubblica.

Il Ministero della salute ha effettuato una puntuale ricognizione, individuando la necessità di realizzare almeno 116 interventi finanziati con risorse PNRR pari a 638 milioni di euro; ulteriori 220 interventi sono finanziati con il Piano Nazionale Complementare (PNC) [1.449 milioni di euro].

Come per gli altri investimenti della misura, le Regioni sono individuate come soggetti attuatori dell'investimento.

Prospettive future

L'intervento avrà impatti significativi sulle Regioni, sulle strutture e sugli operatori sanitari, che potranno svolgere i loro compiti in modo più sicuro, migliorando la tempestività e la qualità degli interventi, e sui pazienti, che potranno beneficiare di servizi erogati all'interno di strutture sanitarie più sicure.

9.6: C.2.3. Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione

Principali novità

La pandemia da Covid-19 ha portato a un importante sviluppo della sanità digitale accelerando il processo di utilizzo di tecnologie ITC (*Information and Communications Technology*) per abbattere barriere e distanze. Inoltre, i dati sono stati riconosciuti come patrimonio indispensabile per indirizzare correttamente le politiche sanitarie e fare fronte in modo efficace alle emergenze intervenute nel periodo pandemico. Ciò ha contribuito a rafforzare il processo di digitalizzazione dei sistemi sanitari già avviato, quale componente fondamentale della strategia della Commissione Europea per responsabilizzare i cittadini e costruire una società più sana.

I dati sono riconosciuti come un fattore chiave per la trasformazione digitale nel settore sanitario. In questo contesto, la Commissione Europea aveva già stabilito nel 2018 (COM(2018) 233 final) le priorità per trasformare digitalmente il sistema sanitario in un mercato unico digitale e mettere i cittadini dell'Unione Europea al centro di esso. Ciò sottolinea anche il fatto che i cittadini devono poter accedere e condividere i propri dati ovunque nell'Unione Europea, nonché l'importanza della promozione della ricerca, della prevenzione delle malattie, dell'assistenza sanitaria personalizzata e dell'accessibilità degli strumenti digitali per l'assistenza incentrata sulla persona. In particolare, sono state individuate tre priorità:

- accesso sicuro dei cittadini ai propri dati sanitari in tutta l'Unione Europea;
- medicina personalizzata attraverso un'infrastruttura di dati europea condivisa, che consente a ricercatori e altri professionisti di mettere in comune risorse (dati, competenze, capacità di elaborazione e archiviazione di calcolo) in tutta l'Unione Europea;
- innalzare le competenze digitali dei cittadini per consentire alle persone di prendersi cura della propria salute, stimolare la prevenzione e consentire l'interazione tra utenti e operatori sanitari.

In linea con questi indirizzi, è stata proposta un'importante linea di investimento nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), dove all'interno della Missione 6, Componente 2, vi è l'Investimento 1.3 "Rafforzamento dell'infrastruttura

tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione". L'investimento prevede, da un lato, il potenziamento del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), al fine di garantirne la diffusione, l'omogeneità e l'accessibilità su tutto il territorio nazionale da parte degli assistiti e operatori sanitari e, dall'altro, il rafforzamento del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), ovvero dell'infrastruttura e degli strumenti di analisi del Ministero della salute per il monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), la programmazione e la vigilanza sanitaria.

Potenziamento del FSE

Coerentemente con le priorità europee, l'individuazione dell'investimento "Potenziamento del FSE" è stata determinata dalla necessità di intervenire urgentemente e con adeguate risorse per risolvere, tra l'altro, i problemi aperti riferiti a:

- forte disomogeneità tra i Fascicoli Sanitari Regionali. In alcune Regioni il FSE è uno strumento utile per i cittadini perché ricco di dati e servizi, inclusi prenotazioni di visite e pagamenti del ticket; in altre Regioni il FSE è povero di dati e documenti, quindi incompleto per essere utilizzato propriamente;
- i FSE non risultano interoperabili tra Regioni; ciò significa che il cittadino non dispone del proprio FSE quando si trasferisce da una Regione a un'altra e non riesce ad avere i suoi documenti clinici quando effettua visite o interventi in un'altra Regione. Questo problema è dovuto all'eterogeneità delle iniziative regionali, che hanno quindi bisogno di essere indirizzate in modo convergente a livello nazionale, e alla necessità di disporre di un Anagrafe Nazionale degli Assistiti che assicuri l'univocità della posizione assistenziale del cittadino che si muove tra Regioni.

La linea di investimento del potenziamento del FSE intende quindi raggiungere i seguenti obiettivi:

- rendere il FSE omogeneo sul territorio nazionale per dati contenuti, servizi offerti, semplicità di utilizzo e portabilità;
- garantire che il FSE sia uno strumento nel quale tutti i dati e documenti siano nativamente digitali;
- garantire che il FSE sia adottato e utilizzato da cittadini, erogatori e medici di medicina generale (MMG). Il target inserito nell'investimento PNRR è appunto che l'85% dei MMG utilizzi il FSE nel 2026.
- Il FSE svolgerà quindi tre funzioni chiave:
- punto di accesso per le persone per la fruizione di servizi essenziali forniti dal Servizio sanitario nazionale (SSN);
- base dati per i professionisti sanitari contenente informazioni cliniche omogenee che includeranno l'intera storia clinica del paziente, inclusa quella riguardante la sanità privata;

- strumento per le Aziende sanitarie locali (ASL), che potranno utilizzare le informazioni cliniche del FSE per effettuare analisi di dati clinici e migliorare la prestazione dei servizi sanitari, nonché attivare mirate campagne di prevenzione.

Il progetto prevede:

- la piena integrazione di tutti i documenti sanitari e tipologie di dati, la creazione e implementazione di un archivio centrale, l'interoperabilità e piattaforma di servizi, la progettazione di un'interfaccia utente standardizzata e la definizione dei servizi che il FSE dovrà fornire;
- l'integrazione dei documenti da parte delle Regioni all'interno del FSE, il supporto finanziario per i fornitori di servizi sanitari per l'aggiornamento della loro infrastruttura tecnologica e compatibilità dei dati, il supporto finanziario alle Regioni che adotteranno la piattaforma FSE, il supporto in termini di capitale umano e competenze per realizzare i cambiamenti infrastrutturali e di dati necessari per l'adozione del FSE.

Il progetto, inoltre, include iniziative già avviate per la realizzazione, nell'ambito del Sistema Tessera Sanitaria, dell'infrastruttura per l'interoperabilità dei FSE regionali. Il percorso che è stato individuato per raggiungere gli obiettivi del PNRR passa quindi attraverso lo sviluppo di tutti i documenti sanitari nativi digitali e attraverso la creazione di infrastrutture tecnologiche e di standard nazionali in grado di far scambiare i documenti tra i diversi attori; questo percorso, tuttavia, potrà essere avviato solo dopo aver valutato, per ciascuna Azienda sanitaria, il lavoro necessario a realizzare l'importante revisione dei processi di refertazione richiesta.

Non bisogna immaginare, infatti, il progetto di potenziamento del FSE come risolto esclusivamente da componenti tecnologiche, perché, di fatto, indirizza un cambiamento importante nella trasformazione dei processi e delle abitudini degli operatori sanitari, più rilevante per questi ultimi che per i cittadini. Agli investimenti di tipo tecnologico si affiancheranno quindi le necessarie attività, e i corrispondenti investimenti, di change management per assicurare la revisione dei processi e l'innalzamento delle competenze digitali degli operatori sanitari delle strutture pubbliche e private, dei MMG, delle farmacie e dei servizi territoriali.

Rafforzamento del NSIS

La Commissione Europea ha annunciato, nella Comunicazione sulla strategia europea per i dati, la sua intenzione di fornire risultati concreti nel settore dei dati sanitari e di sfruttare il potenziale creato da sviluppi senza precedenti nelle tecnologie digitali per introdurre innovazione nella salute e nell'assistenza, aumentando l'accessibilità e la disponibilità di un'assistenza sanitaria di alta qualità.

In linea con queste indicazioni, anche con la consapevolezza del valore che rappresenta per il Paese il cosiddetto “uso secondario dei dati sanitari” (per la ricerca scientifica e l’innovazione, per le attività di definizione delle politiche e di regolamentazione), è stata inserita una specifica linea di finanziamento per il progetto di potenziamento e ampliamento a livello centrale del NSIS, in termini di evoluzione e ammodernamento dell’infrastruttura, dei sistemi di costruzione, raccolta, elaborazione, validazione e analisi dai dati sanitari, con particolare riferimento:

- al completamento del percorso in atto di costruzione di strumenti simulativi e predittivi del fabbisogno di salute della popolazione anche con l’integrazione di dati non sanitari;
- alla valorizzazione dei dati già raccolti attraverso la messa a punto di meccanismi che consentano di velocizzarne la costruzione e la raccolta ai fini del monitoraggio dei LEA;
- all’integrazione della raccolta di dati per gli ambiti non ancora coperti da rilevazioni sistematiche;
- all’adozione dell’approccio One Health;
- a supportare l’innovazione avanzata nella gestione dei dati sanitari attraverso strumenti di AI (Artificial Intelligence), Big Data e Machine Learning.

La raccolta, l’accesso, l’archiviazione, l’uso e il riutilizzo dei dati in ambito sanitario pongono evidentemente sfide specifiche, che devono essere affrontate all’interno di un quadro normativo che serva al meglio gli interessi e i diritti dei cittadini, in particolare per quanto riguarda il trattamento dei dati personali per fini secondari. Pertanto, uno dei primi passi che saranno attuati per liberare il potenziale di conoscenza che i dati sanitari contengono, e assicurarne la fruizione da parte delle Amministrazioni sanitarie (Ministero della salute ed Enti vigilati, Regioni e Aziende sanitarie), nonché del pubblico (cittadini, operatori sanitari e ricercatori), riguarda, appunto, interventi normativi utili a superare le attuali criticità d’uso, nella piena garanzia degli obblighi previsti dal Regolamento sul trattamento dei dati personali. La fruizione di dati e indicatori sarà quindi resa disponibile anche al pubblico attraverso la diffusione di Dati Aperti.

Inoltre, come noto, il Ministero della salute ha competenza in materia di salute umana e animale e il ruolo di coordinatore per la sorveglianza sanitaria della sicurezza alimentare. La maggior parte delle epidemie e delle pandemie che hanno e continuano a minacciare il mondo è di origine animale. L’attuale evoluzione tecnologica e digitale offre quindi l’opportunità per modernizzare e accelerare l’implementazione dell’approccio One Health rafforzando il processo di capacity building, facendo leva sull’uso dei dati e sviluppando strumenti analitici per rafforzare la conoscenza dei fenomeni. Il rafforzamento dell’infrastruttura del Ministero della

salute è quindi un'altra sfida principale per migliorare i sistemi di raccolta dati secondo l'approccio One Health.

Pertanto, nel PNRR è stato previsto l'investimento "Infrastruttura tecnologica del Ministero della salute e analisi dei dati e modello predittivo per garantire i LEA italiani e la sorveglianza e vigilanza sanitaria", che prevede:

- il potenziamento dell'infrastruttura tecnologica e applicativa del Ministero della salute;
- il miglioramento della raccolta, del processo e della produzione di dati NSIS a livello locale;
- lo sviluppo di strumenti di analisi avanzata per studiare fenomeni complessi e scenari predittivi al fine di migliorare la capacità di programmare i servizi sanitari e rilevare malattie emergenti;
- la creazione di una piattaforma nazionale dove domanda e offerta di servizi di telemedicina forniti da soggetti accreditati possano incontrarsi.

Prospettive future

La sfida maggiore di questo investimento riguarda gli sforzi che dovranno essere fatti per fornire ai cittadini le evidenze sui vantaggi derivanti dalla condivisione dei dati sanitari tra gli operatori sanitari per migliorare la cura e la prevenzione, nonché sulla sicurezza del trattamento che i loro dati sanitari riceveranno, incluse le misure di protezione e di esercizio dei propri diritti. Questo messaggio passerà anche evidenziando l'importante distinzione tra uso primario dei dati (per cura, riabilitazione e prevenzione) e uso secondario per finalità di ricerca e di governo. La fiducia di cittadini e operatori sanitari verso i nuovi strumenti di sanità digitale sarà quindi il vero traguardo da raggiungere.

9.7: Sviluppo delle competenze digitali e manageriali del personale del sistema sanitario

Principali evidenze relative al periodo di riferimento

Negli anni precedenti allo scoppio della pandemia da Covid-19 le politiche sanitarie del Paese sono state condizionate da esigenze di contenimento della spesa, tuttavia era già emersa chiaramente l'esigenza di interventi volti a garantire un Servizio sanitario nazionale (SSN) efficiente e sostenibile in grado di rispondere ai nuovi bisogni di salute emersi ancor più dopo la pandemia, all'evoluzione demografica e sociale, agli shock improvvisi, che potrebbero verificarsi. Tale ripensamento coinvolge tutte le risorse umane del SSN, sia la componente professionale, chiamata a ridefinire il concetto stesso di professionalità al fine di dare risposte adeguate ai pazienti, sia la componente gestionale, chiamata a un nuovo e reale ruolo gestionale, di supporto ai processi di cura e al raggiungimento degli obiettivi di salute. Per il raggiungimento di tali obiettivi è importante investire, oltre che sull'organizzazione

dei servizi, anche sul personale, in termini non solo numerici, ma anche di formazione, di sviluppo delle competenze, di valorizzazione, attraverso il miglioramento di tutti i percorsi formativi, implementando anche le competenze digitali. In particolare, è emersa l'esigenza di assicurare al sistema un numero di medici adeguato superando la nota questione del cosiddetto imbuto formativo, assicurando sia un congruo numero di borse per il corso di formazione specifica in medicina generale, sia un adeguato numero di contratti di formazione medico-specialistica.

Principali novità

In questo contesto, l'intervento prevede un piano di investimento nella formazione del personale, al fine di rafforzare l'efficacia, l'adeguatezza, la sicurezza e l'efficienza dei servizi assicurati dal SSN.

Si investirà nella formazione del personale sanitario in medicina di base e specialistica e nel rafforzamento delle competenze manageriali e digitali. Inoltre, sarà data attuazione a un piano straordinario di formazione sulle infezioni ospedaliere.

Il potenziamento delle competenze tecniche, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario avverrà attraverso un programma di assegnazione di borse di studio ed erogazione di corsi di formazione specifici da realizzare entro l'orizzonte del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Il costo complessivo di questi interventi è stimato in 0,74 miliardi di euro.

In particolare saranno finanziati:

- 2.700 borse aggiuntive di formazione in medicina generale; ogni primo anno di ciascuno dei trienni 2021-2024, 2022- 2025 e 2023-2026, con decreto del Ministro della salute, sulla base dei fabbisogni espressi dalle Regioni, saranno assegnate alle Regioni le risorse economiche per finanziare 900 borse di studio aggiuntive per l'intero ciclo di studi dei corsi di formazione specifica in medicina generale di durata triennale (per un totale di 2.700 borse aggiuntive);
- un piano straordinario di formazione sulle infezioni ospedaliere (con circa 150.000 partecipanti entro la fine del 2024 e circa 140.000 entro metà 2026);
- progetti formativi per lo sviluppo di percorsi di acquisizione di competenze manageriali e digitali per i manager e i middle manager del SSN: si prevede la formazione di 4.500 unità di personale entro giugno 2026. Il percorso formativo ha lo scopo di fornire e sviluppare competenze utili alla programmazione, alla realizzazione e alla gestione dei nuovi modelli assistenziali, nonché alla diffusione e al governo delle innovazioni digitali e tecnologiche (telemedicina, Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) ecc.) a supporto delle riforme in atto nel SSN. Il percorso formativo rappresenta anche un'opportunità di scambio tra i professionisti coinvolti, tra le

Aziende sanitarie e le Regioni. L'obiettivo è rappresentato, quindi, dall'accredimento e dalla qualificazione delle competenze, sul piano manageriale e gestionale, dei manager o middle manager del SSN, ai quali sono o potrebbero essere affidate responsabilità gestionali o di coordinamento anche nelle strutture intermedie (distretti, dipartimenti, presidi) e nei setting assistenziali territoriali (Case della Comunità, Centrali Operative Territoriali, Ospedali di Comunità ecc.) delle Aziende del SSN;

- 4.200 contratti di formazione medico-specialistica aggiuntivi, per un ciclo completo di studi (5 anni) per l'anno 2021. Tale azione, per l'anno 2021, ha consentito di incrementare considerevolmente il numero dei contratti di formazione specialistica rispetto ai contratti finanziabili con le sole risorse statali disponibili in base alle fonti normative vigenti. In sintesi, per l'anno 2021, ai 13.200 contratti statali finanziati con le risorse del Fondo Sanitario Nazionale, si sono aggiunti ulteriori 4.200 contratti finanziati dal PNRR, per un totale di 17.400 contratti statali di formazione specialistica, ossia 4.000 contratti in più rispetto ai 13.400 contratti statali assegnati nell'anno 2020 (+30% in termini percentuali), che stanno consentendo ad altrettanti laureati in medicina e chirurgia di proseguire il percorso formativo accedendo alla formazione post-laurea. L'aumento di 4.200 contratti rispetto ai 13.200 inizialmente previsti per l'anno accademico 2021 resosi possibile grazie ai fondi PNRR ha consentito, inoltre, non solo di soddisfare appieno il fabbisogno di medici specialisti espresso dalle Regioni e determinato con l'Accordo Stato-Regioni del 3 giugno 2021 (Rep. atti n. 76/CSR), ma anche di anticipare una quota parte del fabbisogno riferito all'accademico successivo, sanando il gap di professionisti creatosi negli ultimi anni, legato essenzialmente alle importanti fuoriuscite dal sistema per pensionamento e alle limitate risorse finanziarie che hanno condizionato in passato la disponibilità dei posti per la formazione post-laurea dei laureati in medicina e chirurgia.

Prospettive future

In breve, la questione del cosiddetto imbuto formativo può considerarsi ormai unicamente correlata a quanto avvenuto negli anni passati, ossia nel periodo in cui il numero di contratti di formazione specialistica, assieme a quello delle borse disponibili per il corso di formazione specifica in medicina generale, non era sufficiente a garantire il prosieguo del percorso formativo del medico neolaureato in medicina e chirurgia. Le misure descritte contribuiranno non solo a sanare il gap di professionisti creatosi negli ultimi anni, per le attività specialistiche ospedaliere, ma anche a rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (Case della Comunità e Ospedali di Comunità), all'assistenza domiciliare, alla telemedicina e all'integrazione con i servizi sociosanitari – previsti

nell'ambito delle misure attuative del PNRR stesso – garantendo la presa in carico della persona e in particolare del paziente cronico tipicamente multi-patologico.

9.8: C.2.6. Integrazione sociosanitaria e assistenza di comunità

La salute, come definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), non può essere intesa come mera assenza di malattia o infermità, quanto piuttosto come stato di totale benessere fisico, mentale e sociale. I servizi sanitari non possono e non devono limitarsi, pertanto, all'erogazione di prestazioni cliniche, ma programmare e organizzare i servizi nell'ottica della presa in carico personalizzata. L'integrazione sociosanitaria, in questo senso, mira al coordinamento tra gli interventi sanitari e quelli di natura sociale per far fronte a bisogni di salute complessi.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), e in particolare la Missione 6 Salute Componente 1 (M6 C1), individua interventi diretti a garantire il sostegno, l'assistenza e l'inclusione alle persone più vulnerabili. Obiettivo della M6 C1 è il potenziamento dell'assistenza territoriale attraverso strutture e modelli organizzativi innovativi che pongono la persona nel suo ambiente di vita al centro del sistema, sostenendo l'implementazione dell'assistenza domiciliare al fine di evitare quanto più possibile i processi di istituzionalizzazione. Tutti questi elementi sono stati normati nel documento "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio sanitario nazionale", allegato alla riforma di settore prevista linee di indirizzo per l'organizzazione dell'assistenza territoriale, contesto in cui i bisogni di tipo sanitario e di tipo sociale si intersecano e sovrappongono in modo spesso indissolubile, con necessità di intervento duplice per rispondere alle necessità del cittadino.

Il Distretto Sanitario, in stretta relazione con gli Enti locali, è l'articolazione organizzativo-funzionale dell'azienda sanitaria sul territorio che gestisce e coordina la rete dei servizi sociosanitari e sanitari territoriali e si fa garante dell'equità di accesso e della salute delle comunità che insistono nel proprio ambito. In modo particolare, le Case della Comunità (CdC) rappresentano il luogo privilegiato di tale integrazione ove i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria e sociosanitaria secondo un modello organizzativo di assistenza di prossimità. Le CdC prevedono strutturalmente la presenza e un'attiva partecipazione dell'assistente sociale alle attività dell'equipe multidisciplinare con un Punto Unico di Accesso che, data la funzione di assistenza al pubblico e di supporto amministrativo-organizzativo ai pazienti, rappresenta la possibilità e la garanzia di accesso unitario ai servizi sanitari. Nella CdC, inoltre, la comunità degli assistiti non è solo destinataria di servizi, ma è parte attiva nella valorizzazione delle competenze presenti all'interno della comunità stessa.

La dimensione sociale dell'assistito deve essere considerata e valutata in maniera integrata ai bisogni sanitari per un'appropriata presa in carico, soprattutto per soggetti più vulnerabili, nella loro dimensione individuale e familiare. Il miglioramento

dello stato di salute degli individui passa attraverso il coinvolgimento diretto del paziente, della famiglia, della comunità e del terzo settore nelle attività di presa in carico, sia domiciliare sia nelle strutture dedicate, intervenendo sui principali fattori di rischio individuali e collettivi. L'obiettivo di una sempre più stretta collaborazione tra sfera sociale e sanitaria è quindi assicurare l'autonomia e l'indipendenza della persona nel contesto in cui vive.

La presa in carico multidimensionale sociosanitaria, la definizione di nuovi modelli di assistenza e la semplificazione dell'accesso ai servizi sanitari sono tre fondamenti sui quali si articola la riorganizzazione dell'assistenza territoriale promossa dal PNRR, il cui obiettivo principale e di lungo periodo è il miglioramento della qualità di vita e dello stato di salute di tutta la popolazione attraverso la realizzazione dei paradigmi di equità, accessibilità e personalizzazione delle cure.

9.9: C1.3.2 Modelli previsionali: Infrastruttura tecnologica del Ministero della salute e analisi dei dati, modello predittivo per la vigilanza LEA

Principali evidenze relative al periodo di riferimento

Modello predittivo

La sostenibilità è la sfida che il Servizio sanitario nazionale (SSN) è chiamato ad affrontare nei prossimi anni, ossia la capacità di assicurare il mantenimento del principio di universalità del sistema tenendo sotto controllo le risorse impiegate. I trend demografici ed epidemiologici in atto indicano come l'invecchiamento della popolazione e il conseguente aumento delle cronicità, nonché di una radicale modifica dei bisogni, determinino nuova domanda di salute e modifiche alla relativa spesa cui i sistemi sanitari di welfare dovranno dare una risposta.

È essenziale disporre di metodologie e strumenti atti a costruire scenari prospettici utili a definire una politica sanitaria che tenga al cambiamento del sistema e i numerosi vincoli esistenti. Con questa consapevolezza la Direzione generale della programmazione sanitaria sta lavorando alla costruzione del futuro "Modello predittivo del SSN".

Il progetto di un Modello predittivo del SSN nasce nell'ambito del progetto "Analisi fattori di produzione per resilienza e sviluppo del SSN" finanziato attraverso risorse del PON Governance e Capacità Istituzionale (PON GOV) 2014-2020. Non ha precedenti in Italia o nel panorama internazionale e ha l'obiettivo di costruire un modello previsionale del fabbisogno di salute della popolazione italiana e di spesa sanitaria in grado, anche attraverso l'uso delle nuove tecnologie fondate sul machine learning e sull'intelligenza artificiale, di simulare diversi scenari per supportare le scelte di programmazione sanitaria e la corretta distribuzione delle risorse, rendendole maggiormente coerenti con i trend in atto e tutelando la sostenibilità del sistema.

Con questo percorso di fatto si vuole imprimere un cambio di rotta della programmazione sanitaria attraverso un modello che pone alla base delle policy sanitarie

una lettura orizzontale per “patologia” del fabbisogno di assistenza e della relativa spesa sanitaria, che si affianca alla tradizionale lettura verticale per “silos” basata sul monitoraggio dei fattori produttivi per aree di assistenza, consentendo una visione complessiva del costo delle malattie.

Principali novità

Fasi del progetto

Tre le fasi progettuali del Modello predittivo, la prima, conclusa nel novembre 2022, ha definito una prima versione prototipale di modello, prodromica alla stesura del Decreto Ministeriale (art. 7 del DL 34/2020 in materia di procedure di trattamento dei dati individuali del patrimonio informativo del SSN per finalità predittive). La seconda fase, da concludere nel 2022, è finalizzata a realizzare una seconda versione prototipale per arricchire e completare l'impianto metodologico originario (da concludere nel 2022). L'ultima fase completa la realizzazione di un potente strumento di simulazione e predizione integrato all'interno di un data lake appositamente realizzato all'interno dell'infrastruttura del Ministero della salute (avvio a fine 2022). Quest'ultima fase è stata inserita all'interno delle iniziative di rafforzamento del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Missione 6 Salute – Component 2 (Innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN) e finanziata con l'investimento “1.3.2 Infrastruttura tecnologica del Ministero della salute e analisi dei dati, modello predittivo per la vigilanza LEA”.

Metodologia

Il progetto si basa su un modello di classificazione delle patologie e di stratificazione della popolazione cronica che si implementa attraverso un algoritmo capace di intercettare la condizione cronica dell'assistito attraverso le interazioni con il SSN: prestazioni ospedaliere, ambulatoriali e territoriali, consumi farmaceutici, eventuali esenzioni per patologia.

Queste informazioni permettono di costruire scenari di simulazione a medio-lungo termine utili a prevedere l'evoluzione del fabbisogno di salute della popolazione italiana e di spesa. Il modello ha una solida base clinica e di validazione scientifica: è stato istituito un Laboratorio clinico-scientifico, coinvolgendo oltre 20 Società medico-scientifiche, e individuato 9 aree patologiche: cardiologia, diabetologia, nefrologia, neurologia, oncologia, pneumologia, reumatologia, psichiatria, ematologia. È stato elaborato un primo algoritmo di classificazione, che consente di misurare, su dati di real world, la prevalenza delle patologie e i costi associati. È pronto per essere alimentato, non appena sarà completato il percorso di validazione con il Garante per la protezione dei dati personali.

Al contempo, si sta costruendo una seconda versione di algoritmo, che sarà in gra-

do di implementare il modello di stratificazione del rischio relativamente ai bisogni socio-assistenziali della persona, coerentemente con il Decreto in bozza relativo ai “Modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza nel territorio” (DM 71).

Scenari

Una volta costruito il modello di stratificazione della popolazione, il modello elabora uno scenario base – “scenario tendenziale” – per quantificare l’evoluzione del fabbisogno di salute della popolazione in condizioni inerziali, ossia in assenza di manovre e considerando il solo impatto dei trend demografici, epidemiologici e tecnologici in atto. Una prima ipotesi si basa sulla proiezione dei profili patologici identificati dal modello di stratificazione sulla base dell’evoluzione della popolazione e della prevalenza delle patologie, nell’orizzonte temporale di 20 anni secondo quanto previsto dal Modulo Demografico (valutazione dell’evoluzione della popolazione tramite prevalenza costante delle patologie) e dal Modulo Epidemiologico e Stili di Vita (valutazione dell’evoluzione della prevalenza ed eventuali logiche di consolidamento).

A partire dallo scenario tendenziale, il modello prevede poi la costruzione e l’integrazione di uno “scenario programmatico”, che consentirà l’applicazione di possibili shock allo scenario tendenziale causati da fattori esogeni come politiche di prevenzione, stili di vita, farmaci e percorsi di cura innovativi, pandemie o calamità.

Prospettive future

Risultati preliminari

A oggi è stata disegnata la “mappa” logica del Modello e individuati i principali trend e delle variabili di scenario di natura socioeconomica, demografica ed epidemiologica che influenzano il fabbisogno di assistenza e i relativi costi; è stato effettuato lo studio dei principali modelli predittivi e/o di stratificazione della popolazione sviluppati in ambito regionale, accademico e internazionale e costruito il prototipo di modello di stratificazione della popolazione predisposto per essere alimentato dai flussi NSIS; infine, è stato definito lo scenario tendenziale oltre che una prima analisi dei nuovi moduli costituenti lo scenario programmatico.

La progettualità si inserisce pienamente nel programma per la salute promosso dalla Commissione Europea EU4 Health 2021- 2027 – per gli aspetti inerenti lo *European Health Data Space* o spazio comune europeo dei dati sanitari. La Commissione, adottando misure legislative e soluzioni tecnologiche innovative *ad hoc* in materia di circolazione e interoperabilità dei dati sanitari, intende: promuovere lo scambio sicuro dei dati dei pazienti e il controllo dei cittadini sui loro dati sanitari; sostenere la ricerca su terapie, medicinali, dispositivi medici e risultati; incoraggiare l’accesso ai dati sanitari e il loro utilizzo per la ricerca.

Lo spazio europeo dei dati sanitari poggerà su tre pilastri principali:

- un solido sistema di gestione dei dati e di norme per lo scambio dei dati;
- la qualità dei dati;
- una solida rete di infrastrutture e di interoperabilità.

Ciò favorirà auspicabilmente l'elaborazione delle politiche e la regolamentazione, con un quadro di governance affidabile e il rispetto delle norme in materia di protezione dei dati, sosterrà i servizi sanitari digitali e chiarirà gli aspetti riguardanti la sicurezza e la responsabilità dell'intelligenza artificiale in materia di salute.

Si tratta, dunque, di un ambizioso percorso di trasformazione dei dati in informazioni utili a migliorare la resilienza del SSN, in cui saranno fondamentali il supporto e la collaborazione del Garante per la protezione dei dati personali, per raggiungere il miglior trade off tra le necessarie e doverose esigenze di tutela della privacy e una straordinaria e altrettanto doverosa e imperdibile opportunità di ammodernamento della governance di uno dei migliori servizi sanitari al mondo.



CAPITOLO II

Gli attori

10. La burocrazia

Non è uno dei classici attori, tuttavia ne è sicuramente uno dei principali.

Da quando è stata introdotta l'aziendalizzazione della sanità pubblica, le strutture ospedaliere sono finanziate attraverso il sistema dei DRG (diagnosis-related group), ovvero raggruppamento omogeneo di diagnosi, un sistema che permette di classificare tutti i pazienti dimessi da un ospedale (ricoverati in regime ordinario o day hospital) in gruppi omogenei per assorbimento di risorse impegnate e quindi di costi sostenuti dall'azienda; costi poi rimborsati dalla Regione di appartenenza. Le prestazioni ambulatoriali, cliniche o strumentali, invece, hanno avuto una specifica valorizzazione che viene poi corrisposta dalla Regione all'azienda sanitaria erogatrice. (Talarico, 2022)

Da ciò ne consegue che tante più prestazioni vengono erogate, tanti più ricoveri vengono effettuati, tanto più alto è il valore delle singole prestazioni erogate, tanto maggiore sarà la cifra che la struttura sanitaria riceverà dalla Regione per il servizio svolto al cittadino.

Questo sistema prevede che nessuna azione/atto/procedura amministrativa produca ricavo diretto per la struttura sanitaria. Così, anche il lavoro svolto dal personale amministrativo afferente alla struttura sanitaria non ha una valorizzazione specifica e non produce ricavo diretto per l'azienda sanitaria, sebbene il lavoro amministrativo sia ovviamente necessario ed indispensabile per il funzionamento dell'azienda stessa.

Viene da sé, quindi, che solo il lavoro svolto da medici, infermieri, tecnici, fisioterapisti produce ricavo economico diretto per la Struttura, attraverso la valorizzazione delle prestazioni sanitarie erogate ai cittadini e dei ricoveri effettuati.

Organizzare il lavoro di queste figure professionali in modo tale che queste possano svolgere il loro compito lavorativo, e solo quello, per tutto il tempo contrattualmente previsto di servizio presso l'azienda, avrebbe come risultato la massima redditività di detto lavoro.

Ma nelle aziende sanitarie pubbliche (tutte grandi aziende per numero di dipendenti, normalmente le più grandi di tutta la provincia), non è proprio così: medici, infermieri, tecnici, fisioterapisti hanno visto progressivamente aumentare il carico burocratico-amministrativo relativo al loro lavoro, carico ricadente prevalentemente sulle loro spalle e solo in minima parte avente necessità di competenze specifiche. Pertanto, una porzione più o meno sostanziosa, a seconda dei casi, del loro orario di servizio è destinato all'assistenza sanitaria vera e propria, la rimanente parte alle incombenze amministrative.

Ad oggi non risulta esistere un vero studio sui costi di tale modello organizzativo sanitario, comprensivo anche del mancato guadagno legato alla non attività come produttori di reddito da parte delle indicate figure professionali ed è singolare come a fronte di numerosi studi e ricerche condotte a livello internazionale, sia di

management che di psicologia del lavoro che confermino la necessità di perseguire una adeguata politica di motivazione al lavoro, quale fattore chiave della produttività, le aziende ospedaliere, ma forse gran parte della Pubblica Amministrazione italiana, non prenda in adeguata considerazione questo rilevante e qualificante fattore produttivo.

Eppure stiamo parlando di professionisti che si dedicano al bene più prezioso: la salute e la vita delle persone.

<<La burocrazia protegge le aziende inefficienti, aziende che non hanno prospettive di sviluppo e nella maggior parte dei casi scaricano i costi sui clienti>>. Così Sergio Marchionne intendeva quelle che da “regole del gioco” si sono man mano trasformate in ostacoli che si frappongono spesso tra gli obiettivi posti e la loro realizzazione.

L'apparato burocratico è un fattore sistematico critico, tale da condizionare la crescita organizzativa, economico-finanziaria e la complessiva competitività del Sistema Sanitario. Il peso della burocrazia, appunto, diventa tanto insostenibile quanto più diventa difficile capirne la ragione, soprattutto per i cittadini, per gli operatori e per gli operatori economici che lavorano con le Aziende Sanitarie. Quella burocrazia che appesantisce i processi, fino a renderne improduttivi i cambiamenti immaginati o addirittura superflui e dannosi.

Le regole del gioco della macchina amministrativa statale, e più nello specifico delle Organizzazioni sanitarie, si fanno sempre più tortuose e complicate: i mancati pagamenti, la lentezza della giustizia civile e amministrativa, il deficit infrastrutturale, gli sprechi nella Pubblica amministrazione, restano una spina nel fianco dell'economia italiana. Secondo uno studio condotto da Fiaso e Cnr, il 52,2% del top e middle management ritiene il carico burocratico molto pesante e il 40,4% abbastanza pesante (dati pre-Covid). L'Ufficio studi della CGIA, in un recente report, ha stimato che il cattivo funzionamento dell'intero apparato burocratico graverebbe su famiglie e imprese per almeno 225 miliardi di euro all'anno: a titolo esemplificativo, si tratterebbe di una cifra che rappresenta circa il doppio dell'intero Fondo Sanitario nazionale annuale che lo Stato mette a disposizione delle Regioni per il funzionamento di tutti i SSR. Si tratta di una stima, ovviamente, che impatterebbe sul PIL nazionale per circa 11 punti percentuali, inoltre rapportandolo al solo finanziamento del SSN la burocrazia grava per oltre 17,5 miliardi l'anno sui costi pari all'1,1% del PIL nazionale.

Il covid è stato senza dubbio un forte acceleratore di cambiamento ed ha dimostrato che se si vuole raggiungere un obiettivo in fretta, lo si può fare anche rispettando le regole, ma velocizzando la filiera nella capacità di risposta. In un'amministrazione pubblica “la burocrazia”, quella “sana”, è un fattore di garanzia perché consente attraverso un sistema ordinato e proceduralizzato di tracciare le decisioni assunte ed i relativi atti. Ma tutto questo non deve appesan-

tire ed ostacolare “l’efficienza” nelle sue diverse dimensioni (operativa, organizzativa, economico-finanziaria, di valutazione e controllo ecc.). D’altronde spesso per i cittadini burocrazia significa difficoltà di accesso, mancanza di informazioni ed orientamento nei servizi, diseguità nell’approccio clinico-terapeutico, e per ovviare a tutto ciò, non si deve agire solo sulle norme, ma bisogna agire soprattutto sulla progettazione, organizzazione e gestione dei servizi. Vi è senz’altro una grande resistenza al cambiamento, che è il vero ostacolo per una semplificazione e snellimento massiccio di processi e procedure. In questo momento i manager delle Aziende Sanitarie sono stretti tra un “regionalismo” che dopo la modifica del Titolo V ha pieni poteri sul modello di funzionamento delle Aziende e sulla necessità di raggiungere i risultati previsti dai rispettivi programmi di governo regionale, e il “centrismo” dello Stato” che attraverso norme generali, decreti e regolamenti, indipendentemente dal quadro di finanziamento economico e di copertura dei programmi, chiede alle aziende di ottemperare alle disposizioni nazionali. Spesso la concomitanza di queste due forze, (non sempre coerenti tra loro), produce stallo, instabilità, contraddittorietà e non convergenza delle decisioni da adottare, deresponsabilizzazione, con il risultato che crescono a dismisura gli “ostacoli” e cioè gli strumenti burocratici per creare procedure interpretative, verifiche procedurali ecc. In realtà quello che serve è una forte spinta all’innovazione e al cambiamento/risultato; c’è bisogno di un management capace non solo di elencare ciò che deve essere fatto, ma di poter decidere anche il come, quando e con quali criteri.

La tecnologia, da questo punto di vista, dovrebbe sostenere un miglioramento della complessiva offerta dei servizi pubblici erogata dalle Aziende Sanitarie soprattutto per i cittadini. La transizione digitale, con la profonda spinta alla digitalizzazione, sta favorendo l’adozione di piattaforme abilitanti per i servizi pubblici digitali.

Il numero di identità digitali emesse (Spid) è di 35,5 milioni di utenze, circa 32 milioni sono le Carte d’Identità Elettroniche, oltre 332 milioni di transazioni per 60 miliardi di euro nel 2022 su PagoPA, piattaforma digitale per pagare i servizi pubblici in modo efficiente.

Il miglioramento dei processi con cui la Pubblica Amministrazione parla con i cittadini, e il conseguente flusso di comunicazione peer-to-peer dovrebbe quindi essere favorito dall’utilizzo di strumenti innovativi, già largamente utilizzati nella quotidianità delle persone.

L’innovazione deve procedere di pari passo con il rafforzamento delle competenze del personale della pubblica amministrazione. La transizione digitale, dopotutto, è un procedimento lungo e continuo che si rinnova quotidianamente. Ciò deve portare le Organizzazioni sanitarie a strutturare percorsi formativi continui che consentano a tutti i dipendenti di poter affrontare con serenità e preparazione la tecnologia, soprattutto in funzione del miglioramento del rapporto con i cittadini e per il

superamento dei pesanti vincoli burocratici.

È quindi necessaria un'inversione di tendenza. Purtroppo, negli ultimi anni gli investimenti per la formazione dei dipendenti pubblici sono diminuiti: secondo i dati del 2019, le risorse stanziare sono state di circa 163,7 milioni di euro, 110 milioni in meno rispetto a 10 anni prima, per una media di 1,2 giorni di formazione all'anno. Un aggiornamento professionale che si concentra su competenze tecnico specialistiche e giuridico-normative, e che lascia poco spazio a quelle digitali e di project management.

Dal punto di vista sanitario, poi, è stato lo stesso Ministro della Salute Schillaci a ricordare che la durata media della visita di un medico italiano è di solo 9 minuti. Questo perché, nel complessivo atto medico, sono tante le "incombenze" a cui il professionista è tenuto a rispondere. La burocrazia, in questo senso, costringe il professionista sanitario a prestare più attenzione agli aspetti "adempimentali" dell'anamnesi, della medicina difensiva, della compilazione dei piani terapeutici e dei registri (che perdono il loro scopo ben preciso se diventano "burocrazia") che al paziente stesso, il tutto a discapito dell'umanizzazione delle cure a causa del carico burocratico delle volte solo fine a se stesso. Allo stato, infatti, si sono stratificate una serie di norme che hanno creato molti adempimenti spesso di carattere meramente formale, che non hanno implicazioni sostanziali sull'azione del professionista sanitario. Le norme sugli appalti e sui contratti, quelle sulla sicurezza e sulla privacy, i piani triennali per la prevenzione della corruzione e la trasparenza, il contenzioso amministrativo e quello legato alle prestazioni sanitarie hanno fortemente incrementato le responsabilità formali e i conseguenti rischi per i dirigenti delle organizzazioni sanitarie ai vari livelli; questo mentre gli accorpamenti e le fusioni di strutture hanno aumentato in contemporanea l'entità dei processi da governare, in un clima spesso di sfiducia che coinvolge le diverse categorie professionali che non si sentono pienamente riconosciute nel rispettivo merito e impegno. Quelle stesse riorganizzazioni che aprono prospettive affascinanti per i manager del cambiamento sono state spesso pensate e giustificate nell'ottica di risparmi sul numero di posizioni dirigenziali e sulle rispettive remunerazioni, quasi all'antitesi dell'idea di investire nel management come risorsa di innovazione. C'è in questo il rischio di una regressione proprio nel senso di un management che si chiude, ritorna a comportamenti che privilegiano la conformità per tutelarsi dai rischi inerenti alle diverse forme di responsabilità, una sorta di 'burocrazia difensiva', parallela alla 'medicina difensiva'.

Potremmo essere quindi di fronte a un bivio tra due diversi possibili percorsi del futuro sistema dei servizi sanitari: una prospettiva evolutiva, che lo pone all'altezza delle organizzazioni più avanzate nel mondo; e una regressiva, di involuzione burocratica. Il comportamento del management può rivelarsi determinante in un senso o nell'altro.

11. Il paziente cronico, fragile e disabile

Gli obiettivi di cura nei pazienti con cronicità, non potendo essere rivolti alla guarigione, sono finalizzati al miglioramento del quadro clinico e dello stato funzionale, alla minimizzazione della sintomatologia, alla prevenzione della disabilità e al miglioramento della qualità di vita.

Per realizzarli è necessaria una corretta gestione del malato e la definizione di nuovi percorsi assistenziali che siano in grado di prendere in carico il paziente nel lungo termine, prevenire e contenere la disabilità, garantire la continuità assistenziale e l'integrazione degli interventi sociosanitari.

Il paziente fragile è una persona, solitamente anziana, che vive una condizione in cui coesistono altre patologie, spesso croniche, che richiedono l'uso contemporaneo di diverse terapie farmacologiche (politerapia), insieme a disabilità e a problematiche sociali. Paziente quindi con bisogni sanitari complessi e che ha necessità di cure multidisciplinari.

Prevenire le patologie dell'invecchiamento e assicurare adeguati livelli assistenziali alle persone fragili costituiscono due obiettivi imprescindibili delle moderne politiche di welfare che richiedono un'attenzione ancor più specifica poiché le esigenze assistenziali non sono determinate solamente da fattori legati alle condizioni cliniche, ma anche da altri determinanti (status sociofamiliare, ambientale, accessibilità alle cure ecc.).

La presenza di pluripatologie richiede l'intervento di diverse figure professionali ma c'è il rischio che i singoli professionisti intervengano in modo frammentario, focalizzando l'intervento più sul trattamento della malattia che sulla gestione del malato nella sua interezza, dando talvolta origine a soluzioni contrastanti, con possibili duplicazioni diagnostiche e terapeutiche che contribuiscano all'aumento della spesa sanitaria e rendano difficoltosa la partecipazione del paziente al processo di cura.

Inoltre, la prescrizione di trattamenti farmacologici multipli, spesso di lunga durata e somministrati con schemi terapeutici complessi e di difficile gestione, può ridurre la compliance, aumentare il rischio di prescrizioni inappropriate, interazioni farmacologiche e reazioni avverse. Infine, questi pazienti hanno un rischio maggiore di outcome negativi, quali aumento della morbilità, aumentata frequenza e durata di ospedalizzazione, aumentato rischio di disabilità e non autosufficienza, peggiore qualità di vita e aumento della mortalità.

La stessa definizione OMS di malattia cronica ("problemi di salute che richiedano un trattamento continuo durante un periodo di tempo da anni a decenni") fa chiaro riferimento all'impegno di risorse, umane, gestionali ed economiche, in termini sia di costi diretti (ospedalizzazione, farmaci, assistenza medica ecc.) che indiretti (mortalità prematura, disabilità nel lungo termine, ridotta qualità di vita ecc.), necessarie per il loro controllo.

Si stima che circa il 70-80% delle risorse sanitarie a livello mondiale sia oggi speso

per la gestione delle malattie croniche; il dato diviene ancora più preoccupante alla luce delle più recenti proiezioni epidemiologiche, secondo cui nel 2020 esse rappresenteranno l'80% di tutte le patologie nel mondo.

Nella regione europea dell'OMS, malattie come lo scompenso cardiaco, l'insufficienza respiratoria, i disturbi del sonno, il diabete, l'obesità, la depressione, la demenza, l'ipertensione, colpiscono l'80% delle persone oltre i 65 anni e spesso si verificano contemporaneamente nello stesso individuo. Ed entro il 2060 si prevede che il numero di Europei con età superiore a 65 anni aumenti da 88 a 152 milioni, con una popolazione anziana doppia di quella sotto i 15 anni.

I dati indicano inoltre come all'avanzare dell'età le malattie croniche diventano la principale causa di morbilità, disabilità e mortalità, e gran parte delle cure e dell'assistenza si concentra negli ultimi anni di vita. Inoltre si è osservato che le disuguaglianze sociali sono uno dei fattori più importanti nel determinare le condizioni di salute. Tuttavia per molte di esse può essere utile un'attività di prevenzione che agisca sui fattori di rischio comuni: uso di tabacco e alcol, cattiva alimentazione e inattività fisica. La cronicità, infine, è associata al declino di aspetti della vita come l'autonomia, la mobilità, la capacità funzionale e la vita di relazione con conseguente aumento di stress psicologico, ospedalizzazioni, uso di risorse (sanitarie, sociali, assistenziali) e mortalità. Secondo dati ISTAT, 2.600.000 persone vivono in condizione di disabilità in Italia (4,8 % della popolazione, totale, 44,5 % nella fascia di età >80 anni) e ciò testimonia una trasformazione radicale nell'epidemiologia del nostro Paese. In Europa si stima che le malattie croniche, nel complesso, siano responsabili dell'86% di tutti i decessi e di una spesa sanitaria valutabile intorno ai 700 miliardi di Euro per anno.

In questo quadro è evidente come in tema di equità della salute, il Sistema di welfare nazionale – anche sull'onda delle nuove professionalità e della riforma complessiva dichiarata all'interno delle Missioni 5 e 6 del PNRR – deve poter superare la frammentazione dell'assistenza principalmente per le persone fragili e per quelle affette da patologie croniche che determinano enormi ricadute anche sulle condizioni abitative, reddituali, di salute e benessere.

Soprattutto negli ultimi anni, considerata la crisi economica, la pandemia e le conseguenze economiche del conflitto russo-ucraino, si sta assistendo ad una riduzione dell'area di copertura e di tutela della sanità pubblica e di accesso alle prestazioni, soprattutto per le fasce di popolazione più vulnerabili e fragili. Insieme alle fasce deboli anche la classe media sta subendo i maggiori contraccolpi di questo processo. L'obiettivo è quello di creare modelli standardizzati e integrati di assistenza in risposta al numero crescente di persone che vivono con bisogni sanitari complessi e rischiano di ricevere cure inappropriate. Infatti, "se le case dove abitiamo sono adatte, è più efficace spostare lì i servizi – soprattutto quelli sociosanitari – che costringere le persone a ripetuti cambiamenti nelle fasi più delicate della loro esistenza". (The Danish Ministry of

Housing, Urban and Rural Affairs. Factsheet on housing for the elderly). La casa come primo luogo di cura, paradigma che è diventato mantra all'interno del Piano di Ripresa e Resilienza, è appunto questo: l'integrazione dell'assistenza socio-sanitaria a livello istituzionale e professionale per migliorare l'esperienza di cura della persona, superando la logica a silos tra i sistemi nell'assistenza sanitaria e sociale. Le parole chiave che definiscono questo modello sono insite in concetti come ambiente, flessibilità e adattabilità. Questo modello di risposta ai bisogni di salute, soprattutto per le fasce di popolazione più fragili ed esposte alle conseguenze fisiche ed economico-sociali, consente di ottimizzare l'assistenza dal punto di vista della prossimità e dell'assistenza così come risparmiare, dal punto di vista economico, fino al 4% della spesa sanitaria globale (Rapporto OCSE 2023, "Integrating Care to Prevent and Manage Chronic Diseases. Best Practices in Public Health"). Le persone che hanno esigenze sanitarie complesse (come i pazienti con una condizione cronica, i disabili e i pazienti fragili), richiedono cure da diversi provider assistenziali e in più contesti sanitari e sociali. Il PNRR prova a realizzare quanto previsto dalla normativa nazionale e forse mai realmente compiuto, basti pensare alla Legge 328 e alle tre riforme sanitarie, ottimizzando anche tramite l'utilizzo della tecnologia un'adeguata integrazione istituzionale e assistenziale nel campo dell'assistenza ai malati cronici, fragili e disabili. Si è nella condizione, anche dal punto di vista economico-finanziario, di non poter fornire "tutto a tutti", ma di dover fornire "tutto a chi ne ha bisogno". Infatti, per il tema delle fragilità, è il Sistema Salute che deve orientare ed accompagnare, prendendole in carico, le persone all'interno di percorsi specifici di soddisfacimento dei bisogni, evitando l'utilizzo di servizi eccessivi e in maniera non organica rispetto alla patologia.

Dal lato dei professionisti, dunque, vi è la necessità di sviluppare percorsi formativi dedicati agli operatori sanitari e sociali, innovative competenze hard e soft e la promozione di nuovi ruoli professionali che supportino l'integrazione dell'assistenza. Percorsi formativi e di accrescimento delle competenze anche per i pazienti e per i loro caregiver, tali da promuovere la consapevolezza dell'utilizzo degli strumenti digitali e delle attività d'inclusione digitale rivolte alle popolazioni vulnerabili.

È evidente, inoltre, che accanto allo sviluppo dell'assistenza a domicilio, bisogna sviluppare altre forme di prevenzione e cura utili ad aiutare i pazienti fragili a migliorare le condizioni di vita e di salute. Si dovrà lavorare per garantire a chi subisce condizioni di difficoltà dal punto di vista sanitario e sociale, una situazione abitativa adeguata, accessibile e sicura con servizi sociosanitari di prossimità e che garantisca un legame costante con il proprio vissuto e gli affetti.

Del resto, i cambiamenti epidemiologici e demografici in atto costringono le organizzazioni a modificarsi verso un modello di salute d'iniziativa, proattivo e di prossimità, tale da garantire al paziente, soprattutto se anziano e fragile, interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio. Modelli dove gli operatori sanitari e sociosanitari, volontariato e istituzioni rappresentano il collegamento fra residenti e servizi.

12. Il medico di base (medico di famiglia e pediatra di libera scelta)

“Prevenire è meglio che curare” non è un luogo comune bensì la mentalità che dovremmo perseguire durante la nostra vita. Perché la salute è ciò che permette di realizzare qualsiasi disegno abbiamo pianificato per il nostro futuro e, quando la condizione di benessere viene meno, le priorità cambiano e i progetti di realizzazione personale sembrano frantumarsi.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la **salute** come uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale. Medicine e terapie sono strumenti inevitabili per combattere le malattie, ma il rimedio migliore rimane la **prevenzione**.

Il **rapporto con il medico di famiglia** ed il **pediatra di libera scelta** giocano un ruolo essenziale sia nella prevenzione sia nella terapia di patologie in corso.

Qual è il ruolo del medico di base?

Ha il compito di interpretare i sintomi riferiti dal paziente e di indirizzarlo a una diagnosi attraverso una visita, esami diagnostici, esami ematochimici, prescrizione di una terapia e, se serve, di consigliare visite specialistiche.

Ha anche il compito di **prescrivere i farmaci** che i suoi assistiti assumono con costanza, di fare loro certificati, vaccini, medicare ferite, misurare la pressione. Deve avere competenze tali da carpire e riconoscere un problema già dai primi sintomi, deve avere un certo grado di sensibilità e delicatezza nel dialogo con il paziente e nel comunicare anche notizie poco piacevoli. Deve essere in grado di mettere a proprio agio il paziente in ogni occasione, anche quando ha bisogno di esporre problemi più intimi.

Deve garantire, ai propri pazienti, la **continuità dell'assistenza sanitaria** e, nel caso in cui dovesse assentarsi, incaricare un sostituto.

E' fondamentale che rediga un'anamnesi dei propri assistiti. Nel suo schedario, infatti, conserva la **cartella** relativa a ogni paziente, aggiornandola di volta in volta, inserendo esiti di esami diagnostici, ricoveri o visite specialistiche. In tal modo, il medico di base conserva la storia clinica, completa e sempre aggiornata, del proprio assistito.

I pazienti impossibilitati fisicamente, a causa di motivi di salute, a recarsi presso lo studio medico, possono usufruire della **visita a domicilio** che spetta loro di diritto.

Come scegliere il medico di base?

La **scelta del medico di base o del pediatra di libera scelta** è importante perché il paziente deve sentirsi a proprio agio con il medico, per questo motivo prima di scegliere sarebbe opportuno recarsi dallo stesso per conoscerlo, informarsi sulla sua disponibilità, conoscere gli orari di ricevimento e avere un primo impatto, che seppur superficiale, può ispirare la fiducia, o meno, nei suoi confronti.

Il **rapporto tra medico e paziente** si basa sulla fiducia e sul rispetto reciproco, in caso contrario il paziente può cambiare medico ma, anche quest'ultimo potrebbe decidere di non seguire più il proprio paziente revocandolo dalla lista dei

suoi assistiti. In questo caso il paziente sarà invitato dall'ASL a scegliere un altro medico di base.

La **comunicazione tra medico di base e paziente** è essenziale. Il paziente deve sentirsi a proprio agio e non provare imbarazzo nell'espone i suoi problemi. Inoltre, deve essere certo che il proprio medico agisca nel rispetto della privacy.

Il medico di famiglia deve anche avere una certa empatia e capire la personalità del paziente che può essere più o meno apprensivo e disposto a conoscere in toto ciò che lo aspetta, in relazione allo stato di salute. Il coinvolgimento emotivo del medico di base è imprescindibile e fondamentale.

Esistono, all'interno delle diverse professioni che popolano il complesso mondo sanitario (oltre 20 profili nel nostro caso), competenze in parte sovrapposte che generano conflitti di titolarità e che spesso devono essere affrontati in sede di regolazione ministeriale o per via di contenzioso legale.

Fino al 1999, anno in cui la legge 42 e i successivi decreti ministeriali, abrogando il mansionario, hanno istituito le 20 professioni sanitarie con propri ambiti di autonomia professionale e connesse responsabilità. Fino ad allora l'unica professione esistente e legalmente riconosciuta era quella del medico; le altre attività sanitarie venivano definite arti ausiliari.

I medici, in ogni caso, nonostante il riconoscimento giuridico delle altre professioni, mantengono sia la responsabilità dei propri atti, sia quella complessiva dell'intero processo di cura, quando questo viene eseguito in strutture sanitarie organizzate. All'interno di questo mondo, e indipendentemente dalle obbligazioni di legge, esiste tuttavia una altrettanto evidente compartimentazione delle attività svolte dai diversi professionisti medici. In particolare i medici di base ed i pediatri di libera scelta sono i titolari esclusivi di una serie di atti: certificazioni per il lavoro e invalidità, prescrizioni farmaceutiche e altre pratiche sanitarie di tipo amministrativo che nessun altro professionista può svolgere ai fini dell'accesso ai servizi del SSN. Ma, a causa delle scelte della politica e di prese di posizione del mondo sindacale, questo modello ha generato un carico burocratico che comprime i tempi dedicati al lavoro clinico.

Il PNRR attraverso la Missione 6 tenta di superare questo modello, oggi duale (il medico di base che invia i pazienti da specialisti situati in luoghi diversi), attraverso la realizzazione di luoghi in cui il MMG sia nello stesso luogo degli specialisti e delle strumentazioni diagnostiche, le Case di Comunità.

Ma questo probabilmente non sarà sufficiente per due ordini di motivi, nelle cosiddette "aree bianche" le distanze saranno comunque un problema, ed inoltre la carenza di medici ed infermieri potrebbe non garantire ciò che è previsto dal PNRR.

13. Il medico specialista¹

Il Servizio Sanitario Nazionale ha la necessità di riassorbire gli squilibri nella qualità dei servizi tra aree territoriali per far fronte ai crescenti fabbisogni posti dall'invecchiamento della popolazione e dall'aumento dei casi di non autosufficienza (che richiedono non solo assistenza nelle attività di vita quotidiana, ma anche una presa in carico delle patologie croniche sempre più diffuse) così come dalle innovazioni nel campo delle cure, che offrono nuove opportunità ma comportano costi crescenti e adeguati investimenti. Si pone, quindi, un problema delle risorse da destinare al settore.

Da queste risorse, infatti, in assenza di giusti urgenti correttivi, dipende la possibilità di affrontare gli attuali gravi squilibri. Ma se per strutture e tecnologia le abbiamo previste nel PNRR, mancano invece quelle delle dotazioni di personale, soprattutto medico ed infermieristico, che se non risolte incideranno fortemente sulla stessa garanzia dei livelli di assistenza ed al successo della nuova organizzazione sanitaria prevista nel DM 77.

Una criticità su tutte è quella di affrontare con la massima urgenza il problema della acclarata carenza di medici specialisti, soprattutto nel SSN, carenza aggravata da una crisi di vocazione di quei tanti che scelgono, al posto del SSN, il privato o l'estero.

Anche se ormai in forte ritardo c'è la necessità di trovare immediate e concrete soluzioni con interventi che non possono essere più rimandati, pena il fallimento della Sanità Pubblica.

In Italia abbiamo attualmente un rapporto medico specialista attivo per 1.000 abitanti pari a 2,56 medici considerando come medico specialista sia il dipendente pubblico e privato, sia il convenzionato interno ed esterno che il libero-professionista. Ovviamente questo rapporto diventa ulteriormente più basso se lo andiamo a considerare nel SSN. Oggi il rapporto medico ospedaliero per 1.000 abitanti è di solo 1,99 specialisti per 1.000 abitanti e quello medico specialista convenzionato interno ovvero lo specialista che secondo il DM 77 dovrebbe risolvere sul territorio le problematiche di tipo specialistico che non necessitano di ricovero (acuzie e cronicità) e che dovrebbe ridurre gli accessi al pronto soccorso e negli ospedali, è pari solo a 0,25 specialisti per 1.000 abitanti. Con questi dati tra ospedale e territorio, poi ci si interroga come mai vadano in crisi gli ospedali con i ricoveri e pronto soccorsi affollati da accessi impropri e come mai ci siano lunghe liste d'attesa sia per avere ambulatorialmente una visita o una prestazione specialistica o per trovare un posto letto.

Questa carenza di medici specialisti operanti nel SSN si aggrava di giorno in giorno sia per i pochi e tardivi concorsi banditi e che sempre più spesso, oggi, vanno pure

¹ Medici Specialisti - Situazione al 2021 e Previsioni al 2030

deserti, sia a causa del ricorso da parte delle Aziende Sanitarie, e dobbiamo dire comunque sempre preventivamente autorizzate dalle Regioni, che preferiscono contratti “molto onerosi” (con un costo medio orario che va dai 120 ai 150 euro ora comprensivo di 80 -100 euro ad ora per il medico) con cooperative dei cosiddetti “medici a gettone” rispetto ai tradizionali CCNL e ACN vigenti.

Novità dell’ultima ora, il ricorso a medici provenienti da altri paesi extra-europei ma impiegati non con i contratti previsti per tutti i medici che lavorano in Italia per il SSN ma con contratti “anomali” tutti sicuramente più onerosi per le risorse pubbliche rispetto a quelli, come dicevamo, normalmente regolati da CCNL e ACN. Attualmente gli organici ospedalieri appaiono notevolmente ridotti ed obbligano pertanto i medici a turni gravosi, a ferie non godute, ad attività oltre orario e ad operare Medici Specialisti - insieme a colleghi “a gettone” e “con contratti anomali”, questi ultimi, meglio remunerati e con meno vincoli.

Questa situazione, di crescente disagio, rende sempre di più meno attrattivo rimanere nel SSN e porta i medici in servizio a pensare alla pensione o alle dimissioni volontarie, unica soluzione che hanno a disposizione per migliorare la propria qualità di vita professionale e personale.

Per quanto riguarda gli specialisti ambulatoriali convenzionati interni, non possiamo segnalare particolari crisi vocazionali, anzi, ma per semplice demagogia istituzionale troviamo una riduzione del numero assoluto di specialisti a tempo indeterminato e del numero di ore settimanali attivate e coperte, fenomeno a macchia di leopardo, creato dalle varie Regioni Italiane, per scelte incomprensibili e preconcepite che vedono e giudicano lo stesso specialista per il rapporto giuridico (dipendente o convenzionato interno) invece che per le sue capacità professionali. Meglio quindi i Cubani.

Riduzione, che nonostante la necessità di avere più specialisti per l’acclarata carenza, ha depauperato di queste risorse umane mediche specialistiche indispensabili il territorio con gli effetti deleteri che tutti conosciamo ed abbiamo davanti (liste d’attesa e ricoveri ed accessi impropri ai Pronto Soccorsi). Riduzione sul territorio accentuata ulteriormente anche dall’utilizzo di un terzo del monte ore della specialistica convenzionata interna nelle strutture ospedaliere per tamponare le carenze di organico.

Tutto questo sta portando a peggiorare la situazione delle attuali condizioni lavorative, il mancato turnover ospedaliero e specialistico convenzionato territoriale, il permanere dell’attuale offerta che per l’80% è di soli contratti a tempo determinato invece che indeterminato, di contratti anomali anche libero-professionali ed il permanere di retribuzioni notevolmente più basse rispetto agli altri paesi europei e non solo europei, porta i giovani specialisti (che hanno raggiunto mediamente un’età che varia da un minimo di 30 ad un massimo di 44 anni, dopo 6 anni di laurea e 5 di specializzazione ed il tempo necessario per poter superare l’imbuto forma-

tivo), che devono scegliere il proprio percorso professionale, a guardarsi attorno e trovare altri sbocchi professionali al posto del SSN.

I gravi errori fatti nella programmazione sanitaria sulla formazione specialistica ma anche le scelte demagogiche sin qui descritte, stanno mettendo in pregiudicato il permanere dell'esistenza di un SSN solidale ed universalistico.

Diventa urgente quindi trovare delle soluzioni ma per fare questo dobbiamo subito iniziare partendo, a livello nazionale, proprio dalla programmazione adottando d'ora in avanti un unico metodo del calcolo dei fabbisogni regionali e nazionali, per poter coprire le attuali carenze e prevedere le future necessità.

La proposta fatta di risolvere il problema aumentando gli ingressi alla facoltà di Medicina e Chirurgia rappresenta attualmente una scelta al momento improponibile, con Università che non sono ora in grado di accogliere un numero maggiore di studenti e quindi di poter garantire una adeguata preparazione ai medici di domani. Sono 60.000 i giovani diplomati che ogni anno partecipano ai test di ingresso alla facoltà di medicina e le Università e con le attuali strutture e l'attuale numero di docenti, non ha possibilità di accogliere tutti quanti. Inoltre, oltre ad essere una strada attualmente impraticabile, non riuscirebbe a risolvere il problema in quanto gli studenti che sarebbero disponibili tra laurea e specializzazione, per il mondo del lavoro, solo tra 11 o 12 anni, quindi dal 2030 in poi, quando oramai la curva dei pensionamenti sarà già in forte calo e le necessità di specialisti per coprire il turnover ridotte di oltre il 50%.

Creare una pletora di medici e un nuovo imbuto formativo sarebbe un boomerang per il futuro, già vissuto negli anni '80 che hanno creato disoccupazione ed incremento della spesa sanitaria sia pubblica che privata, perché un medico può fare solo il medico e per vivere, in caso di sovrannumero di professionisti, deve creare, in assenza, il bisogno sanitario.

Ricordiamoci che la posta in gioco è il nostro servizio sanitario nazionale e le poche risorse che abbiamo a disposizione non possono essere sprecate per scelte demagogiche o scelte tampone che non risolvano i problemi in modo strutturale e sprechino risorse economiche pubbliche.

Senza medici, e ancor di più senza medici specialisti, non potrà esserci un Servizio Sanitario Nazionale e non sarà possibile garantire la salute a tutti.

14. L'infermiere

Il Servizio Sanitario Nazionale italiano, nel post-pandemia, si trova ad affrontare numerose sfide, tra cui la necessità di garantire una copertura sanitaria equa e di alta qualità a tutti i cittadini, l'aumento dei costi sanitari, l'invecchiamento della popolazione con conseguente aumento delle malattie croniche, la necessità di migliorare l'efficienza del sistema e l'adozione di nuove tecnologie sanitarie.

14.1 Invecchiamento della popolazione

Secondo le statistiche più recenti, l'Italia sta affrontando una significativa crescita dell'invecchiamento della popolazione. Nel 2021, la percentuale di persone di età superiore ai 65 anni era del 23,3%, e si prevede che questa tendenza continuerà ad aumentare nei prossimi decenni. Nel 2021 l'età media si è innalzata di tre anni rispetto al 2011 (da 43 a 46 anni). Nel 2021 per ogni bambino si contano 5,4 anziani contro meno di un anziano per ogni bambino del 1951 (3,8 nel 2011). L'indice di vecchiaia (rapporto tra la popolazione di 65 anni e più e quella con meno di 15 anni) è notevolmente aumentato e continua a crescere, da 33,5% del 1951 a 187,6% del 2021 (148,7% nel 2001) [ISTAT].

Gli anziani con 65 anni e oltre, nel 2050, saranno il 34,9%, secondo lo scenario mediano elaborato da Istat. Tra questi, a quasi raddoppiare saranno gli ultraottantenni (oggi il 7,6% della popolazione, nel 2050 il 14,1%); con un allargamento consistente, in particolare, della fascia di ultracentenari, da circa 19mila nel 2022 a 77.900 nel 2050. La non autosufficienza è direttamente proporzionale, purtroppo, all'invecchiamento. Si stima che gli anziani non autosufficienti, cioè con disabilità fisiche o mentali che ne determinino la dipendenza da altre persone nella vita quotidiana, sono 2,9 milioni. Secondo le stime attuali, il numero di anziani non autosufficienti raddoppierà fino a raggiungere i quasi 5 milioni entro il 2030.

L'invecchiamento della popolazione e l'aumento della sopravvivenza dovuti al miglioramento delle condizioni di vita determinano anche un aumento delle patologie croniche. Si stima, infatti, che oltre 14 milioni di persone convivano oggi con una patologia cronica, e di questi 8,4 milioni siano ultra 65enni.

14.2 Implicazioni delle patologie croniche per il sistema sanitario italiano

Le patologie croniche e la non autosufficienza rappresentano una sfida importante per il sistema sanitario italiano (SSN), in quanto richiedono cure a lungo termine e un elevato livello di assistenza continua. Ciò comporta un maggiore fabbisogno (70/80%) di risorse sanitarie come personale medico e infermieristico, strutture ospedaliere e farmaci, che è destinato inevitabilmente a crescere nel tempo e che può influire sulla sostenibilità economica del sistema sanitario. È, pertanto, importante che il SSN sviluppi strategie efficaci per affrontare queste sfide e continuare a garantire un'assistenza di alta qualità e sostenibile ai pazienti con patologie cro-

niche. Alcune possibili priorità per l'assistenza riguardano:

1. Promuovere politiche per la promozione dell'invecchiamento attivo e per la prevenzione delle malattie croniche attraverso programmi di educazione sanitaria e campagne di screening e di sensibilizzazione.
2. Offrire cure primarie integrate che coinvolgano medici di medicina generale, infermieri e altri professionisti sanitari per gestire in modo coordinato ed efficace le persone con malattie croniche.
3. Sviluppare programmi di gestione delle patologie croniche che coinvolgano pazienti e familiari, con l'obiettivo di migliorare la qualità della vita dei pazienti e ridurre i ricoveri ospedalieri.
4. Favorire la presa in carico precoce da parte dei servizi di assistenza domiciliare per i pazienti cronici, in modo da ridurre i ricoveri ospedalieri e garantire un'assistenza personalizzata.
5. Utilizzare tecnologie innovative, come la telemedicina, per monitorare i pazienti cronici e fornire loro assistenza a distanza.

A fronte dei cambiamenti socio-demografici e di salute della popolazione, il territorio deve essere in grado di rispondere con tempestività ai bisogni della popolazione, sia in caso di un'emergenza infettiva (individuazione casi sospetti e/o positivi e controllo dei contatti, gestione isolamento domiciliare, appropriato ricovero ospedaliero, ecc.), sia per garantire interventi di prevenzione (screening oncologici, vaccinazioni, individuazione dei soggetti a rischio, tutela dell'ambiente, ecc.) ed affrontare le sfide della promozione della salute e della prevenzione, diagnosi precoce e presa in carico integrata della cronicità.

È necessario realizzare processi appropriati di prevenzione e promozione della salute attraverso interventi di prossimità multiprofessionali anche con il coinvolgimento di tutti i professionisti sanitari coinvolti, in primis Medici e Infermieri.

L'obiettivo di questo approccio è quello di riuscire ad offrire ad ogni paziente le cure appropriate al momento giusto e nel luogo giusto e di ricevere l'assistenza di operatori sanitari che, per ruolo e competenze, possono prenderlo in carico, in modo da poter affrontare e risolvere i problemi di salute con un approccio sistemico e multidimensionale.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) prevede, nella Missione 6 – Salute, investimenti per la realizzazione di nuove infrastrutture sanitarie (ospedali di comunità, centrali operative territoriali, case della comunità) finalizzate in particolare alla riorganizzazione della rete dei servizi territoriali ed allo sviluppo di nuovi modelli organizzativi per l'assistenza primaria con l'obiettivo di:

- Rispondere efficacemente ai bisogni di salute della popolazione
- Integrare i servizi assistenziali
- Potenziare ed uniformare l'assistenza territoriale

- Garantire equità in tutto il territorio per l'accesso alle cure
- Promuovere interventi di educazione, promozione e prevenzione alla salute²

Il SSN, dunque, deve costruire un ecosistema intorno al paziente in modo da assicurare, per l'intero percorso di vita, un'efficace tutela sanitaria rispondente ai singoli bisogni dei singoli pazienti.

La Missione 6 del PNRR e sulla sua scorta anche il DM 77/2022, nel ridisegnare l'assistenza al cittadino e il *patient journey*, introducono notevoli cambiamenti anche per il ruolo e le competenze dell'infermiere. Che si parli di Centrale Operativa Territoriale, di Casa della Comunità o di Ospedale della Comunità, l'infermiere e in modo particolare l'infermiere di Famiglia e di comunità, sarà il protagonista principale, avendo un ruolo fondamentale nell'intercettazione dei bisogni di salute, nella presa in carico (non solo del cittadino, ma anche della comunità) e nell'organizzazione dell'assistenza e riuscendo a coordinare i differenti servizi e i professionisti. Il PNRR e il DM77 sono dunque una grande occasione per valorizzare la Professione Infermieristica. Sussistono tuttavia una serie di criticità rispetto alle quali è necessario intervenire con strategie ad ampio respiro.

Nonostante gli Infermieri in Italia siano tanti (oltre 456mila infermieri pari al 50% di tutti i professionisti sanitari del Paese e il 60% del personale sanitario che opera nel SSN) e siano decisivi per l'assistenza alla persona in tutte le fasi (dalla nascita al fine vita), si deve tuttavia constatare che sul piano professionale ed economico-sociale non sono sufficientemente riconosciuti e valorizzati. Questo rende di fatto poco appetibile la Professione Infermieristica con il rischio di vederla scomparire progressivamente nei prossimi anni.

Secondo il Rapporto Sanità CREA 2023, per sviluppare il territorio secondo il PNRR servono tra i 40mila e gli 80mila infermieri, ma trovarli al momento attuale appare difficile: l'attrattività della professione è bassa e solo l'1% degli studenti sceglie questo corso di laurea contro una media del 3% negli altri paesi Ue. Secondo lo stesso Rapporto CREA, per raggiungere lo standard dei maggiori paesi UE, sarebbero paradossalmente necessari quasi 224.000 infermieri, che diventerebbero oltre 320.000 usando come riferimento la popolazione over 75, la più bisognosa di assistenza, oltre a rivedere i livelli retributivi, sarebbe il caso di ripensare lo *skill mix*. Si deve ripensare, infatti, non solo ai ruoli di medici e infermieri ma anche a quello che coinvolge infermieri e operatori socio-sanitari, alla luce della crescente importanza della non autosufficienza e della conseguente sovrapposizione di bisogni sanitari e sociali [FNOPI].

² Mantoan D., Borghini A., Potenziamento dell'assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale, AGENAS Monitor 45, 2021

Pertanto, le sfide, oggi, a cui gli infermieri in Italia sono chiamati ad affrontare riguardano:

1) Carenza di personale infermieristico: non costituisce fenomeno nuovo, è infatti un problema globale in parte correlato ai ripetuti tagli alla spesa sanitaria che nel corso degli anni hanno interessato in primo luogo le risorse umane che quindi già da tempo soffrono di una carenza cronica. Con l'avvento della pandemia molte risorse economiche sono state impiegate per l'assunzione di personale sanitario in un sistema già fortemente provato dalla carenza di organici: secondo i dati dell'OMS, la carenza globale è oggi pari a 5.8 milioni ed entro il 2035, si attesterà su circa 12.9 milioni di cui una elevata percentuale è rappresentata dagli infermieri. In Italia, la carenza di infermieri è ormai un problema strutturale. Secondo FNOPI, per mantenere gli attuali standard assistenziali, è necessario colmare un deficit di 63.000 infermieri. Senza una soluzione efficace per questa carenza di personale, l'assistenza sanitaria rischia di subire un grave deterioramento. Questa problematica diventa ancora più critica considerando l'attuazione PNRR, il quale focalizza gran parte delle sue risorse sull'assistenza territoriale³. In base alle dimensioni regionali, ne mancano quasi 27.000 al Nord, circa 13.000 al Centro e 23.500 al Sud e nelle Isole. A questi si aggiunge un ulteriore fabbisogno di altri 140.000 infermieri per arrivare agli standard europei (attualmente in Italia sono iscritti all'Ordine poco più di 332.000 infermieri con una media di 6.2% per 1000 ab., mentre per garantire la media OCSE di 8.8 ne servirebbero 471.000). A questo si aggiunge la necessità di almeno 30.000 nuove unità con varie specializzazioni solo per la realizzazione del PNRR e del DM 77/2022.

Gli studi, ad oggi, confermano che tra le principali cause determinanti la carenza di infermieri vi è l'invecchiamento della popolazione infermieristica, il mutamento delle condizioni lavorative, scarso numero di posti disponibili nei corsi di laurea:

a) Invecchiamento della popolazione infermieristica

I dati confermano che l'età media degli infermieri stia aumentando, ciò significa che il numero di infermieri prossimi alla quiescenza nel breve periodo andrà via via aumentando con il passare degli anni. Si tenga conto che nel periodo 2014-2018 hanno lasciato il SSN per pensionamento 37.744 infermieri, ma si stima che nel periodo 2021-2026 saranno almeno 52.000. Sarà anche il momento in cui, l'uscita massiccia di infermieri, determinerà la perdita di quel bagaglio di esperienze che ogni professionista ha accumulato nel tempo.

b) Mutamento delle condizioni lavorative

La pratica infermieristica è diventata molto complessa negli ultimi anni: la popolazione sta invecchiando, i pazienti presentano patologie sempre

3 Documento di Consenso FNOPI, 2023

più complesse e diagnosi con più patologie associate. Il 50% degli infermieri lamenta insoddisfazione lavorativa a causa dell'impossibilità di mantenere gli standard di cura previsti e del loro mancato coinvolgimento nelle decisioni.

Secondo un recente studio RN4CAST, in Italia il 36% degli infermieri dichiara di voler lasciare il luogo di lavoro entro 12 mesi; di questi il 33% dichiara di voler lasciare la professione, dato che corrisponde a circa l'11% del campione generale.

c) Scarso numero di posti disponibili nei corsi di laurea

Seppur siano pochi i posti messi a bando ogni anno dalle nostre università per Infermieristica, questi non vengono nemmeno coperti tutti. Le Regioni chiedono più posti per formare più infermieri, ma gli iscritti rischiano di essere sempre meno. Infatti, a fronte di un aumento di posti messi a disposizione per gli infermieri (da 27.952 domande dello scorso anno alle attuali 25.380 su 17.972 posti con rapporto Domande/Posti di 1,4 che era di 1,6 lo scorso anno) vi è stato calo medio di -9,2% con -13,3% Università del Nord, -12,2% del Centro e -3,2% del Sud⁴. Le domande per un posto sono ferme a 1,6 in media e su 42 Università con laurea in infermieristica (dove gli studenti in infermieristica rappresentano il 45% di tutti gli iscritti), solo 17 hanno saturato i posti a disposizione mentre 16 hanno coperto tra il 95 e il 99% dei posti, cinque tra il 90 e il 94% e due tra l'80 e l'84 per cento. Inoltre, è bassissimo il numero di docenti-infermieri ai corsi di laurea (che determinano la qualità della formazione): solo 25 (dato aggiornato a marzo 2022) Università hanno incardinato docenti MED/45 (oggi sono 40) nell'organico dei professori universitari. Il rapporto docenti-infermieri/discenti è di 1:1350, mentre in altre facoltà è ben più elevato. A odontoiatria, ad esempio, il rapporto è 1:6. Nell'ultimo anno accademico, per la prima volta da 11 anni, il numero dei laureati in infermieristica è sceso sotto 10mila. Inoltre, rispetto ai laureati in medicina il rapporto è sotto 1:1, mentre era 2:1 nel 2013.

d) Condizioni di lavoro estremamente stressanti

L'aumento dei carichi di lavoro è una diretta conseguenza della carenza di personale, la quale genera negli Infermieri il timore di non riuscire a garantire adeguati livelli di qualità e sicurezza dell'assistenza e, di conseguenza, una sensazione di incertezza sul proprio futuro e la perdita di fiducia nell'organizzazione e nei dirigenti, compromettendo il clima orga-

⁴ Mastrillo A, Professioni sanitarie. Il 15 settembre i test d'ammissione all'Università calano del 7% gli iscritti alle prove, QS, 13/02/2022, https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=107173

nizzativo, il senso di appartenenza e l'impegno lavorativo. La percezione di non poter svolgere al meglio il proprio lavoro, di dover essere sottoposti al lavoro straordinario hanno un impatto diretto sul benessere fisico e mentale degli infermieri, che si sentono non sufficientemente riconosciuti. Secondo il recente studio RN4CAST, gli Infermieri avvertono di non avere abbastanza tempo da dedicare ai pazienti e per questo si sentono fortemente demoralizzati rispetto alle *missed nursing care* ed alla sicurezza del paziente. Anche l'eccessivo turnover infermieristico ha un effetto dirompente sui processi organizzativi e sulla efficacia dell'assistenza, sulla sicurezza del paziente e sui suoi outcomes.

La sfida delle organizzazioni sanitarie sarà quella di riuscire a mettere in atto misure di contenimento e miglioramento dei fattori (organizzativi e professionali) che spingono oggi gli infermieri al turnover, a cercare lavoro in altri Paesi o, in casi estremi, a lasciare perfino la professione.

2. Retribuzione: gli infermieri in Italia guadagnano meno rispetto ad altri paesi europei, come il Regno Unito, la Germania o la Francia, il che può contribuire a renderla meno attrattiva per i giovani. Secondo il recente Conto annuale della Ragioneria generale dello Stato, l'infermiere medio in Italia riceve un compenso annuo lordo di circa 36.000 euro, corrispondenti a un reddito netto di circa 25.000 euro all'anno, equivalente a poco più di 1.700 euro al mese su tredici mensilità.

L'ultimo CCNL 2019-2021 Comparto Sanità, ha previsto incrementi tabellari medi da 175 euro lordi al mese con una rivalutazione del 7,22%, pari a quasi due volte l'inflazione del periodo coperto dal contratto. Sono aumentate le voci aggiuntive allo stipendio base, a partire dall'indennità di specificità della professione infermieristica, pensata per riconoscere il ruolo degli infermieri nell'assistenza ai pazienti durante la pandemia, con un aumento complessivo stabile in busta paga di 72,79 euro netti. Lo stipendio è rimasto praticamente lo stesso rispetto a 10 anni fa dal contratto 2009, tranne per le indennità di vacanza contrattuali. La media OCSE è di 48.100 euro lordi l'anno. Ma, ad esempio, in Svizzera (dove molti infermieri italiani vanno a lavorare) si sfiorano i 56.000 euro, in Spagna i 55.000, in Germania i 59.000 fino al top in Lussemburgo dove nel 2019 un infermiere guadagnava in media poco più di 100.000 euro l'anno lordi.

3. Formazione e prospettive di carriera: i livelli bassi di retribuzione unitamente alle scarse prospettive di carriera, senza specializzazioni, non rendono attrattiva la professione infermieristica. Questa risulta essere quella più penalizzata da una dinamica nella quale, da una parte si esplicita la necessità di affidare all'infermiere un ruolo cruciale per la buona riuscita del PNRR, dall'altra, contemporaneamente,

si continua a penalizzarne la formazione mantenendo inalterato, così come si è detto poc' anzi, il numero chiuso alla facoltà e limitando così il numero dei laureati. In questo senso, non è più rinviabile l'aggiornamento dell'assetto formativo universitario per gli Infermieri (Laurea triennale in infermieristica e master di I livello/corsi di perfezionamento) rendendolo coerente sia con le necessità organizzative del Sistema sanitario sia con le crescenti e maggiori responsabilità organizzative dell'Infermiere e con le relative legittime aspettative professionali di carriera. In particolare, secondo la proposta FNOPI (Consensus, 2023), è necessario che:

- la laurea magistrale ad indirizzo clinico sia abilitante verso l'esercizio di un profilo professionale con competenze avanzate nonché funzioni e attività specifiche distintive dal laureato triennialista (ad esempio la possibilità di prescrivere alcuni presidi). Si ipotizza che gli infermieri con laurea magistrale debbano essere almeno il 15-20% di quelli con laurea triennale;
- la formazione per i ruoli di direzione sia garantita con percorsi distinti e successivi alla laurea magistrale, come ad esempio i master di II livello o i corsi di alta formazione, come in parte già avviene;
- l'istituzione di scuole di specialità interprofessionali (quali ad esempio nell'ambito delle cure primarie e sanità pubblica, cure palliative, geriatria ecc) di almeno tre anni per l'acquisizione della specializzazione in un'area di indirizzo affine a quella conseguita con la laurea magistrale. A questo sarà necessario correlare anche il processo di reclutamento legato alla specializzazione come avviene per il personale medico. L'introduzione delle specializzazioni comporterà un processo di "stratificazione" delle competenze nell'organizzazione dei servizi sanitari. Inoltre, si aprirà la possibilità di riconoscerle attraverso le nuove opportunità contrattuali, incluse quelle per esercitare l'intramoenia. Questo cambio è stato reso possibile dalla recente abolizione del vincolo di esclusività per le professioni sanitarie, come stabilito dalla legge del 26 maggio 2023, n. 56, articolo 13. Ciò consente loro di praticare la libera professione in strutture diverse da quella di appartenenza, al di fuori dell'orario di servizio;
- che venga implementato il dottorato post-laurea di ricerca magistrale per incrementare le competenze utili per sostenere lo sviluppo della produzione scientifica nell'ambito disciplinare.

4. Nuove competenze e nuovi ruoli: lo sviluppo di competenze avanzate gestionali e cliniche, in ogni ambito, potrà influenzare significativamente l'identità e il senso di appartenenza alla comunità professionale. È necessario progettare una nuova dimensione del professionista infermiere sia in senso verticale (linea gerarchica/asse del management) che orizzontale (sviluppo dei ruoli professionali/asse del-

la clinica). In questo quadro di riferimento, la nostra proposta prevede interventi (FNOPI, 2023):

- a) **In senso verticale/asse del management.** La dirigenza infermieristica dovrà essere compresa nella direzione strategica aziendale (previa modifica della Legge 502 del 1992), occupando ruoli di pari livello gerarchico con il management direzionale (vedi regione Emilia Romagna e Regione Lombardia). Al contempo, anche i coordinatori infermieristici, inseriti all'interno di organizzazioni sempre più complesse, dovranno acquisire competenze distintive, in particolare per l'integrazione fra professionisti in funzione dei bisogni e delle richieste dei diversi stakeholder. Per tale motivo la laurea magistrale, come si è detto poc'anzi, rappresenta il percorso formativo appropriato per l'acquisizione della certificazione abilitante all'esercizio delle funzioni di coordinamento.
- b) **In senso orizzontale/asse della clinica,** sarà necessario perseguire l'allineamento tra domanda e offerta di competenze specialistiche acquisibili con livelli formativi differenziati (aziendali, regionali e/o universitari) per essere in grado di gestire determinati processi assistenziali legati a particolari tipologie di utenti. Questi professionisti saranno in grado di rispondere ai bisogni assistenziali più complessi (per esempio: infermieri stomatoterapisti e infermieri specialisti in *wound care*, in gestione *device picc team*, *pain nurse*, in rischio infettivo, di comunità e di famiglia, in ambito operatorio, etc.). L'infermiere magistrale eserciterà con competenza e conoscenze specialistiche, rispondendo alle richieste dei pazienti e dell'organizzazione stessa.

5. Valorizzazione dell'assistenza infermieristica: questo rappresenta un punto essenziale per la Professione Infermieristica. Al fine di tracciare e rendere evidente il peso dell'assistenza infermieristica nell'ambito dei nuovi modelli organizzativi territoriali che vedono l'infermiere in prima linea, si rende necessario, nell'ambito del NSG (Nuovo sistema di Garanzia) Ministero della Salute, sviluppare un Nursing Minimum Data Set (NMDS) in grado di contenere un raggruppamento minimo di dati assistenziali a elevato contenuto informativo, per l'individuazione degli outcome dell'assistenza. L'utilizzo di tale NMDS Difesa, consentirà anche una migliore verifica dei "Livelli Essenziali di Assistenza" (LEA), attraverso l'evidenza degli outcome correlati agli interventi assistenziali ospedalieri e territoriali (FNOPI, 2023). La FNOPI sta già lavorando in questo senso.

15. Il caregiver

Si tratta di un vero e proprio esercito quello dei caregiver italiani. Questo esercito silenzioso, stimato a circa nove milioni di individui, è impegnato quotidianamente in una "battaglia" d'amore nell'ambito dell'assistenza e della cura di genitori anziani, figli disabili o parenti che, improvvisamente, si trovano in una condizione di vulnerabilità.

Assistere (o ritrovarsi improvvisamente a doverlo fare) persone non autosufficienti o anziane, oltre a pesare fortemente sulle energie di chi si prende cura, ricade pesantemente sui carichi e le relazioni familiari, sulla conciliazione vita - lavoro, e sull'economia di una famiglia, andando a minare la serenità giornaliera e mutando profondamente le abitudini e gli stili di vita.

Nonostante abbia costituito da sempre un pilastro del nostro sistema di Welfare, la figura del caregiver familiare è stata ufficialmente riconosciuta solo con l'introduzione della Legge 205 del 2017 (Legge di Bilancio 2018). Questa legge ha istituito il Fondo per la copertura finanziaria di interventi legislativi volti al riconoscimento del valore sociale ed economico dell'attività di cura non professionale del caregiver familiare, con un finanziamento iniziale di 20 milioni di euro all'anno per il triennio 2018-2020. Tale finanziamento è stato successivamente incrementato a 25 milioni di euro all'anno con la Legge di Bilancio 2019. La legge di bilancio del 2019 ha inoltre aumentato l'entità di altri fondi: Il Fondo per la non autosufficienza passa ad oltre 550 milioni di euro spalmati nel triennio 19/21, oltre al Fondo Dopo di noi, riportato a circa 56 milioni.

La mancanza di informazione è uno dei temi più critici; dove tutti coloro che si occupano di welfare devono necessariamente investire per essere di concreto supporto ai familiari, associando questa strategia a corsi di formazione e di sostegno psicologico per i Caregiver, per poter meglio sostenere questa gravosa e spesso drammatica incombenza.

Quando si ha un genitore o un figlio non autosufficiente si cade in condizioni di estrema fragilità, ed è nostro dovere aiutarlo in un momento così difficile della propria vita per non lasciarlo solo.

I caregiver familiari assommano su di sé una serie di carichi non solo fisici, ma soprattutto psicologici, rappresentati dall'effetto che il lavoro di cura può avere sulle relazioni tra i vari componenti della famiglia.

Il rancore per il tempo che il caregiver trascorre con la persona di cui si occupa; la mancanza di privacy, i disaccordi relativi al modo in cui il caregiver fornisce l'assistenza e il disaccordo in merito alle rispettive responsabilità.

A questo si aggiungono ulteriori criticità (ne citiamo solo alcune):

- Per effetto del lavoro di cura, il reddito del caregiver è inferiore alla media, scaturendo spese aggiuntive.
- A livello emotivo, il senso di isolamento ricorre nei vissuti espressi dai caregii-

ver e rappresenta l'aspetto che maggiormente limita la vita di queste persone.

- I caregiver spesso si sentono in trappola; (avere la sensazione di non avere vie di uscita; né speranze di cambiamento), sentimenti di dolore e di perdita, sensi di colpa (la sensazione di «non fare abbastanza»).
- Molti sono costretti a rinunciare ad avere una vita sociale, al tempo libero e spesso devono assentarsi dal lavoro; oppure si scontrano con la mancanza di conoscenza relativa alla malattia e ai trattamenti disponibili.





CAPITOLO III

I punti di attenzione

16. Cronicità e fragilità (Ministero della salute, 2022)

Il miglioramento delle condizioni sociosanitarie e l'aumento della sopravvivenza hanno portato progressivamente a una profonda modificazione degli scenari di cura in quanto, parallelamente all'invecchiamento della popolazione, si è avuto un progressivo incremento delle malattie ad andamento cronico, spesso presenti contemporaneamente nello stesso individuo, le cui caratteristiche principali sono descritte, a confronto con quelle ad andamento acuto, nel box seguente:

Malattie acute	Malattie croniche
<ul style="list-style-type: none"> • Insorgenza improvvisa • Episodiche • Eziopatogenesi specifica e ben identificabile • Cura specifica a intento risolutivo • Spesso disponibile una specifica terapia o trattamento • La cura comporta il ripristino dello stato di salute • Assistenza sanitaria di breve durata 	<ul style="list-style-type: none"> • Insorgenza graduale nel tempo • Continue • Eziopatogenesi multipla e non sempre identificabile • Cura continua, raramente risolutiva • Terapia causale spesso non disponibile • La restituito ad integrum è impossibile e si persegue come obiettivo il miglioramento della qualità di vita • Assistenza sanitaria a lungo termine (presa in carico del malato)

Le premesse per una gestione efficace, efficiente e centrata sui pazienti ai fini della salvaguardia della salute e della sostenibilità del sistema, non possono non sottolineare il valore imprescindibile della prevenzione, verso cui si sono indirizzati in particolare i Piani Nazionali di Prevenzione e il Programma "Guadagnare Salute". A questi si rimanda per una più dettagliata definizione delle strategie finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione e alla diagnosi precoce delle patologie croniche. Per vincere la sfida contro queste "nuove epidemie" è necessario coinvolgere e responsabilizzare tutte le componenti, dalla persona con cronicità al "macrosistema-salute", formato non solo dai servizi ma da tutti gli attori istituzionali e sociali che hanno influenza sulla salute delle comunità e dei singoli individui. Si deve partire da una profonda riflessione sulle tendenze e sugli indirizzi dei servizi e dei professionisti, promuovendo una nuova cultura che dovrà impregnare, al di là delle differenze di ruolo, tutte le scelte di politica sanitaria, le strategie assistenziali, la tipologia dell'organizzazione, l'assetto operativo delle strutture e la conseguente offerta dei servizi.

C'è bisogno di nuove parole-chiave, capaci di indirizzare verso nuovi approcci e nuovi scenari:

- salute "possibile", cioè lo stato di salute legato alle condizioni della persona;
- malattia vissuta con al centro il paziente/persona (illness), e non solo malattia incentrata sul caso clinico (disease);

- analisi integrata dei bisogni globali del paziente, e non solo “razionalità tecnica” e problemi squisitamente clinici;
- analisi delle risorse del contesto ambientale, inteso come contesto fisico e socio-sanitario locale, fattori facilitanti e barriere;
- mantenimento e co-esistenza, e non solo guarigione;
- accompagnamento, e non solo cura; - risorse del paziente, e non solo risorse tecnico-professionali gestite dagli operatori;
- empowerment inteso come abilità a “fare fronte” alla nuova dimensione imposta dalla cronicità e sviluppo della capacità di autogestione (self care);
- approccio multidimensionale e di team e non solo relazione “medico-paziente”;
- superamento dell’assistenza basata unicamente sulla erogazione di prestazioni, occasionale e frammentaria, e costruzione condivisa di percorsi integrati, personalizzati e dinamici;
- presa in carico pro-attiva ed empatica e non solo risposta assistenziale all’emergere del bisogno;
- “Patto di cura” con il paziente e i suoi Caregiver e non solo compliance alle prescrizioni terapeutiche.

L’ospedale va quindi concepito come uno snodo di alta specializzazione del sistema di cure per la Cronicità, che interagisca con la Specialistica ambulatoriale e con l’Assistenza Primaria.

Il paziente “persona” (e non più “caso clinico”), a sua volta diventa esperto in quanto portatore del sapere legato alla sua storia di “co-esistenza” con la cronicità.

La valutazione è orientata sul paziente-persona, sugli esiti raggiungibili e sul sistema sociosanitario.

Bisogna mantenere il più possibile la persona malata al suo domicilio e impedire, o comunque ridurre il rischio, di istituzionalizzazione.



Il sistema sarà quindi finalizzato al raggiungimento di cinque grandi obiettivi:

- 1) assicurare collegamenti con disegni di prevenzione primaria e diagnosi precoce;
- 2) ottenere e mantenere nel tempo un buon controllo della malattia;
- 3) prevenire e curare le complicanze, le comorbidità e le disabilità;
- 4) garantire la qualità di vita, anche attraverso modelli di welfare di comunità;
- 5) ottimizzare l’uso delle risorse disponibili (economiche, umane, strutturali, organizzative).

Per raggiungere tali obiettivi appare utile:

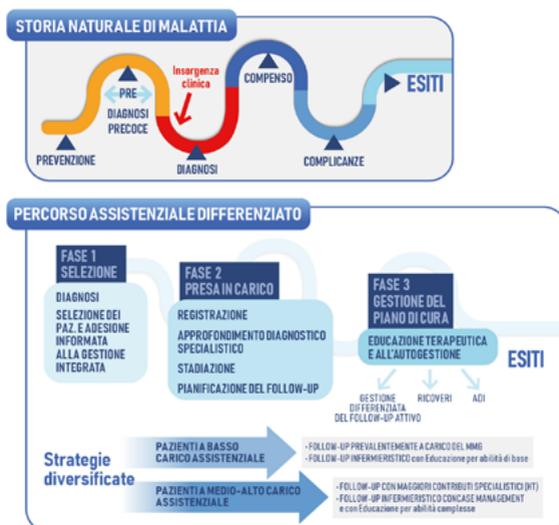
- promuovere l'adozione di corretti stili di vita nella popolazione;
- adottare interventi finalizzati alla diagnosi precoce delle patologie croniche e delle condizioni di rischio che le precedono;
- educare il paziente ad una autogestione consapevole della malattia e del percorso di cura;
- creare un'adeguata assistenza sanitaria e socio-sanitaria che tenga conto delle comorbidità, della cronicità "ad alta complessità", della non-autosufficienza e delle condizioni di fragilità e/o di disagio o esclusione sociale;
- realizzare la continuità assistenziale semplificando le procedure per facilitare l'accesso del paziente alle cure e stabilendo un'integrazione efficace dei diversi livelli (ospedale e territorio, medicina di base e specialistica, assistenza domiciliare, strutture residenziali territoriali, centri diurni ecc.);
- definire i processi di cura con l'applicazione della EBM e delle Linee guida;
- monitorare i processi di cura realizzando adeguati sistemi informativi;
- definire ruoli, competenze, attività e risultati attesi di tutti gli attori in tutti i livelli assistenziali;
- allocare risorse idonee all'ottenimento dei risultati.

In conclusione, il Piano si prefigge di delineare un sistema mirato a prevenire e gestire la cronicità che, pur sottoposto a un processo di contestualizzazione che tenga conto di quanto fatto dalle singole Regioni, porti nel tempo al progressivo affermarsi di un disegno unitario che garantisca, nel rispetto delle differenze, la massima omogeneità possibile in termini di processi attivati e di risultati raggiunti. Esso tiene conto dei vari modelli esistenti sulla cronicità, a partire dal Chronic care model CCM.

CHRONIC CARE MODEL



Inoltre, il Piano tiene conto del “Model of Innovative and Chronic Conditions (ICCC)” che aggiunge al CCM una visione focalizzata sulle politiche sanitarie. Il “Percorso Assistenziale” rappresenta, quindi, lo strumento di traduzione della storia naturale e dei suoi snodi critici in prassi assistenziale. Esso permette di evidenziare le fasi dell’assistenza e, all’interno di queste, i principali “prodotti assistenziali” che i diversi attori del sistema salute dovranno garantire attraverso le loro attività.



Di indubbia importanza, in un tale disegno sono:

- a. l'utilizzo di sistemi informativi "esperti" in grado di monitorare i percorsi diagnostico-terapeutici e di migliorare l'appropriatezza assistenziale (attraverso una attività di audit integrato basata su indicatori di processo ed esito);
- b. il potenziamento e l'utilizzo di strumenti di comunicazione e di scambio informativo. In particolare i sistemi informativi dovranno fornire un opportuno supporto alla condivisione/circolazione dei dati clinici per ottimizzare il percorso di cura ed evitare la inutile ripetizione degli esami, inserendo le persone con cronicità in un monitoraggio continuo da parte dei vari attori assistenziali utile a una maggiore attenzione nella cura e a migliori risultati e rappresentando la base per la programmazione degli interventi e la gestione 'personalizzata' dei pazienti (Fascicolo Sanitario Elettronico, Patient Summary ecc).

Un idoneo sistema informativo deve consentire di rilevare tempestivamente situazioni critiche e attivare un sistema di richiamo (recall) per pazienti che non rispettano le tappe previste nel Piano di Cura. Un tale approccio appare utile per monitorare in itinere, e non solo ex post, l'andamento del Piano, la performance dei diversi attori e l'aderenza del paziente al suo follow up, fornendo dati di allerta tempestivi per prevenire l'insorgere di rischi e di complicanze.

SANITÀ DIGITALE	
<p>OBIETTIVO</p> <p>Promuovere l'impiego di modelli, tecniche e strumenti della sanità digitale nella gestione della cronicità al fine di garantire continuità e migliore qualità dell'assistenza, migliore efficacia, efficienza e appropriatezza</p>	<p>- SISTEMI INFORMATIVI INTEGRATI - TELEMEDICINA - WEB E SALUTE</p>
<p>RISULTATI ATTESI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementazione dei servizi di telemedicina; • Incremento di modelli di assistenza che sappiano coniugare soluzioni tecnologiche con i bisogni di salute del paziente-persona. 	<p>LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. sperimentare modelli di assistenza che riescano a coniugare soluzioni tecnologiche con i bisogni di salute del paziente (Teleassistenza domiciliare, Teleconsulto specialistico, telemonitoraggio medicale, Telesorveglianza, Telecontrollo, Telesoccorso, Teleallarme); 2. analizzare modelli, processi e modalità di integrazione dei servizi di telemedicina nella pratica clinica; 3. diffondere nei cittadini, nei pazienti, negli operatori e nelle istituzioni la cultura della telemedicina; 4. potenziare percorsi di formazione e aggiornamento continuo per gli operatori dei servizi di telemedicina, 5. produrre studi di fattibilità e di analisi costo-beneficio e condividere le esperienze in telemedicina.

17. La frammentazione dell'offerta sociale, sanitaria e sociosanitaria (Negri, 2023)

La frammentazione della presa in carico e dell'assistenza del paziente rende difficile la gestione dei servizi sanitari di comunità nell'ambito del SSN: la loro dispersione e frammentazione disorienta tuttora i cittadini. Anche il limitato accesso giornaliero a questi servizi (Medico di Medicina Generale e Pediatra di Libera Scelta) è diventato un problema rilevante nell'era attuale, caratterizzata da una popolazione sempre più anziana con poli-patologie croniche.

A giugno del 2022 è stato pubblicato in Gazzetta il nuovo regolamento sugli standard dell'assistenza territoriale (DM 77), in cui è stata presentata la **nuova struttura di un Distretto sanitario**. La novità è soprattutto la creazione delle **Case di Comunità (CdC)**, luogo dove i cittadini potranno trovare assistenza durante tutto il giorno e tutta la settimana, che saranno implementate attraverso i fondi del PNRR.

In seguito al DM77, è stato deciso che il **nuovo Distretto sanitario** debba offrire assistenza anche mediante **telemedicina**, cioè una **modalità di erogazione di servizi e prestazioni assistenziali sociosanitarie fornite a distanza**. Questo approccio innovativo, già consolidato in diversi ambiti sanitari, si avvale di **dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione**.

La **telemedicina** è utilizzata dal **medico professionista** per prescrivere farmaci o terapie o per seguire il paziente mediante servizi di consulenza. La telemedicina, poi, serve anche a dare supporto ad altri professionisti sanitari.

All'interno del **Distretto sanitario**, oltre alle Case della Comunità hub e spoke sono presenti anche **altri servizi coordinati dalle Centrali operative territoriali**. È stato creato un **numero di assistenza territoriale europeo (116117)** che i cittadini potranno chiamare per richiedere tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensità assistenziale. Le Unità di continuità assistenziale continueranno ad essere attive. Gli altri servizi gestiti e coordinati dal Distretto sono:

- Gli **Ospedali di Comunità**, caratterizzati da assistenza infermieristica importante soprattutto per quei pazienti in post ricovero ospedaliero o in tutti quei casi dove c'è bisogno di una particolare assistenza vicino al domicilio del paziente; una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri inutili o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei e più vicini al domicilio del paziente;
- Gli **infermieri di famiglia**, impiegati in molte delle nuove strutture definite dal decreto, con il compito di assicurare l'assistenza infermieristica. È un professionista con un forte orientamento alla gestione proattiva della salute. È coinvolto in attività di promozione, prevenzione e gestione dei processi di salute individuali, familiari e di comunità all'interno del sistema dell'assistenza sanitaria territoriale;

- Le **farmacie di Comunità**, convenzionate con il SSN, che assicurano quotidianamente prestazioni di servizi sanitari a presidio della salute della cittadinanza, come la distribuzione del farmaco, la possibilità per i pazienti cronici di usufruire di un servizio di accesso personalizzato ai farmaci, la farmacovigilanza e l'assegnazione delle nuove funzioni, tra le quali le vaccinazioni anti-Covid e antinfluenzali o l'esecuzione di test diagnostici a tutela della salute pubblica;
- La **rete delle cure palliative**, costituita da servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, domiciliare e in hospice. I servizi della rete garantiscono cure e assistenza a favore di persone affette da patologie croniche, evolutive o a prognosi infausta per le quali le terapie sono inadeguate o inesistenti;
- I **Consultori Familiari**, una struttura aziendale gratuita e a libero accesso, con lo scopo di fare prevenzione e promuovere salute. Inoltre, offrono consulenza alle donne, agli adolescenti e alla famiglia in senso ampio, in linea con le evoluzioni sociali correnti e al contesto comunitario di riferimento;
- Le **attività di prevenzione**, in collaborazione col **Dipartimento di Prevenzione (DP)**, che ha il compito di salvaguardare la salute dell'uomo e dell'ambiente individuando possibili fonti di malattie di origine ambientale, umana e animale.

18. Il pronto soccorso

Una delle maggiori criticità riscontrate in tema di accesso ai servizi sanitari da parte degli utenti, riguarda principalmente la rete dell'emergenza-urgenza, una rete caratterizzata da carenze strutturali e di organico, spesso amplificate da un utilizzo improprio delle unità operative dislocate sul territorio.

Le carenze della medicina di base e l'estrema difficoltà di accedere a un ricovero ospedaliero attraverso i canali ordinari compromettono la normale operatività di queste strutture, penalizzate ulteriormente a valle del percorso assistenziale dall'endemica insufficienza di posti letto dei reparti ospedalieri collegati funzionalmente.

In un contesto nel quale le cure primarie non sono mai state potenziate e la componente ospedaliera è in evidente difficoltà, il pronto soccorso continuano a essere investiti di accessi inappropriati e a fare da anticamera e da reparto-ombra all'ospedalizzazione vera e propria resa impossibile dal sottodimensionamento dei posti letto.

Le cause dell'affollamento del pronto soccorso - secondo uno studio condotto dalla Società Italiana Medicina di Emergenza Urgenza (Simeu) - non sono tanto e solo collegate agli accessi impropri, che negli ultimi anni sono diminuiti e pesano solo per un 20-30% sul problema, ma riguardano l'impossibilità di inviare nei reparti i pazienti che necessitano di ricovero.

Secondo le risultanze di una specifica indagine effettuata nel periodo pre-pandemico (Rapporto Ospedali&Salute, 2018), la media degli accessi annuali nei pronto soccorso italiani è di circa 14,5 milioni di persone, con tempi di attesa per la prima visita che, per la popolazione adulta, si protraggono fino a 3 ore nel 79,3% dei casi, mentre per il restante 20,7% diventano di oltre 3 e fino alle 10 ore. Inoltre, per il completamento di eventuali ulteriori esami integrativi le attese risultano nel 55,8% dei casi fino a 3 ore, ed oltre 3 e fino a 10 ore per il 39,5% degli accessi. Per quanto concerne l'appropriatezza di utilizzo, gli accessi sono associabili a ragioni ritenute molto gravi o abbastanza serie nel 60,6% dei casi.

L'affollamento del pronto soccorso determina, inoltre, conseguenze negative sugli aspetti personali e relazionali:

- impossibilità di garantire un controllo adeguato dell'ambiente fisico (violazione della privacy);
- limitazione delle possibilità di comunicazione tra il personale e i pazienti.

Quali soluzioni future possono essere adottate per garantire un utilizzo appropriato del Pronto Soccorso? Gli ospedali e le Case di Comunità, soprattutto queste ultime con orari di apertura estesi (12h o 24h), potrebbero rappresentare una risposta. Tuttavia, è essenziale chiarire le prestazioni erogabili, ad esempio se il medico di turno è responsabile di praticare "due punti di sutura".

Su questo tema, quello delle prestazioni erogabili, va posta una grande attenzione per non disperdere il potenziale messo a disposizione dal PNRR per la creazione di queste strutture territoriali.

19. Le liste di attesa

Le liste di attesa penalizzano spesso i più fragili, quelli che non possono ricorrere a strutture diverse dal pubblico, esasperando gli animi e dirottando molte prestazioni verso il privato.

È della fine di marzo l'atto di indirizzo 2023 del Ministero della Salute per il prossimo triennio ed al suo interno prevede anche di *"Smaltire le liste d'attesa attraverso la riorganizzazione dei processi di governo, introducendo modelli e standard per il monitoraggio sistemico e strutturato a livello nazionale del percorso assistenziale del paziente"*. Il PNRR ha stanziato molti fondi, circa 28 miliardi di euro, per il potenziamento delle strutture di cura territoriali ma sappiamo che questi valgono per gli investimenti, ovvero per l'edilizia, per le infrastrutture e per le nuove tecnologie, e non per il personale. Su questa premessa sorge allora una domanda: ma se dappertutto scrivono spiegandoci che c'è una grave carenza di personale sanitario e che la cosa peggiorerà in futuro, siamo sicuri che è una buona idea quella di investire in queste nuove infrastrutture?

Cerchiamo di chiarire il concetto con un esempio: una ecografia epatica è stata richiesta a gennaio 2023 per un individuo di 87 anni. L'attesa per ottenere l'appuntamento presso il CUP è durata fino a marzo 2024, mentre tramite una clinica privata l'esame è stato eseguito in una settimana al costo di 45 euro. L'utente è rimasto soddisfatto nonostante la scoperta che le sue cisti epatiche sono aumentate di dimensione, il che richiederà alcune modifiche nella sua dieta. Ecco, di questo ha bisogno la popolazione più fragile, ma in generale tutti i cittadini; quando hanno un problema di salute vorrebbero avere contezza in tempi rapidi di come affrontare la patologia o il semplice disturbo.

Il servizio sanitario nazionale è certamente un bene preziosissimo per il nostro Paese, la sua previsione normativa del 1978 lo ha reso apprezzato in tutto il mondo per la sua universalità, equità, socialità e uniformità. Tuttavia sappiamo che il SSN era da decenni malfunzionante forse perché rimasto a conformazione ospedalocentrica o forse perché i vari tentativi di riformarlo hanno sempre aggiunto pezzi anziché razionalizzarlo? Difficile dirlo, la sanità è un comparto potenzialmente a domanda infinita. Ciò che però è sotto gli occhi di tutti è l'avanzata della sanità privata che sta invadendo il territorio ma soprattutto sta entrando nella testa di tutti anche grazie a poderose campagne pubblicitarie che, puntando sulle inefficienze del pubblico, promuovono polizze assicurative per tutte le tasche. Senza dimenticare i 14 milioni di cittadini che, attraverso le proprie aziende fruiscono dell'assistenza integrativa che, anche qui, finisce quasi completamente nelle strutture private.

Ed allora come uscirne? Crediamo che ci sia un solo modo, lo Stato e le Regioni devono trovare il modo di "governare" questo sistema, oggi parallelo, integrando con tutti i mezzi possibili le prestazioni erogate anche dal privato con gli strumenti di governo, controllo e monitoraggio. Soltanto così si potrebbe allargare l'offerta di

servizi rimborsati dallo Stato anche a più privati tenendo però la spesa costantemente sotto controllo e lasciando alla libera concorrenza la scelta della struttura di erogazione delle prestazioni più semplici, quali prime visite, ed esami diagnostici, cosa che oggi né assicurazioni, né fondi integrativi aziendali fanno, scegliendo loro le strutture di erogazione delle prestazioni, peraltro sconosciute al servizio sanitario nazionale.

20. La prevenzione, la promozione della salute ed i fattori di rischio modificabili

Piano nazionale prevenzione – piani regionali – piani aziendali.

Tantissimi studi scientifici hanno dimostrato l'importanza della prevenzione e della promozione della salute per ridurre l'incidenza delle malattie e la mortalità e di conseguenza i costi per il Servizio sanitario nazionale (SSN) e per la società favorendo il mantenimento del benessere e della qualità della vita.

Malattie come il diabete di tipo 2, alcuni tipi di tumori e di demenze si possono in parte prevenire. Quasi l'80% dei casi di malattie cardiache e gli ictus potrebbero essere evitabili se le persone fossero disposte a modificare il proprio stile di vita. In una moderna concezione di salute la sua promozione e la prevenzione devono essere incentrate su azioni congiunte di vari settori della società, principalmente sui fattori di rischio comportamentali modificabili e sui determinanti di salute sociali, economici e ambientali, senza dimenticare l'importanza della diagnosi precoce, il ruolo cruciale delle vaccinazioni e il contrasto alle disuguaglianze.

In questo ambito, in accordo con le politiche promosse da agenzie internazionali come l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), adottate dalle normative nazionali, le attività strategiche dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) si ispirano ai principi cardine del potenziamento delle capacità delle persone di fare scelte responsabili per il proprio benessere. In questa visione la prevenzione e la promozione della salute abbracciano tutte le fasi della vita e considerano la salute non più responsabilità del solo SSN.

Nella governance della prevenzione, per tutti i livelli (centrale, regionale e locale), sono fondamentali il monitoraggio e la valutazione del PNP (Piano nazionale della prevenzione) e dei PRP (Piani regionali della prevenzione) per misurarne l'impatto sia nei processi sia negli esiti di salute.

Strumento operativo complementare a quest'ultima funzione è l'attività di verifica degli adempimenti dei Livelli essenziali di Assistenza (LEA) e di monitoraggio dei LEA.

Il sistema di programmazione, monitoraggio e valutazione che caratterizza il PNP 2020-2025 rappresenta uno degli strumenti per dare attuazione e concretezza al LEA "Prevenzione collettiva e sanità pubblica". Il PNP e i PRP svolgono un ruolo di governance e orientamento, favorendo il collegamento e l'integrazione tra le azioni previste da leggi, regolamenti, Piani di settore.

Le principali aree di integrazione riguardano:

- cronicità e connessione con il relativo Piano Nazionale;
- malattie trasmesse con gli alimenti;
- malattie trasmesse da vettori;
- gestione delle emergenze epidemiche umane ed animali;
- igiene urbana veterinaria;
- produzione, commercio ed impiego di prodotti chimici tra cui i fitosanitari;

- prevenzione del “rischio chimico”;
- rapporti con la rete oncologica, i registri tumori, i Distretti e i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta (MMG e PLS);
- promozione della salute in gravidanza e nei primi 1000 giorni;
- integrazione delle tematiche ambientali con quelle relative alla promozione della salute - relazioni con l'INAIL riguardo l'esposizione dei lavoratori a rischi chimici o fisici.

20.1 Il Piano Nazionale di Prevenzione

La vision del Piano Nazionale di Prevenzione prende spunto dai principali indirizzi delle istituzioni internazionali ed europee ed ha rimarcato come uomo, animali e ambiente siano fortemente connessi in una relazione di interdipendenza e ha portato alla luce le già note implicazioni dell'equità sulla salute, dal momento che le fasce deboli della popolazione (anziani, malati cronici) sono risultate essere i target in cui l'impatto della pandemia è stato peggiore.

L'approvazione dell'Agenda 2030 ha rappresentato una evoluzione verso un approccio combinato, in cui tutti gli obiettivi tengono conto degli aspetti economici, sociali e ambientali e mirano a porre fine alla povertà, restituire la dignità alle persone e, nel contempo, a preservare la natura e l'ambiente. Si afferma che il benessere delle popolazioni è parte integrante di una strategia su ambiente e salute (One Health) che, riconoscendo che la salute delle persone, degli animali e degli ecosistemi sono interconnesse, promuove l'applicazione di un approccio multidisciplinare, intersettoriale e coordinato per affrontare i rischi potenziali o già esistenti che hanno origine dall'interfaccia tra ambiente-animali-ecosistemi. L'approccio One Health consente di affrontare la questione trasversale della biodiversità e della salute umana, così come il contrasto efficace all'antimicrobico-resistenza, problema crescente di dimensioni globali, o come il contrasto all'emergenza di epidemie e pandemie che trovano origine nelle manomissioni e degrado degli ecosistemi con conseguenti trasferimenti di patogeni (spillover) dalla fauna selvatica a quella domestica, con successiva trasmissione all'uomo.

È indispensabile programmare e progettare sempre più in modo integrato e in termini di rete coordinata e integrata tra le diverse strutture e attività presenti nel Territorio e gli Ospedali, i quali se isolati tra di loro e separati dal territorio che li circonda non possono rappresentare l'unica risposta ai nuovi bisogni imposti dall'evoluzione demografica ed epidemiologica.

È necessario, quindi, disporre di sistemi flessibili di risposta, con capacità di richiamare su temi emergenti risorse umane per i compiti da svolgere in tempi rapidi. Questa capacità di reazione alle emergenze va preparata con formazione di operatori di tutti i settori, che al momento opportuno possano lavorare in sinergia su uno stesso obiettivo.

Nella salute pubblica è necessario porre l'attenzione ai determinanti sociali e ambientali e il territorio deve essere in grado di rispondere con tempestività ai bisogni della popolazione, sia in caso di un'emergenza infettiva (individuazione casi sospetti e/o positivi e controllo dei contatti, gestione isolamento domiciliare, appropriato ricovero ospedaliero, ecc.), sia per garantire interventi di prevenzione (screening oncologici, vaccinazioni, individuazione dei soggetti a rischio, tutela dell'ambiente, ecc.) e affrontare le sfide della promozione della salute e della diagnosi precoce e presa in carico integrata della cronicità.

Per agire efficacemente su tutti i determinanti di salute sono necessarie alleanze e sinergie intersettoriali tra forze diverse, secondo il principio della "Salute in tutte le Politiche" (Health in all Policies). L'intersettorialità si basa sul riconoscimento della salute quale processo complesso e dinamico che implica interdipendenza tra fattori e determinanti personali, socioeconomici e ambientali.

In tale contesto la promozione della salute è chiamata a caratterizzare le politiche sanitarie non solo nell'obiettivo di prevenire una o un limitato numero di condizioni patologiche, ma anche a creare nella comunità e nei suoi membri un livello di competenza e capacità di controllo (empowerment) che mantenga o migliori il capitale di salute.

MMG e PLS sono figure chiave per favorire l'health literacy e l'empowerment dei cittadini e per contrastare le disuguaglianze. Pertanto, è necessario il loro attivo coinvolgimento, nell'ambito delle attività territoriali di promozione della salute, prevenzione e assistenza sanitaria primaria, affinché la loro azione sia di coerente supporto agli obiettivi nazionali di prevenzione.

Il PNP 2020-2025 rafforza l'approccio life course nella consapevolezza che gli interventi preventivi e protettivi realizzati con tempestività nella primissima fase della vita portino a risultati di salute positivi che dureranno tutta la vita e si rifletteranno anche sulle generazioni successive e sulla comunità intera. L'approccio life course consente di ridurre i fattori di rischio individuali e rimuovere le cause che impediscono ai cittadini l'accesso ad ambienti e a scelte di vita salutari, mettendo in atto l'azione preventiva già a partire dai primi 1.000 giorni, cioè nel periodo che intercorre tra il concepimento e i primi due anni di vita del bambino.

Il PNP 2020-2025 mira a migliorare l'approccio per setting, favorendo una maggiore interazione tra tutti i setting (la scuola, l'ambiente di lavoro, la comunità e i servizi sanitari) e individuando l'Ente locale (Comune) quale "super-setting" in cui gli altri convergono. Il setting è il luogo o il contesto nel quale è più facile raggiungere individui e gruppi prioritari per promuovere la salute e realizzare interventi di prevenzione. Nel contempo, il setting costituisce esso stesso il bersaglio dei cambiamenti da implementare sugli ambienti, sulle organizzazioni, sui centri di responsabilità.

Il PNP 2020-2025 persegue, inoltre, l'approccio di genere come un cambio di pro-

spettiva e culturale affinché la valutazione delle variabili biologiche, ambientali e sociali, dalle quali possono dipendere le differenze dello stato di salute tra i sessi, diventi una pratica ordinaria al fine di migliorare l'appropriatezza degli interventi di prevenzione e contribuire a rafforzare la "centralità della persona". La dimensione del genere consiste, dunque, in un approccio da prevedere e sostenere in ogni ambito e settore per evitare stereotipi e definire strategie volte ad evitare disuguaglianze.

Il PNP 2020-2025 basa l'azione quanto più possibile su prove di efficacia e sulla misura dei risultati (valutazione di processo e di esito), avvalendosi dell'Evidence-Based-Prevention (EBP) attraverso le relative reti di strutture e professionisti a supporto). Esso investe sulla messa a sistema in tutte le Regioni dei programmi di prevenzione collettiva di provata efficacia (come vaccinazioni e screening oncologici) e di linee di azione (Programmi "Predefiniti", vincolanti per tutte le Regioni) basate su evidenze di efficacia, buone pratiche consolidate e documentate, strategie raccomandate, nazionali e internazionali.

È indispensabile rafforzare le Aziende sanitarie nello sviluppo delle attività di I livello (prevenzione, medicina di base, attività distrettuale), legandole alle esigenze della comunità locale e garantendo i processi d'integrazione tra area sociale e socio-sanitaria e tra Territorio e Ospedale. Deve essere posta la massima attenzione nel costruire una efficace integrazione e continuità dell'intero processo, la cui realizzazione diventi un obiettivo primario anche per l'Ospedale facilitando il dialogo e lo scambio di competenze e informazioni fra tutti gli attori del sistema, ivi compresi MMG e PLS.

Per un'efficace azione di contrasto alle malattie vanno potenziati, integrati e resi pienamente operativi i sistemi di sorveglianza e i registri già indicati nel DPCM 3 marzo 2017 ("Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie") e va potenziata la capacità di agire sul territorio con indagini sul campo e di monitorare in tutte le aree del Paese l'attività delle strutture territoriali con valutazioni di performance e di esito.

Inoltre, occorre completare il percorso, già avanzato in alcune Regioni, verso il completo superamento dell'assistenza primaria basata sullo studio individuale del MMG, in favore di forme aggregate e integrate di organizzazione che consentano una risposta multidisciplinare e multifattoriale ai bisogni di salute dei cittadini per 24 ore, 7 giorni alla settimana. Tale organizzazione consente una efficace presa in carico dei pazienti attraverso processi ed attività di ingaggio, counseling ed educazione sanitaria, l'invio ad appropriate prestazioni e percorsi di secondo livello anche in collaborazione con le aree specialistiche ospedaliere e garantisce importanti ricadute sugli accessi impropri al Pronto Soccorso, sul miglioramento dell'appropriatezza delle prescrizioni e sulla relativa compliance, nonché sulla riduzione dei tempi d'attesa.

Per la realizzazione di processi appropriati di prevenzione e promozione della salute è necessario attuare interventi multiprofessionali anche con il coinvolgimento di figure di prossimità, come ad esempio l'infermiere di famiglia e di comunità, ovvero professionisti che abbiano come setting privilegiati gli ambienti di vita della persona e che agiscano in modo proattivo, in rete con tutti i servizi socio sanitari e gli attori sociali del territorio per l'utenza portatrice di bisogni sanitari e sociali inscindibilmente legati tra loro. Il PNP 2020-2025 richiede, quindi, l'adozione di sistemi di pianificazione e monitoraggio, integrati con le linee di azione delle cure primarie e sociosanitarie, declinati su scala regionale e locale, ancorati al sistema di misurazione quali-quantitativa del raggiungimento degli obiettivi delle Direzioni aziendali, con esplicita identificazione delle relative responsabilità.

La riduzione delle principali disuguaglianze sociali e geografiche rappresenta una priorità trasversale a tutti gli obiettivi del Piano, che richiede di avvalersi dei dati scientifici, dei metodi e degli strumenti disponibili e validati, per garantire l'equità nell'azione, in una prospettiva coerente con l'approccio di "Salute in tutte le politiche". Lo svantaggio sociale rappresenta il principale singolo fattore di rischio per salute e qualità della vita. Le persone, le famiglie, i gruppi sociali e i territori più poveri di risorse e capacità sono anche più esposti e più vulnerabili ai fattori di rischio che sono bersaglio del Piano e ai fattori di stress che minano la resilienza delle persone, soprattutto nelle finestre temporali cruciali per il loro sviluppo (es. infanzia e adolescenza).

Il profilo di salute ed equità della comunità rappresenta il punto di partenza per la condivisione con la comunità e l'identificazione di obiettivi, priorità e azioni sui quali attivare le risorse della prevenzione e al tempo stesso misurare i cambiamenti del contesto e dello stato di salute, confrontare l'offerta dei servizi con i bisogni della popolazione, monitorando e valutando lo stato di avanzamento nonché l'efficacia delle azioni messe in campo. Nell'accezione proposta dal LEA della Prevenzione, il profilo di salute della comunità rappresenta uno strumento strategico per una pianificazione regionale/locale degli interventi, coerente ai dati di contesto di natura epidemiologica, demografica, socioeconomica, comportamentale, organizzativa e permette di orientare la programmazione all'equità, all'intersectorialità e all'accountability.

Un aspetto cruciale è la disponibilità di dati aggiornati, con un dettaglio locale, sulla distribuzione per variabili sociodemografiche e socioeconomiche per costruire politiche e programmi di prevenzione intersettoriali e integrati, per orientarli anche in termini di scelte allocative delle risorse, modulandoli sui gruppi per i quali sono emerse le maggiori criticità. Il Nuovo Sistema di Garanzia (DM del 12 marzo 2019 pubblicato in G.U. il 14 giugno 2019 e operativo a partire dal 1 gennaio 2020) prevede la possibilità di monitorare le disuguaglianze sociali in tutti gli altri indicatori di garanzia dei LEA, attraverso l'integrazione tra i dati del Nuovo sistema infor-

mativo sanitario e i dati di fonti statistiche esterne che raccolgono informazioni su almeno una variabile di tipo sociale.

20.2 I Piani regionali ed i piani aziendali di prevenzione

I Piani Regionali di Prevenzione (PRP) ed i Piani Aziendali di Prevenzione (PAP) sono lo strumento di attuazione e gestione a livello regionale ed aziendale delle attività di prevenzione e promozione della salute definite dal Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025. Essi rispondono all'esigenza di implementare sui territori, interventi di promozione della salute e prevenzione intersettoriali, integrati e coordinati da un unico, ben identificabile, centro di riferimento aziendale. A partire dalle indicazioni dei PRP, le Direzioni Aziendali delle ASL definiscono le priorità aziendali, che verranno declinate nei PAP, e stanziano e ripartiscono le risorse vincolate a livello nazionale e regionale al raggiungimento degli obiettivi del Piano Sanitario (Linea progettuale nazionale n° 4, "Piano Nazionale Prevenzione e supporto al piano Nazionale Prevenzione"). Le Direzioni Aziendali favoriscono, inoltre, l'implementazione dei PAP e ne monitorano lo stato di avanzamento con il supporto dei Coordinatori Aziendali (CA) di Piano e con il coinvolgimento delle diverse Macrostrutture Aziendali (Dipartimento di Prevenzione, Distretti, Dipartimento di Salute Mentale, presidi ospedalieri, ecc.) e di tutti gli agenti esterni coinvolti (Comuni, scuole, associazioni, etc).

21. La gestione del rischio (Risk management)

Il **Risk management in Sanità** attiene ai sistemi clinici, informatici, strutturali e amministrativi, ai processi e ai diversi rapporti utilizzati per rilevare, monitorare, valutare, mitigare e prevenire i rischi in ambito sanitario. Attraverso il Risk management, le organizzazioni sanitarie salvaguardano in modo proattivo e sistematico la sicurezza dei pazienti, i beni dell'organizzazione, l'accreditamento, i livelli di rimborso e la propria reputazione nella comunità di riferimento. La gestione del rischio in ambito sanitario si è tradizionalmente concentrata sull'importante ruolo della sicurezza dei pazienti e sulla riduzione degli errori medici; tali errori mettono a rischio la capacità dell'organizzazione di realizzare la propria missione e di proteggersi dalle diverse responsabilità.

È la legge 24/2017 (Gelli-Bianco) che ha posto per la prima volta in questo Paese l'obbligatorietà per le regioni e per le strutture sanitarie della gestione del rischio sanitario e la sicurezza delle cure del paziente quale strumento di tutela della salute alla luce dei principi costituzionali e sovranazionali e di strumento utile al raggiungimento di una maggiore qualità dei servizi erogati dal sistema sanitario. Tuttavia ad oltre sei anni dalla sua promulgazione, il percorso normativo non è ancora concluso e la prevenzione del rischio in sanità rimane un tema importante su cui riflettere con l'obiettivo di ridefinire contenuti e metodologie in particolare per quanto riguarda la sicurezza del paziente negli ospedali, nei percorsi di cura nel territorio, nelle case della comunità, nelle RSA, fino a casa del paziente.

Il principio della norma sulla sicurezza delle cure rimane un obiettivo fondamentale di cui il sistema sanitario si deve far carico per coniugare diritto alla salute così come garantito dalla carta costituzionale insieme alla responsabilità dei cittadini del proprio percorso di cura e assistenza.

La disponibilità di fondi offerti dal PNRR e le tecnologie moderne sono un'opportunità da utilizzare al meglio, realizzando una compenetrazione tecnico assistenziale e manageriale per creare valore e ridurre gli sprechi in sanità. La ripartenza del Servizio Sanitario Nazionale passa dalla sua riorganizzazione.

Per questi motivi, gli ospedali e i sistemi sanitari dovrebbero implementare ed ampliare i loro programmi di Risk management, passando da un approccio prevalentemente reattivo, volto a promuovere la sicurezza dei pazienti e a prevenire "l'esposizione legale" dell'organizzazione, ad un approccio sempre più proattivo che considera il rischio attraverso la "lente" molto più ampia dell'intero ecosistema sanitario.

Va inoltre evidenziato che dal 2017 sono state avviate circa 300.000 cause per colpa medica, 35.000 ogni anno le richieste di risarcimento per danno biologico (compreso il decesso). La maggior parte dei casi denunciati riguarda l'attività chirurgica (38,4%), gli errori diagnostici (20,7%), terapeutici (10,8%) e le infezioni ospedaliere (6,7%). Un fenomeno in costante crescita, eppure oltre l'80% delle cause finisce in

un nulla di fatto, che però pesa sulle casse dei contribuenti 22,5 miliardi di euro l'anno (attività giudiziaria e risarcitoria), il 15% della spesa sanitaria annuale.

Una cifra che riflette la difficile situazione del sistema, tanto da condizionare l'attività assistenziale nella pratica della medicina difensiva. Si tratta di prestazioni in più che i camici bianchi erogano per timore di contenziosi, generando un incremento della spesa sanitaria pari a 10 miliardi di euro, lo 0,75% del Pil e il 10% del fondo sanitario nazionale, incidendo sui costi della sanità per l'11%.

22. La sostenibilità economica per i farmaci innovativi

L'innovazione e la ricerca, i nuovi dispositivi e vaccini, la definizione di terapie sempre più mirate ed efficaci hanno contribuito e continueranno a contribuire al generale miglioramento della qualità della vita dei cittadini ed al crescente innalzamento delle aspettative di vita. Al contempo, però, si evidenzia una crescita esponenziale dei costi che potrebbero minare la sostenibilità economica del servizio sanitario nazionale, uno dei pochissimi ancora ispirato a principi di universalità e uguaglianza, sanciti dalla Costituzione (art. 32).

Con l'età media della popolazione e le aspettative di vita crescenti, così come le patologie cronic-degenerative (i pazienti cronici sono stimati nella misura dell'85% tra la popolazione over 65), anche i bisogni cambiano: come rispondere a questi bisogni, per evitare che vengano a crearsi profonde differenze regionali e sociali? Non è posta in discussione l'efficacia di una diffusa prevenzione farmacologica quanto, piuttosto, la possibilità di poterla sostenere attingendo alle risorse attualmente disponibili.

Si pone, quindi, la necessità di scegliere tra alternative concorrenti (grado di rischio del paziente/aspettativa di vita/terapia). Un impegno non facile in un sistema universalistico ma anche l'OMS dichiara che la dinamica demografica e l'evoluzione epidemiologica associate all'innovazione tecnologica impongano ai sistemi sanitari modelli di valutazione sempre più raffinati per garantire un uso delle risorse in grado di restituire salute in modo efficiente ed equo.

Quindi la scelta tra opzioni alternative nei modelli di allocazione delle risorse dovrebbe basarsi su modelli valutativi in grado di catturare tutte quelle dimensioni del "valore" rilevanti per i singoli e per la collettività per garantire sostenibilità al sistema sanitario sia in senso economico che sociale (HTA - Health Technology Assessment).

Su questo punto l'OMS pone al mondo della sanità pubblica e alla comunità dell'HTA a livello nazionale ed internazionale, un nuovo e più sfidante traguardo: *perfezionare i propri metodi per garantire processi di allocazione delle risorse tali da garantire a tutti l'accesso alle migliori cure, evitando l'esclusione, la discriminazione e la marginalizzazione dei più deboli.*

Il processo di digitalizzazione della sanità, verso cui stanno muovendo i sistemi sanitari moderni, rappresenta uno strumento estremamente potente che consente il reperimento di moltissimi dati e informazioni in merito agli esiti clinici di un sempre più ampio numero di strategie terapeutiche. Nell'ottica della razionalizzazione delle risorse disponibili, la disponibilità di database amministrativi (Sistema Tessera Sanitaria - TS e Banca Dati Assistito - BDA) che registrano e monitorano i consumi e i rimborsi del paziente da parte del Sistema Sanitario Nazionale consente il reperimento di informazioni a basso costo, tendenzialmente relative a tutti i servizi presenti (a breve anche per le prestazioni della sanità privata) in un

determinato contesto sanitario, utili a livello di controllo e gestione, la cui integrazione rappresenta un potente strumento da affiancare ai metodi classici degli studi epidemiologici.

22.1 Conclusioni

La cura della salute produce effetti positivi sul benessere individuale e su quello della società nel suo complesso. La sostenibilità di un welfare che eroga tutti i servizi a tutti i cittadini va affrontata puntando ad interventi mirati di efficientamento dei servizi e all'identificazione dei bisogni prioritari da soddisfare a reale beneficio dell'intera popolazione. In un contesto quale quello attuale, caratterizzato dalla contrazione della spesa pubblica da un lato e dalla disponibilità crescente di innovazione in ambito di tecnologie sanitarie dall'altro, è *fondamentale la misurazione e valutazione dell'innovazione in quanto, quando efficace sebbene caratterizzata da alti costi, offre notevoli benefici al sistema*. Per aprire la strada all'innovazione e all'equità dell'accesso delle terapie è necessario individuare e potenziare l'HTA.

23. La sostenibilità economica dei dispositivi medici innovativi

Il settore dei dispositivi medici è cresciuto moltissimo negli ultimi anni e si è sviluppato diffusamente fino a rivestire un ruolo decisivo nell'ambito del comparto sanitario. Le tecnologie applicate alla Salute stanno infatti acquisendo un'importanza sempre maggiore in termini di efficacia diagnostica, terapeutica e di migliore qualità della vita per le persone ma soprattutto consentono di aumentare l'efficienza del sistema sanitario. Riuscire a coniugare e garantire la sostenibilità del sistema e l'innovazione è l'obiettivo su cui si è orientata da anni l'azione del Governo.

L'introduzione di un nuovo dispositivo medico all'interno di un contesto sanitario rappresenta un momento di cambiamento importante che investe più soggetti: l'organizzazione che deve prepararsi ad introdurlo, gli operatori che devono utilizzarlo nel migliore dei modi, i pazienti che beneficeranno dei vantaggi rispetto ai sistemi in uso. L'ingresso di una nuova tecnologia è quindi un vero e proprio progetto con l'individuazione di azioni, tempi, risorse, ruoli e aspettative di risultato. La valutazione, rappresenta quindi un momento cruciale, in cui di fatto si decide non solo se introdurre o meno una tecnologia ma soprattutto se tale introduzione costituirà un successo o meno per quella organizzazione, se la tecnologia verrà utilizzata al pieno delle proprie potenzialità o se verrà sottoutilizzata, se contribuirà a migliorare la salute dei pazienti, o se finirà, come molte tecnologie, in qualche magazzino, in attesa di improbabili tempi migliori.

La complessità di progetto è strettamente correlata alla peculiarità del settore tecnologico di riferimento. Parliamo infatti di un settore dove convergono il meglio della ricerca e sviluppo di una molteplicità di discipline, sia prettamente ingegneristiche - come la meccanica, l'elettronica, l'informatica, la robotica, sia di indirizzo medico biologico. Inoltre, la complessità della valutazione è legata alla continua evoluzione dell'intero settore, elemento, quest'ultimo, che più di ogni altro condiziona sia l'ambito produttivo che quello gestionale.

Il rischio di escludere dalle scelte i prodotti innovativi, effettuate con gare pubbliche attraverso le politiche del prezzo migliore, è molto alto, è quindi evidente che solamente uno studio preliminare effettuato attraverso le metodologie dell'Health Technology Assessment può affrontare tutte le tecnologie sanitarie, ivi incluse le procedure mediche e chirurgiche, gli interventi preventivi, i modelli organizzativi, dall'adozione alla dismissione. La portata dei temi che possono essere affrontati con questo strumento (seppure con diversi gradi di approfondimento) è ampia ed è importante che sia supportato da adeguate risorse finanziarie.

Concludendo, per poter governare l'innovazione tecnologica in sanità è quanto mai necessaria una competenza che abbia basi solide nell'ambito di riferimento con una visione tecnologica di sistema ed un adeguato finanziamento al settore dell'HTA che possa valutare celermente le scelte di innovazione, garantendo al contempo la sostenibilità del SSN.

24. Le informazioni ed i dati

Dopo la previdenza la sanità è il secondo fattore di spesa italiano ma, nonostante sia ricca di dati, **sia generati sia raccolti**, stenta a farne un uso ottimale anche causa del quadro normativo complesso e di non facile ricostruzione specialmente per quanto riguarda il corretto inquadramento di molteplici situazioni da una prospettiva di **protezione dei dati stessi**.

Anche per combattere la “burocrazia”, come visto nel capitolo specifico, sarebbe necessario superare questi limiti per sfruttare questo enorme potenziale e trasformarli in conoscenze al servizio dei cittadini.

Il benessere e la vita dei cittadini, la prosperità e la stabilità delle società e delle economie, e lo sviluppo sostenibile in generale, sono strettamente correlati al **livello di salute della popolazione**.

Nella pratica quotidiana numerosi sono i trattamenti che vedono coinvolti i **dati personali** e quelli appartenenti alle categorie particolari (prevalentemente di natura sanitaria) per i quali gli addetti ai lavori si trovano di fronte alla necessità di porsi numerose domande e molto spesso sorgono dubbi operativi che, di solito, necessitano di approfondimenti e confronti.

L'uso intensivo e ormai quasi esclusivo di **servizi e di prodotti sanitari** digitali, in rapida evoluzione grazie alle **nuove tecnologie** rischia di vedersi limitato a causa della spesso farraginosa ricostruzione di ruoli e limiti imposti dalle norme, in special modo per il governo e la ricerca nella sanità.

In tutti gli Stati esiste una ricca e diversificata raccolta di dati sanitari e medici, conservati in forma elettronica. Tali dati elettronici possono includere **cartelle cliniche elettroniche**, informazioni di laboratorio con dati diagnostici, immagini mediche, dati di prescrizione, di dispensazione, provenienti da registri delle malattie, sulle vaccinazioni, dati sui determinanti della salute, dati provenienti da studi (non) interventistici e da registrazioni anagrafiche, compresa la causa di morte e si affiancano ai dati amministrativi.

Oggi lo scenario normativo tende a definire modelli sanitari sempre più caratterizzati dalla raccolta di informazioni sulle **prestazioni sanitarie** rese all'assistito al fine di delineare un **preciso profilo sanitario** dello stesso, inteso come risorsa per il progresso e la sostenibilità del sistema sanitario, che al contempo deve essere considerato anche come bene fondamentale per la tutela dell'identità personale e delle libertà fondamentali dell'individuo, come afferma anche il Garante per la privacy sull'Ecosistema dati sanitari (Eds).

Il Gdpr, oltre all'introduzione di nuovi principi e adempimenti, ha sancito il passaggio da un approccio meramente formale ad un approccio sostanziale che **ha messo in crisi**, il sistema del copia & incolla (paper compliance) e le organizzazioni sanitarie di ogni livello devono affrontare una vera e propria **evoluzione culturale** che imporrebbe di rivedere e ripensare la struttura dei processi organizzativi.

Su questo tema l'Europa sta compiendo sforzi innegabili in materia di regolamentazione dei dati sanitari, dei certificati digitali, in materia di utilizzo del Cloud per la condivisione dei dati e della protezione dei dati. Sforzi convergenti verso la volontà di sfruttare il potenziale dei dati sanitari in linea con i principi della proposta di regolamento sullo **Spazio europeo dei dati sanitari** (Ehds) e la promozione dell'uso di nuove tecnologie, tra le quali l'**Intelligenza artificiale**, per incrementare il loro potenziale di **miglioramento della diagnosi** e dei trattamenti, senza dimenticare che, già nel titolo, il Gdpr disciplina anche la libera circolazione dei dati personali e non la semplice protezione. Ed ovviamente, i dati personali devono poter circolare (altrimenti sono inutili ai fini del progresso) purché adeguatamente protetti.

Infine, con la proposta sull'Ehds, l'Ue intende aiutare le persone ad **assumere il controllo dei propri dati sanitari** e sostenerne l'uso per migliorare l'erogazione dell'assistenza sanitaria, la ricerca, l'innovazione e l'elaborazione delle politiche. Non da ultimo l'Ue vuole promuovere e sfruttare appieno le potenzialità offerte da uno scambio, dall'utilizzo e dal riutilizzo sicuro dei dati sanitari.

Da questo punto di vista, lo spazio europeo dei dati sanitari è un **vero e proprio ecosistema specifico** per l'ambito sanitario che comprende strutture, regole, norme e pratiche comuni e una struttura di governo che punta a:

- conferire alle persone un maggiore accesso digitale ai propri dati sanitari personali elettronici e un maggiore controllo sugli stessi, a livello nazionale ed europeo, sostenendo al contempo la loro libera circolazione, favorendo un mercato unico per i sistemi di cartelle cliniche elettroniche, i dispositivi medici pertinenti e i sistemi di Intelligenza artificiale ad alto rischio (uso primario dei dati).
- fornire un sistema coerente, affidabile ed efficiente per l'utilizzo dei dati sanitari per la ricerca, l'innovazione, l'elaborazione delle politiche e le attività normative (uso secondario dei dati).

A fronte, però, di tale quadro normativo di principio che sembrerebbe agevolare il trattamento e la circolazione dei dati personali sanitari per le finalità proprie del settore, **la realtà si scontra** con ulteriori norme che, almeno a livello interno, sembrano essere piuttosto rigorose, se non limitanti.

Limitazioni che partono da quelle relative alla **stratificazione della popolazione** (qualificabile come profilazione da un punto di vista di data protection), prevista dall'articolo 7 del **decreto Legge 34/2020** e recentemente richiamata tanto nel Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), quanto nel **decreto ministeriale 77/2022**, ossia il "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale" che le Regioni devono attuare al proprio interno.

È ormai innegabile, infatti, che la pressoché totale digitalizzazione dei sistemi e

dei dati sanitari ha radicalmente modificato l'approccio al trattamento degli stessi, poiché ormai, per esempio, è impensabile poter fare **programmazione sanitaria** senza l'utilizzo di strumenti quali la stratificazione e l'interconnessione di flussi sanitari, soprattutto se si considera che la programmazione svolge un ruolo decisivo e che, oggi, non si può pianificare senza l'uso di dati. La stratificazione della popolazione per profili di rischio, **attraverso algoritmi predittivi**, permette di differenziare le strategie di intervento e la presa in carico degli assistiti sulla base del livello di rischio, del bisogno di salute e del consumo di risorse.

Occorre quindi delineare in modo chiaro i rapporti tra le diverse componenti degli strumenti di sanità soprattutto da un punto di vista digitale, descrivendo la titolarità dei trattamenti effettuati attraverso gli stessi, individuando le responsabilità e i compiti dei soggetti che se ne avvalgono nonché le relazioni tra i vari soggetti coinvolti.

La condivisione dei dati sanitari comprende molte parti interessate, tra le quali i pazienti, gli operatori sanitari, i responsabili politici, i ricercatori, l'industria farmaceutica, l'industria dell'Informatica sanitaria, gli organismi di valutazione delle tecnologie sanitarie (Hta), gli organismi notificati e le autorità di regolamentazione, come l'Agenzia europea del farmaco (Ema) e le agenzie nazionali per i medicinali.

Il ruolo svolto da questi stakeholder dipende dall'accesso e dall'utilizzo dei dati sanitari, in particolare se si tratta di un accesso diretto ai dati sanitari per l'assistenza (uso primario) o di un riutilizzo dei dati sanitari raccolti inizialmente per altri scopi, come la ricerca, la definizione delle politiche o il processo decisionale normativo (uso secondario).

Tra i vari stakeholder, quindi, si possono annoverare a livello nazionale il Ministero della Salute, affiancato da altri soggetti che ruotano nella sua orbita, come l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AgeNaS), l'Istituto superiore di sanità (Iss), il Consiglio superiore di sanità (Cs) e l'Agenzia italiana del farmaco (Aifa). A queste si aggiungono, a livello generale, istituti ed enti come le Aziende sanitarie (Asl, AO, IRCSS, Policlinici universitari) e le strutture accreditate.

Per quanto riguarda il **trattamento dei dati sanitari** da parte delle Aziende sanitarie, forse il più corposo in termini di quantità e qualità, esso è regolato dalla normativa in materia di protezione dei dati personali e dalle disposizioni in materia sanitaria, la cui finalità principale è quella di garantire l'erogazione di prestazioni sanitarie di qualità ai cittadini, in conformità con le normative vigenti nonché per ricerche scientifiche e sviluppare nuove tecnologie sanitarie.

Oltre al richiamato nuovo approccio sostanziale, il Gdpr ha introdotto per la disciplina della protezione dei dati personali un concetto maturo in altre discipline, ma ancora ai primi passi per la data protection: l'accountability.

Infatti, è proprio **tale principio di responsabilizzazione** che deve far maturare nei titolari del trattamento la necessaria consapevolezza di valutare tutti gli aspetti ed i soggetti coinvolti nel trattamento in questione.

È evidente che i ruoli e le responsabilità meritino un lavoro certosino di analisi personalizzata del trattamento ed individuazione accuratissima delle responsabilità nel trattamento stesso.

Il compito è pertanto quello di individuare, per esempio, attraverso una **matrice di assegnazione delle responsabilità** (matrice Raci) in ogni fase del trattamento perché, scendendo al livello regionale, le cose si complicano giacché, agli stakeholder principali (tipicamente le Asl e le regioni stesse) si affianca una seria di soggetti (pubblici e non) come, per esempio, le Agenzie regionali, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (Irccs) gli enti convenzionati o accreditati, i medici di medicina generale (Mmg) e i pediatri di libera scelta (PLs), le farmacia e gli enti di ricerca.

Di seguito si riporta un elenco, evidentemente non esaustivo, di soggetti utilizzatori del Sistema informativo regionale:

- strutture sanitarie per finalità di diagnosi e cura
- Mmg / PLs
- strutture e agenzie regionali per finalità istituzionali e previste dalla legge
- registri di patologia
- servizi di prevenzione e screening
- strutture sociosanitarie
- strutture private convenzionate o accreditate
- farmacie
- parafarmacie
- enti di ricerca.

Nell'elenco appaiono effettivamente coloro che trattano i dati personali degli assistiti per diverse finalità, ma **non si deve ignorare il coinvolgimento di altri soggetti** (di natura prevalentemente tecnica) che si occupano:

- del trasporto dei dati (connettività di rete)
- della gestione dell'infrastruttura server (se on premise o nel cloud)
- della gestione applicativa del software in questione
- della gestione delle postazioni di lavoro.

Da qui si procede fino ad arrivare ai soggetti autorizzati al trattamento e agli amministratori di sistema.

Ad ogni soggetto **si deve attribuire un ruolo** con la relativa formalizzazione e, nel caso dei responsabili esterni, questi potrebbero ricorrere anche a dei sub responsabili. Ognuno di questi soggetti **deve adottare e dimostrare** di aver adottato le misure tecniche ed organizzative di propria competenza e soprattutto deve essere effettuata un'analisi preventiva circa la capacità del soggetto esterno di garantire sufficientemente la messa in atto di misure tecniche e organizzative adeguate.

Fino a qui emerge quindi uno **scenario eterogeneo e molto complesso**, da cui de-

riva l'importanza del principio di accountability attraverso il quale si interrompe il circolo vizioso del cosiddetto "scaricabarile".

La normativa vigente, tra gli altri, ha previsto il ruolo del titolare del trattamento, del responsabile, del sub responsabile, del contitolare ed infine dell'autorizzato al trattamento.

La scelta di un ruolo in luogo di un altro è fondamentale proprio per **delimitare con certezza le responsabilità** ma anche l'ambito di azione sui dati personali oggetto del trattamento.

Vi potranno inoltre essere soggetti che non accedono ai dati personali, ma che decidono finalità e mezzi e, pertanto, tali soggetti assumeranno un ruolo nel trattamento, come pure ci potranno essere soggetti che non accedono materialmente ai dati, ma che li ospitano nel loro data center (hosting) e, per tale motivo, assumeranno un ruolo ben preciso con la specifica responsabilità in caso di perdita di disponibilità dei dati personali.

In questo senso va inteso il concetto di disponibilità, ma il Gdpr prescrive l'obbligo di garantire anche la confidenzialità e l'integrità dei dati personali, ragion per cui ogni soggetto deve applicare le adeguate misure di sicurezza tecniche ed organizzative.

24.1 Possibili soluzioni

Nel GDPR non sono prescritte chiaramente le misure di sicurezza che devono essere implementate, proprio per la sostanzialità e la sartorialità della compliance rispetto al caso concreto.

Del resto, sarebbe assurdo pensare che il Gdpr sia applicabile orizzontalmente e allo stesso modo **tanto ai Big del tech** quanto al piccolo laboratorio di analisi di provincia.

Per provare a creare **una cornice giuridica** tra i vari soggetti titolari, le strade da percorrere, quindi, sembrano almeno tre:

- ritenere la sussistenza di un rapporto di contitolarità tra i vari soggetti appartenenti al servizio sanitario, vieppiù a livello regionale
- rendere interoperabili le banche dati e lasciare che i singoli soggetti agiscano in qualità di autonomi titolari (con tutti i limiti visti fino ad oggi in merito all'interoperabilità tra i sistemi informativi sanitari delle regioni)
- prevedere un'apposita previsione e normativa che disciplini in maniera organica ed aggiornata ai nuovi dettami del Gdpr.

La contitolarità si riferisce alla responsabilità condivisa tra la Regione e gli enti stessi per garantire che, i dati personali dei cittadini, siano trattati in modo rispettoso della privacy e della sicurezza. Rappresenta, quindi, l'impegno della Regione e degli enti del servizio sanitario regionale a lavorare insieme per garantire che i dati personali dei cittadini **siano trattati in modo sicuro e rispettoso della loro privacy**.

Per fare ciò, tra i vari contitolari deve essere sottoscritto un apposito accordo di contitolarità.

La via dell'**interoperabilità** è prevista dal Codice dell'amministrazione digitale (Cad) e dalle **Linee guida AgID** sull'interoperabilità tecnica tra le Pa e la **Piattaforma digitale nazionale dati**, in modo da rendere la **circolazione dei dati standardizzata e sicura**, in coerenza con il modello di interoperabilità delle pubbliche amministrazioni (ModI).

In questo caso, la titolarità del dato e del trattamento, pur passando da un sistema ad un altro, non cambia e i soggetti operano come titolari autonomi (**articolo 50 comma 3bis Cad**).

La strada della **normativa puntuale**, invece, sarebbe la più risolutiva per quanto più lunga e tortuosa.

Va anche detto che, in passato, sono stato sollevati rilievi di costituzionalità circa una eventuale normativa regionale in tema di protezione dei dati personali, anche se in ambito sanitario (notoriamente di competenza regionale), come sostenuto nel 2005 dalla Corte costituzionale con la **sentenza 271**, la materia della tutela dei diritti sarebbe di stretta riserva statale.

Normativa che andrebbe indagata alla luce del Gdpr e delle nuove previsioni del Codice della privacy, in particolare l'articolo 2-sexies recentemente modificato con l'introduzione della locuzione "atti amministrativi generali" al comma 1 e comma 1bis. C'è anche da dire che, da qualche tempo, i provvedimenti legislativi hanno iniziato a tenere in considerazione tali risvolti, indicando espressamente i ruoli dei soggetti coinvolti e gli altri requisiti previsti dal Gdpr.

Vi è anche un altro aspetto importante da sottolineare, come seconda voce di spesa dello Stato, anche la sanità è spesso preda di una spesa improduttiva, che non risparmia il settore ICT, e che genera posti di lavoro che potrebbero essere definiti come "*ammortizzatori sociali*". Per rendere più esaustivo il concetto proviamo a fare degli esempi: tutti i Comuni italiani hanno la stessa normativa che regola il loro funzionamento, eppure abbiamo 7.904 sistemi informativi diversi nel nome della libera concorrenza, stesso ragionamento si potrebbe fare per i sistemi amministrativo/contabili delle Aziende sanitarie pubbliche. Un approccio sistemico non solo porterebbe dei risparmi in termini economici ma consentirebbe di garantire l'interscambio del personale con maggior efficacia nella gestione complessiva ed inoltre garantirebbe un maggior impegno da parte dell'industria verso i sistemi informativi clinici, che sono la vera risorsa per una sanità sostenibile.

24.2 Conclusioni

I dati e le informazioni sono utili, se non vitali, per le persone e la scienza e, le persone, sono disposte a condividere i propri dati se esiste una motivazione che meriti la loro fiducia.

Occorre sfruttare questo enorme potenziale per trasformare la ricchezza di dati sanitari in conoscenze al servizio dei cittadini e per prevenire, diagnosticare e curare meglio le malattie. I dati sanitari possono contribuire a ottenere un'assistenza più efficiente, di maggiore qualità, più sicura e più personalizzata, e al contempo contribuire al miglioramento dei servizi dell'assistenza sanitaria.

Un approccio sistemico basato su ontologie standardizzate permetterebbe una migliore fruizione dei dati.

L'abbandono dei sistemi amministrativo/contabili verticali sulle singole aziende sanitarie permetterebbe una maggiore concentrazione degli investimenti tecnologici sui sistemi informativi clinici.

Infine, è bene ricordare che i dati sanitari e l'utilizzo nella ricerca scientifica degli stessi contribuiscono a trasformare radicalmente la sanità pubblica e rivoluzionare i sistemi sanitari, consentendo miglioramenti dell'assistenza sanitaria, ed arrivando anche a svolgere un ruolo cruciale nell'accelerazione dello sviluppo di nuovi prodotti e cure per i pazienti più bisognosi, come la ricerca sui vaccini anti-covid ha in passato permesso di comprendere.





CAPITOLO IV

La tecnologia

25. La diagnostica ed i dispositivi medici

I dispositivi medici autorizzati sono oltre 60.000 e sono strumenti utilizzati in medicina per la diagnosi, prevenzione, controllo o trattamento di una malattia, di una ferita o di un handicap, per la sostituzione o modifica dell'anatomia o di un processo fisiologico, nonché strumenti volti ad intervenire sul concepimento.

L'immissione sul mercato, la messa a disposizione (per la distribuzione) e la messa in servizio (cioè, la disponibilità per l'operatore finale) nel territorio italiano dei dispositivi medici e medico-diagnostici in vitro è consentita per i dispositivi recanti la marcatura CE, la quale dimostra la conformità ai requisiti essenziali della direttiva o regolamento di riferimento.

Il 26 maggio 2021 è entrato in vigore il Regolamento UE n. 2017/745 sui dispositivi medici (Medical Device Regulation, "MDR") che ha abrogato le precedenti direttive europee in materia.

Il 26 maggio 2022 è entrato in vigore il Regolamento UE n. 2017/746 sui dispositivi medici in vitro (*In Vitro Diagnostic Medical Device Regulation*, "IVDR"), che ha abrogato la precedente direttiva europea in materia.

L'MDR ha introdotto importanti modifiche alla disciplina della produzione e commercializzazione dei dispositivi medici, aumentando il livello di sicurezza e prestazione degli stessi e ridisegnando i compiti e le responsabilità degli operatori economici coinvolti nell'intera filiera.

Il 28 settembre 2022, sono entrati in vigore i Decreti legislativi 137 e 138 del 5 agosto 2022, pubblicati nella Gazzetta Ufficiale del 13 settembre 2022, con l'obiettivo di assicurare l'adeguamento, da parte di tutti i soggetti coinvolti (organismi notificati, operatori economici e operatori sanitari), alle disposizioni dettate dai Regolamenti (UE) 2017/745 e 2017/746.

Con Decreto Ministeriale 31/03/2022 è stata istituita la rete nazionale della Dispositivo-Vigilanza, con lo scopo di favorire lo scambio tempestivo delle informazioni riguardanti gli incidenti e le azioni di sicurezza che coinvolgono i dispositivi medici, i dispositivi medico diagnostici in vitro e i dispositivi di cui all'allegato XIV del Regolamento (UE) 2017/745.

I soggetti coinvolti nella rete sono: gli operatori sanitari, i responsabili locali della vigilanza (RLV), i responsabili regionali della vigilanza (RRV) e la Direzione Generale dei Dispositivi Medici e del Servizio Farmaceutico del Ministero della Salute.

Per supportare la rete è previsto un sistema informativo nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), che raccoglie le informazioni relative a:

- dati di contatto del responsabile locale della vigilanza e del responsabile regionale
- rapporti di incidenti compilati dagli operatori sanitari
- estratti dei rapporti di incidente elaborati dai fabbricanti
- azioni di sicurezza.

26. Sanità digitale: ehealth, connected care, one health

Da anni se ne parla, ma ora l'Italia tutta deve compiere l'ultimo passo che conduce all'era della sanità digitale. Deve farlo, però, consapevole che la digitalizzazione non è il traguardo, bensì uno strumento a servizio dell'obiettivo, che nel caso del Ssn è il diritto alla Salute, equo e universale. Oggi il PNRR, sia nella Missione 6 sia nella Missione 5, prevede cospicui investimenti nel Digital applicato al mondo sanitario, tuttavia l'impressione è che il sistema stia faticando, e non poco, a trovare la quadra di una rivoluzione che, sebbene annunciata e indispensabile, non riesce ancora a trovare sostanziale uniformità a livello nazionale.

26.1 Le principali problematiche insite nella visione incentrata sul paziente.

L'evoluzione tecnologica ci consente di focalizzare l'attenzione sui processi di prevenzione, diagnosi e cura incentrati sul paziente anche in ottica one-health, ovvero considerando anche i fattori ambientali e sociali. Tuttavia sussistono ancora alcune problematiche da risolvere per semplificare i processi e far sì che le tecnologie non diventino una ulteriore incombenza burocratica bensì un supporto alla efficienza ed efficacia del SSN.

Il cittadino utilizza diverse modalità di accesso ai servizi sanitari: sanità pubblica, privata accreditata, privata non accreditata, integrativa, assicurativa.

La sanità pubblica fatica a rendere «interoperabili» i dati sanitari. Il PNRR ha tra gli obiettivi questa azione integrando anche i dati sanitari delle strutture private accreditate. Oggi circa 14 milioni di persone si servono della sanità complementare (welfare aziendale, fondi integrativi, assicurazioni). Le informazioni relative alle prestazioni erogate dalla sanità complementare **non sono patrimonio pubblico** ed incidono sul FSE e sui «patient summary» che risultano largamente incompleti.

Nonostante le prescrizioni del CAD, ad oggi l'uso della cartella clinica elettronica non è obbligatorio, (la legge prevede e predilige la gestione elettronica delle pratiche cliniche attraverso l'utilizzo della cartella clinica digitale e i sistemi di prenotazione online - art.47-bis del decreto-legge 5/2021).

Dal 2016 il CAD ha reso obbligatorio che certificati e documenti digitali siano identificati tramite firma elettronica. Ad oggi una buona percentuale di medici non la utilizza.

FSE ed EDS: Sotto il profilo giuridico ed archivistico i dati/documenti deve essere nella disponibilità di tutti ma la titolarità dei dati/documenti è in capo al soggetto li produce (nello specifico le Aziende Sanitarie o le Regioni in quanto ente che gestisce la sanità - legislazione concorrente, art. 117 Costituzione, comma 2).

Sotto il profilo tecnico i dati/documenti devono essere raccolti e fruiti in base alla interconnessione e alla interoperabilità nella modalità cloud e trattati secondo quanto stabilito dal GDPR: quindi non duplico dati/documenti territoriali ma, al contempo, lo Stato deve poter elaborare dati a livello nazionale (in questo caso specifico per gli scopi di programmazione e ricerca) secondo modelli e standard

stabiliti secondo l'articolo 117/lettera r) della Costituzione.

A livello regionale/territoriale devo potere utilizzare i dati secondo le esigenze della sanità territoriale (ad esempio per verificare quali cure sono state effettuate fuori regione – mobilità sanitaria).

Quindi, il sistema dei dati in sanità dovrà essere un sistema interconnesso ed interoperabile nel quale le Regioni meno performanti affideranno all'EDS stesso la gestione.

I dati sanitari esigono protezione e sicurezza sotto un duplice profilo "esterno" e "interno". Da un lato, infatti, essi necessitano di una tutela rafforzata rispetto ai rischi di accesso indebito, alterazione, manipolazione, connessi ad attacchi cibernetiche sempre più spesso diretti a sistemi informativi sanitari, proprio in ragione del pregiudizio esponenziale derivante dalla paralisi dei servizi sanitari.

- La nascita della Agenzia Nazionale sulla Cybersicurezza ha permesso di separare l'organizzazione della sicurezza e l'intelligence e si aprono scenari costruttivi che miglioreranno il sistema Italia rispetto alcune attuali forti difficoltà.
- Le criticità nel SSN sono equiparabili sia sul fronte pubblico che su quello privato accreditato e riguardano le diverse possibilità di fruizione degli attuali pilastri normativi e piattaforme tecnologiche nazionali (tra cui CAD, AGID, PNSC, NIS, CERT, PNRR, FSE, ANA). Attualmente vi è una asincronia nell'accesso a tali strumenti nel rapporto tra pubblico/privato sul fronte normativo, di fruizione delle piattaforme, nella programmazione/approvigionamento, ovvero sul fronte dell'organizzazione della sicurezza (**censo-mento degli asset, analisi del rischio**). Tali pilastri nazionali della digitalizzazione potrebbero e dovrebbero essere meglio sfruttati o adeguati.
- Serve un'applicazione più rigida delle norme europee sulla sicurezza informatica per un migliore controllo, inteso come governo degli asset, della loro vetustà e rinnovo, delle loro caratteristiche operative. Un censimento nazionale che consenta di capire il livello di maturità delle singole strutture in ottica NIS (Network and Information Security) per avere il famoso elenco di asset affidabili a livello regionale/nazionale.

Ad oggi gli uffici del Garante hanno interpretato in modo molto restrittivo l'utilizzo dei dati sanitari da parte dei team multidisciplinari che non siano afferenti alla stessa struttura (Ospedale o Azienda Sanitaria Locale o Servizi sociali e sociosanitari territoriali) e che tutti insieme provvedano al processo di cura del paziente cronico o temporaneamente fragile. Lo stesso avviene, in assenza di norma primaria, per quanto riguarda le attività di prevenzione (predittive).

- Il Garante nel provvedimento del 7 Marzo 2019 ha ribadito che i trattamenti ammessi sono quelli necessari per finalità di cura, chiarendo inoltre alcu-

ne ipotesi che, siano pure connesse alla finalità di cura, non rientrano in quanto previsto ex art. 9, par. 2 lett. h e, pertanto, necessitano sia dell'informativa che del consenso. Tra queste ipotesi, si ricorda il trattamento dei dati sanitari per il tramite delle App mediche, del FSE, e dei Referti on line.

- Il Ministero della Salute, in data 15 luglio 2022, ha sottoposto al Garante, al fine di raccoglierne il parere ai sensi del citato comma 7 dell'art. 12, uno schema di decreto sul FSE e uno schema di decreto che prevede la realizzazione dell'EDS (Ecosistema dati sanitari), e che su entrambi, il Garante, rispettivamente con Provvedimenti n. 294 e 295 del 22 agosto 2022, ha espresso parere negativo.

Nel prossimo breve periodo ci sarà una forte diminuzione dei medici di medicina generale e pediatri (pensionamenti) e, a quanto ci riportano le due Federazioni di rappresentanza, FIMMG e FIMP, non è previsto un adeguato reintegro. Questo comporterà (e già sta succedendo) un incremento significativo del numero dei pazienti pro-medico (innalzamento della quota massimale). La conseguenza è necessariamente una diminuzione del tempo che ogni medico potrà dedicare al singolo paziente.

- L'evoluzione della funzione del medico di medicina generale verso la gestione (associata e non) di servizi complessi deve essere riconsiderata alla luce dei nuovi compiti e doveri verso il paziente e delle nuove opportunità indotte dalle tecnologie o dai nuovi assetti organizzativi. Il MMG/PLS riceve oggi richieste da tutti i canali social e non (Telefono, Email, WhatsApp, Telegram, SMS, Signal, etc...), ed attraverso gli stessi canali risponde (in modo spesso non sicuro). Tra l'altro una ricerca fatta dalla FIMG evidenzia che circa l'80% delle chiamate non è per problemi di cura ma per informazioni generiche.
- Il cittadino esce dallo studio del MMG/PLS con la prescrizione e, dove non esistono accordi specifici, deve rivolgersi ai diversi CUP per effettuare la prenotazione (con i noti problemi per le lunghe liste di attesa).
- I medici oggi usufruiscono di alcune norme che gli permettono di organizzarsi in gruppi/reti, con l'obiettivo primario di fornire un servizio sanitario migliore e più completo. I gruppi/reti sono normati e permettono ai medici che ne fanno parte di ricevere dei contributi economici.
 - o Affinché però il gruppo sia riconosciuto deve avvenire che la gestione della scheda sanitaria individuale del paziente deve essere obbligatoriamente su supporto informatico mediante software tra loro compatibili sia per la Rete che per il Gruppo. Per la Rete deve essere previsto il collegamento reciproco degli studi medici con

sistemi informatici tali da consentire l'accesso alle informazioni relative agli assistiti dei componenti l'associazione; per il Gruppo i vari supporti informatici devono essere in rete.

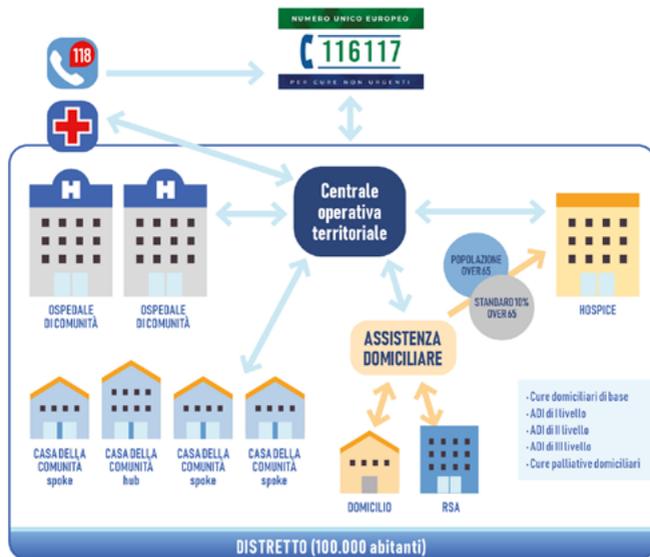
- o Tutto questo oggi si traduce nel vincolo che ogni medico del gruppo deve avere lo stesso software. Questo comporta che sul mercato non esiste un vero modello competitivo che stimoli la crescita tecnologica, ma al contrario, c'è un blocco. Blocco che ha creato sul mercato pochi interlocutori con in mano molti medici, creando di fatto centri di potere con i quali le Regioni e non solo sono costretti a scendere a compromessi (e che poco implementano i FSE).
- o La soluzione sarebbe quella di creare punti di raccordo delle informazioni a gestione Regionale e richiedere come vincolo alle piattaforme tecnologiche di realizzare sistemi di comunicazione e interscambio (linee guida – ontologia). Potrebbe essere il fascicolo Regionale oggi e Nazionale domani a svolgere questo compito.

La salute dei cittadini non è oggetto esclusivo del SSN, bensì un insieme di servizi resi da più Enti. INPS per la disabilità, INAIL per l'inabilità al lavoro, i Comuni per i servizi di assistenza domiciliare in caso di disabilità anche temporanea o per il rilascio di permessi per disabili.

Il rafforzamento delle norme sulla Televisita permetterebbe al medico di svolgere la propria professione correttamente, assistendo il paziente nel confort della propria abitazione senza obbligarlo a recarsi allo studio.

Il recepimento entro il 2025 (deroga chiesta dall'Italia) del sistema europeo di verifica dei medicinali, istituito nel 2016 in attuazione della direttiva anticontraffazione (62/2011/UE) e del relativo Regolamento delegato, con eliminazione del "bollino" adesivo attraverso un sistema di antifalsificazione, può migliorare il processo riducendo i tempi di erogazione dei farmaci da parte dei farmacisti.

27. Le tecnologie per la sanità territoriale



Nella figura è rappresentato il modello proposto per un distretto tipo (60/100.000 abitanti) evidenziando tutte le componenti necessarie all'assistenza territoriale.

Dal punto di vista **informatico**, dobbiamo gestire il **flusso del paziente** lungo i percorsi, di qualunque natura essi siano: sia quando sono **altamente strutturati**, come nel caso dei PDTA, sia quando sono più **liberi e flessibili** perché costruiti in itinere, in funzione degli esiti dei vari controlli e accertamenti a cui il paziente è sottoposto. Dal punto di vista tecnico, questa nuova organizzazione ha la necessità di una **struttura informatica di supporto** che, oltre alle normali caratteristiche di facilità d'uso, affidabilità, sicurezza e via dicendo, deve permettere il **facile accesso alle informazioni prodotte dai diversi attori**, integrando i vari sistemi, App e dispositivi che potranno essere usati nella pratica clinica giornaliera.

Si può facilmente affermare che **l'organizzazione della Sanità** può essere rivista tutta come una **organizzazione di sanità territoriale** e che lo specifico sistema informativo a supporto può essere realizzato **già da ora**, usando tecnologie tutte presenti sul mercato.

Anche sul piano del monitoraggio del paziente, i software permettono di raccogliere i dati in comode dashboard che mostrano i parametri vitali, come temperatura, pressione, saturazione, permettendo di avere un quadro aggiornato per ogni paziente.

È chiaro, dunque, che in un'ottica di cambio di paradigma, in cui il paziente dovrà essere posto al centro dell'attenzione, gli strumenti digitali dovranno essere la trama che tiene uniti tutti gli organismi e le professionalità coinvolte.

28. Fascicolo Sanitario Elettronico

28.1 FSE, cosa cambia

Il Fascicolo Sanitario Elettronico, a seguito delle modifiche apportate alla disposizione di riferimento dettata dall'articolo 12 del decreto-legge n. 179 del 12 ottobre 2012, è destinato a diventare, a tutti gli effetti, **il repository** di tutte le informazioni sanitarie di ogni cittadino, aggiornate in maniera continuativa.

Il FSE contiene infatti l'insieme dei dati e dei documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi, riguardanti l'assistito, riferiti anche alle prestazioni erogate al di fuori del Servizio sanitario nazionale. Le novità da ultimo apportate introducono, da un lato, **una temporizzazione stringente per il caricamento delle relative informazioni**, che dovranno alimentare il FSE **entro cinque giorni** dall'erogazione delle prestazioni. Si amplia anche il totale complessivo delle informazioni, in quanto obbligati all'inserimento sono non solo tutti gli operatori pubblici ma anche quelli privati, sia accreditati che autorizzati.

Contenuti e dati

Inoltre, è stato soppresso il riferimento esplicito ai soggetti deputati alla presa in cura dei pazienti: ciò significa che l'onere di alimentare il FSE ricadrà su tutti gli esercenti la professione sanitaria, coinvolgendo complessivamente le fasi di diagnosi, cura e riabilitazione. Di primario interesse, infine, anche la individuazione di una ulteriore e nuova funzione del FSE, consistente **nell'alimentare l'EDS – Ecosistema dei Dati Sanitari**. In questo senso, va rilevato infine come sia stato dato il via libera a cura della Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 2 marzo 2022 (rep. atti n. 22/CSR) allo schema di Dpcm sul Fascicolo sanitario elettronico (in sostituzione dell'attuale datato 29 settembre 2015, n. 178).

Il provvedimento – 30 articoli suddivisi in sette capitoli – stabilisce, oltre a quanto dovrà essere contenuto del Fascicolo sanitario elettronico (FSE), responsabilità e compiti degli attori coinvolti, garanzie e misure da adottare nel trattamento dei dati personali e diverse modalità di accesso al FSE. Il provvedimento prevede, inoltre, che il FSE dovrà **contenere dati comuni in tutte le Regioni**: (dati identificativi dell'assistito, referti, verbali di pronto soccorso, lettere di dimissione, consenso o diniego alla donazione di organi) e altri dati integrativi, lasciati alla discrezionalità delle Regioni (prescrizioni specialistiche e farmaceutiche, prenotazioni specialistiche e di ricovero, cartelle cliniche, Adi, vaccinazioni).

Le nuove funzioni di Agenas

Prima di analizzare più ampiamente l'EDS, da rilevare anche l'incremento di funzioni in capo ad Agenas, deputata a potenziare l'utilizzo del FSE attraverso **l'adozione periodica di apposite linee guida** (la cui adozione era in precedenza demandata ad AgID) funzionali a dettare le regole tecniche necessarie, tra l'altro, a garantire

l'interoperabilità del FSE, e dei dossier farmaceutici, a livello regionale, nazionale ed europeo. Inoltre, l'Autorità dovrà operare per favorire l'identificazione dell'assistito allineando le banche dati esistenti con l'ANA – Anagrafe Nazionale degli Assisti, definendo infine la realizzazione di EDS.

28.2 Ecosistema dati sanitari, gli obiettivi

L'Ecosistema dei Dati Sanitari (EDS), con la finalità di garantire **il coordinamento informatico e assicurare servizi omogenei sul territorio nazionale**, viene alimentato dai dati trasmessi dalle strutture sanitarie e socio-sanitarie, dagli enti del Servizio sanitario nazionale e da quelli resi disponibili tramite il sistema Tessera Sanitaria. Il Ministero della salute è titolare del trattamento dei dati raccolti e generati dall'EDS, la cui gestione operativa è affidata all'Agenas, che la effettua in qualità di responsabile del trattamento per conto del Ministero stesso.

Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro delegato per l'innovazione tecnologica e la transizione digitale e con il MEF, **verranno individuati i contenuti dell'EDS**, le modalità di alimentazione dello stesso ecosistema, oltre che i soggetti che vi hanno accesso, le operazioni eseguibili e le misure di sicurezza per assicurare i diritti degli interessati. Per assicurare, coordinare e semplificare la corretta e omogenea formazione dei documenti e dei dati che alimentano il FSE, AGENAS, d'intesa con la struttura della Presidenza del Consiglio dei ministri competente per l'innovazione tecnologica e la transizione digitale, ed avvalendosi della società di gestione del sistema informativo dell'amministrazione finanziaria, rende disponibili alle strutture sanitarie e socio-sanitarie specifiche soluzioni da integrare nei sistemi informativi delle medesime strutture con le seguenti funzioni:

- **controllo formale e semantico** dei documenti e dei corrispondenti dati correlati prodotti dalle strutture sanitarie per alimentare FSE;
- **conversione delle informazioni** secondo i formati standard;
- **invio dei dati** da parte della struttura sanitaria verso l'EDS e, se previsto dal piano di attuazione del potenziamento del FSE, verso il FSE della regione territorialmente competente per le finalità di prevenzione.

29. Telemedicina (Ministero della salute, 2022)

Nell'ambito della cronicità i servizi di Telemedicina possono realizzare le seguenti finalità sanitarie:

- a) prevenzione: attraverso servizi dedicati alle persone già classificate a rischio o già affette da patologie (ad esempio diabete o patologie cardiovascolari), le quali, pur conducendo una vita normale, devono sottoporsi a costante monitoraggio di alcuni parametri vitali, al fine di ridurre il rischio di insorgenza di complicazioni.
- b) diagnosi: attraverso la rapida e sicura circolazione delle informazioni diagnostiche tra i diversi operatori sanitari coinvolti; ad esempio, attraverso la possibilità di trasmettere gli esami diagnostici refertati dallo specialista, presso l'ambulatorio del medico di medicina generale, la farmacia, il domicilio del paziente.
- c) cura e riabilitazione: attraverso la trasmissione di dati relativi ai parametri vitali tra il paziente (a casa, in farmacia, in strutture assistenziali) e una postazione di monitoraggio, per la loro interpretazione e l'adozione delle scelte terapeutiche necessarie (ad esempio, servizi di Teledialisi).

In particolare la teleriabilitazione rappresenta un tipo di riabilitazione applicata a distanza attraverso la tecnologia elettronica usata come mezzo di comunicazione ed informazione. I principali attori coinvolti nell'erogazione dell'assistenza sono il "Centro erogatore" e il "Centro servizi"; il Centro servizi ha la funzione di gestione e manutenzione del sistema informativo attraverso il quale le informazioni sanitarie generate dall'utente arrivano al Centro erogatore e gli esiti della prestazione sanitaria eseguita dal Centro erogatore sono comunicati all'utente.



CAPITOLO V

Le proposte per un SSN universale e sostenibile

30. Del cittadino

Come si possono misurare i sistemi sanitari?

Domanda di difficile risposta perché il sistema salute è estremamente complesso, se semplifichiamo al massimo possiamo dire che si possono misurare incrociando due esigenze: la domanda e la risposta; ovvero che c'è una esigenza manifestata da una parte della popolazione che comporta (purtroppo non sempre) la copertura di questa esigenza con una offerta di servizio/prodotto. Quindi la misura può essere la semplice presenza di un servizio che risponde a una richiesta, c'è non c'è.

Ma, come detto il sistema è complesso ed allora ci dobbiamo porre altri obiettivi: la quantità di domanda soddisfatta; la qualità del servizio, quali vantaggi concreti sulla salute ha determinato; come ha percepito il servizio il cittadino.

Nel mondo della salute un interrogativo che ci si pone è il perché e come si genera una domanda. Ma ammesso si generi una esigenza che venga codificata, l'esigenza è rappresentata da persone che sono intrinsecamente molto diverse. Elementi come l'età, l'istruzione, la capacità di spesa, la cultura, la tipologia d'impiego, il dove si abita (città, campagna, vicinanza a vie di comunicazione) e molte altre variabili generano tipologie di richiesta che prevedono soluzioni anche molto diverse tra loro. Quindi il "valore" che viene dato, dalle persone e dai sistemi, a questa esigenza, è differente nella qualità e nell'intensità.

Quindi gli aspetti sono due: il perché nasce una esigenza e dove questa emerge sia nella tipologia delle persone che del territorio e quale risposta si è progettato di dare, tenendo conto dell'organizzazione da cui si parte, nei suoi pregi e difetti.

Prevedere o monitorare la soddisfazione del cittadino paziente è un fattore decisivo per arrivare ad avere piena consapevolezza di tutto ciò.

Gli aspetti del valore del percorso di cura predisposto dal SSN (ed in particolare dalle singole organizzazioni che lo compongono) deve essere dimostrato e dimostrabile cioè misurabile proprio come un elemento farmacologico, perché non basta rispondere a un bisogno ma serve farlo bene, non solo agli occhi del paziente, ma anche certificando l'efficacia dei risultati in termini di mantenimento o guadagno di salute.

È evidente che dare delle risposte efficaci ed efficienti sul territorio comporta una serie di vantaggi di sanità pubblica con dei risparmi economici veramente consistenti. Dunque questa visione duale del fenomeno (paziente/organizzazione) avrà costi e risparmi diretti e indiretti.

Però capita spesso che conoscendo il perché si esprime la domanda, si reagisca a questa con una offerta ritenendo con ciò raggiunto l'obiettivo.

Il problema è che si può rispondere alla domanda, disinteressandosi completamente da chi viene, ed infatti sarà lui a doversi adattare. Questo è l'atteggiamento più frequente che si ha nella burocrazia e di conseguenza nel SSN.

Non vi è il necessario interesse all'ascolto dei cittadini ma è la "vita propria as-

sociativa dei sistemi organizzati” che, dominando, determina come dovrà e sarà organizzata la risposta.

Dal punto di vista dei sistemi, ovviamente, l’organizzazione erogatrice dei servizi, lo fa nel modo più “congeniale alle sue esigenze”, non sempre quelle più economiche, perché deve rispondere, come organizzazione complessa, a molte istanze, elementi che arricchiscono il suo funzionamento associativo.

In sostanza è un po’ la storia del paziente che si incammina verso la montagna SSN o che la montagna si organizza per raggiungere il cittadino. Il costo per il paziente dipende molto dalla sua età e dalla complessità della patologia. Paradossalmente il costo per il SSN ha elementi simili come l’età degli elementi della sua organizzazione (resistenza al cambiamento, parco macchine ecc) e complessità associativa. Ma questo è il solo problema di avvicinamento, che non tiene conto della complessità del paziente cittadino e della montagna SSN. Infatti se lo scopo è quello di soddisfare una esigenza, in modo equo, efficace ed efficiente, non è solo importante come le due cose si avvicinano ma anche come lo fanno e quali sono i risultati nel breve medio periodo.

Questo lo ha insegnato in modo esplicito e crudele il Covid-19. Se analizziamo i cluster d’età, e qui si parla non di tracciamento ma di vera e propria erogazione di cure e di controllo di pazienti sintomatici, l’età è dai 50 anni in su, dunque coerente con la fascia di età in cui i soggetti sono afflitti da una o più patologie croniche. Le più frequenti di queste sono la cardiovascolare, la respiratoria, la diabetica da sole o spesso associate tra loro ma anche con una maggiore incidenza degli eventi oncologici.

Infatti è pacifico che a questi cluster d’età è associata la maggiore spesa per il SSN che si identifica soprattutto con ricoveri, sia che siano appropriati che no, dispendiosi, ripetuti, imprevisi a cui si associa una spesa non indifferente di cura farmacologica, diagnostica ecc.

Il Covid-19 ha colpito maggiormente questi cluster d’età con eventi tragici ma è circolato nei cluster più giovani. Per questi pazienti è stato spesso necessario il ricovero ed essendo numeri importanti il sistema ospedaliero è andato in crisi: troppi casi in troppo poco tempo e con degenze lunghe. Pertanto l’esigenza primaria doveva essere, per logica, quella di tenere lontano le persone dagli ospedali. Il come farlo è altrettanto coerente: offrire loro un sistema diagnostico e cure non intensive sul territorio.

In sostanza il disegno si completa e si manifesta in modo chiaro e semplice: l’ospedale deve essere raggiunto solo per esigenze precise non risolvibili sul territorio. Se questo non succede sarà preso d’assalto, entrerà in crisi con pesanti conseguenze sulle persone. Non è necessario il Covid-19, bastano le sole epidemie influenzali. Sono nella memoria di tutti le cronache di assalti al pronto soccorso con gente sistemata alla meglio nei corridoi degli ospedali.

Ciò significa che è da riprogettare il rapporto dell'ospedale con il territorio il che significa che debbono essere integrate tutte le risorse disponibili sul territorio stesso. Questo non vale solo per le epidemie infettive ma anche quelle delle patologie croniche come il diabete, patologie cardiovascolari, respiratorie, cancro, le demenze ecc. Per tutte queste se l'ospedale è l'unica possibilità per i cittadini questi, o i familiari di questi, lo prenderanno d'assalto per qualsiasi variazione dello stato di salute, proprio o del congiunto, con ricoveri impropri o non programmati, portando verso costi insostenibili per il SSN. Nella fascia d'età oltre i 65 anni con due patologie vi è circa il 23% della popolazione cioè 12 milioni di persone. Il paziente a casa può costare centinaia di euro al mese ma per un solo ricovero raggiunge le migliaia di euro al giorno. Se il ricovero non è programmato, i costi sono più alti perché l'organizzazione sarà più lenta a rispondere a quella specifica esigenza.

Ma per organizzare una diagnosi e una cura a bassa intensità diffusa sul territorio è necessario individuare le risorse disponibili ma soprattutto immaginare strategicamente le possibili integrazioni tra di loro con diversi livelli di responsabilità. Il tutto si terrà se saranno progettate "vie di comunicazioni", necessariamente digitali, e "linee guida di funzionamento".

È un'area vasta che include l'abitazione o le abitazioni del paziente/cittadino, le strutture territoriali delle ASL, gli ambulatori ma anche tutti i servizi che esistono dalle farmacie ai servizi postali. Li possiamo dividere in strutture fisse, le abitazioni, farmacie, ambulatori e laboratori pubblici e privati ecc. e in servizi mobili, come i servizi postali, la polizia locale o altre come quelle del volontariato e i servizi già presenti delle ASL territoriali ecc. Dunque dei luoghi, delle connessioni ma manca il motore valutativo e questo non può essere quello dei medici di famiglia, pediatri, medici del SSN, integrato con servizi delle diverse professionalità infermieri, fisioterapisti, tecnici ecc.) che agiscono nell'alveo delle diverse competenze.

Per questo sono necessarie linee guida di "funzionamento" per facilitare l'integrazione professionale, ma anche per dare al cittadino delle informazioni puntuali.

L'influenza di questo livello territoriale si sovrappone a quella dell'influenza dell'ospedale che eroga servizi ad alta intensità o cure ad alta complessità.

La connessione tra questi due macro aree non può che essere garantito da un "sistema nervoso digitale" proprio del territorio ma integrato con quello dell'ospedale.

Questo serve per conservare e far circolare le informazioni utili alla cura e preziose per il paziente che debbono integrarsi ovviamente con il fascicolo sanitario elettronico, unica grande infrastruttura funzionante a livello nazionale. Alle macro aree, ospedale e territorio, potrebbero associarsi, a seconda delle necessità, altre macro aree, non di natura geografica, ma funzionale come quella sulle demenze, sul genere, pediatriche ecc. In sostanza un sistema accessibile, ingegnerizzabile, ma che per funzionare necessita di professionalità adeguatamente formate. Que-

sta formazione dovrebbe insistere molto sull'empatia verso il malato, ben presente in tutti quelli che lavorano a diretto contatto con il malato, ma che potrebbe essere persa da coloro che lo "vedono" solo tramite monitor con la inevitabile spersonalizzazione del contatto.

30.1 I costi della burocrazia

Un'altra faccia del problema è la burocrazia, il distogliere tempo dalle attività di diagnosi e cura ai professionisti per gestire i processi amministrativi.

Al fine di individuare i tempi e i costi della burocrazia in termini di peso sul fatturato annuo della singola Unità Operativa ospedaliera andrebbero intraprese alcune attività di ricerca, seguendo semplici fasi di analisi così grossolanamente riassumibili:

1. Individuare, coinvolgendo direttamente gli operatori sanitari, un sistema di monitoraggio di un paniere di procedure burocratico-amministrative a carico delle figure professionali sanitarie di forte impatto nell'attività quotidiana di assistenza.

Esempio di procedure a carico degli operatori sanitari:

- Individuazione di tutte le informazioni necessarie all'avvio di ogni specifico procedimento
 - Acquisizione della modulistica
 - Compilazione di modulo di istanza/comunicazione/denuncia
 - Predisposizione di rapporto/relazione/documenti
 - Annotazioni su formulari e registri
 - Generazione di copia della documentazione
 - Trasmissione, agli uffici ospedalieri/alla pubblica amministrazione/a soggetti terzi
 - Richiesta di ulteriori informazioni/Integrazioni documentali
 - Rilascio dell'autorizzazione / della documentazione / del materiale dal parte della azienda
 - Assistenza a verifiche / controlli/ispezioni
2. Creare una mappatura per ognuna delle procedure individuate che consenta di delineare il processo di adempimento, le fasi e sotto fasi di questo processo, le peculiarità e i "colli di bottiglia", al fine di rilevare nello specifico, per ogni fase e sotto fase di cui si compongono le procedure, le ore/uomo necessarie all'adempimento.
 3. Sulla base della mappatura delle ore/uomo rilevare i tempi di espletamento delle procedure che le varie unità operative ospedaliere si trovano ad affrontare, dedicando a questa attività risorse che vengono interamente o in parte sottratte alle attività assistenziali.
 4. Sulla base dei risultati ottenuti nel calcolo dei tempi necessari a portare a compimento ogni procedura, calcolare i costi della burocrazia in termini

di ore/uomo a carico dei singoli reparti, stimando così il costo delle procedure in percentuale sul fatturato medio annuo del reparto considerato.

5. Calcolare i costi ombra delle procedure, cioè i costi derivanti dai tempi di attesa che caratterizzano le autorizzazioni/forniture/assistenza tecnica ecc. in termini di mancata redditività.

La misurazione degli oneri amministrativi (MOA) così come avviene per le imprese, potrebbe essere realizzata sulla base dello Standard Cost Model (SCM), adottato dalla maggior parte dei paesi dell'Unione Europea e dalla stessa Commissione Europea. Una siffatta analisi consentirebbe di evidenziare oggettivamente se l'attuale modello organizzativo del personale sanitario ospedaliero è congruo e soddisfa gli obiettivi di funzionalità-efficacia-efficienza oppure, secondo il parere di molti operatori sanitari, se è un modello che genera spreco di risorse.

All'analisi sopra riportata, va anche aggiunto il costo dovuto alla demotivazione professionale che si avverte in moltissimi operatori sanitari proprio a causa dell'impatto che il carico burocratico ha avuto su professioni che per cultura, formazione e tradizione millenaria non hanno niente di "burocratico".

In particolare oggi, dove le risorse messe in campo per la digitalizzazione dal PNRR sono ingenti, sarebbe utile investire per semplificare le procedure digitalizzandole. Tutto ciò consentirebbe al paziente di avere il SSN sempre vicino, ai professionisti della sanità di poter svolgere il loro lavoro senza l'assillo della burocrazia, ma allo stesso tempo consentirebbe al SSN di "avere il polso" dello stato di salute dei propri assistiti.

Per garantire un futuro sostenibile al SSN questa non è una utopia ma una necessità ed il PNRR è l'occasione.

Io, paziente fragile, voglio avere servizi di diagnosi e cura più vicini a me e non essere un numero per il SSN.

31. Del caregiver

L'impegno costante dedicato ad una persona cara può mettere alla prova l'equilibrio psico-fisico del caregiver, i rapporti all'interno del suo nucleo familiare e la rete delle sue relazioni.

La condizione del caregiver familiare è spesso caratterizzata da un forte impatto emotivo e relazionale che può creare malessere e disagio se vissuto in solitudine.

Il lavoro di cura può avere serie implicazioni sul piano fisico, relazionale, emozionale ed economico, fino a comportare un impatto sulla salute ed incidere sulle condizioni psicologiche e sulle reti relazionali del caregiver.

Per il caregiver diventa fondamentale, quindi, prendersi cura del proprio benessere. Servono pertanto maggiori opportunità di sostegno, condivisione, supporto relazionale, psicologico e di socializzazione. In particolare bisogna:

1. aumentare la comunicazione ed il flusso di informazioni verso il caregiver da parte degli Enti preposti (Comuni, INPS, Regione, etc);
2. implementare gli interventi di sollievo e sostegno destinati al caregiver familiare:
 - Interventi di sollievo domiciliari, da promuovere e sviluppare per garantire spazi di autonomia ai caregiver familiari, sollievo dall'assistenza, tempo per sé (ad esempio con interventi settimanali o bisettimanali di almeno alcune ore, a cura di personale qualificato, al domicilio della persona assistita).
 - Gli interventi nell'ambito dell'assistenza domiciliare sociale, di carattere socio-assistenziale e socio-educativa, possono essere integrati con gli interventi sanitari in relazione a quanto previsto in un Progetto personalizzato.
 - Interventi di sollievo semi-residenziali e residenziali (accoglienza temporanea di sollievo dell'assistito in struttura semiresidenziale e residenziale).

L'opportunità di accoglienza temporanea di sollievo in centro diurno o in struttura residenziale, definita in forma flessibile e orientata ai bisogni ed alle scelte dei caregiver e dei loro assistiti, risponde alle seguenti finalità:

- a) garantire un periodo di sollievo dall'assistenza, programmabile sulla base delle esigenze del caregiver stesso e della persona assistita;
- b) garantire tempestivamente, in situazioni di emergenza, al caregiver principale che improvvisamente deve sospendere l'attività di caregiving, in via temporanea o prolungata (es. problemi di salute), che al proprio caro non autonomo sia assicurata una adeguata assistenza personale;
- c) assicurare l'accompagnamento nella ridefinizione delle capacità di cura del caregiver principale a seguito di una modifica dell'equilibrio assistenziale conseguente alle mutate condizioni della persona assistita.

32. Dell'infermiere

Le sfide, oggi, che gli infermieri in Italia sono chiamati ad affrontare riguardano:

1) Carenza di personale infermieristico: gli studi ad oggi confermano che tra le principali cause determinanti la carenza di infermieri vi è l'invecchiamento della popolazione infermieristica, il mutamento delle condizioni lavorative, scarso numero di posti disponibili nei corsi di laurea:

a) Invecchiamento della popolazione infermieristica

Nel periodo 2021-2026 lasceranno il servizio almeno 52.000 infermieri, determinando anche la perdita di quel bagaglio di esperienze che ogni professionista ha accumulato nel tempo.

b) Mutamento delle condizioni lavorative

Il 50% degli infermieri dichiara di essere insoddisfatto del proprio lavoro per l'impossibilità di mantenere gli standard di cura attesi ed il loro mancato coinvolgimento nelle decisioni.

c) Scarso numero di posti disponibili nei corsi di laurea

Seppur siano pochi i posti messi a bando ogni anno dalle nostre università per Infermieristica, questi non vengono nemmeno coperti tutti.

d) Condizioni di lavoro estremamente stressanti

L'aumento dei carichi di lavoro è una diretta conseguenza della carenza di personale, la quale genera negli Infermieri il timore di non riuscire a garantire adeguati livelli di qualità e sicurezza dell'assistenza e di conseguenza una sensazione di incertezza sul proprio futuro e la perdita di fiducia nell'organizzazione e nei dirigenti, compromettendo il clima organizzativo, il senso di appartenenza e l'impegno lavorativo.

2) Retribuzione: gli infermieri in Italia guadagnano meno rispetto ad altri paesi europei, come il Regno Unito, la Germania o la Francia, il che può contribuire a renderla meno attrattiva ai giovani. Un infermiere italiano guadagna in media secondo il recente Conto annuale della Ragioneria generale dello Stato, circa 36.000 euro l'anno lordi, cioè circa 25.000 euro netti che su tredici mensilità sono poco più di 1.700 euro netti al mese.

3) Formazione e prospettive di carriera: i livelli bassi di retribuzione unitamente alle scarse prospettive di carriera, senza specializzazioni, non rendono attrattiva la professione infermieristica.

In questo senso, non è più rinviabile l'aggiornamento dell'assetto formativo universitario per gli Infermieri (Laurea triennale in infermieristica e master di I livello / corsi di perfezionamento), rendendolo coerente sia con le necessità organizzative del Sistema sanitario sia con le crescenti e maggiori responsabilità organizzative dell'Infermiere e con le relative legittime aspettative professionali di carriera. In

particolare, secondo la proposta FNOPI (Consensus, 2023), è necessario che:

- la laurea magistrale ad indirizzo clinico sia abilitante verso l'esercizio di un profilo professionale con competenze avanzate, nonché funzioni e attività specifiche distintive dal laureato triennalista (esempio la possibilità di prescrivere alcuni presidi). Si ipotizza che gli infermieri con laurea magistrale debbano essere almeno il 15-20% di quelli con laurea triennale
- la formazione per i ruoli di direzione sia garantita con percorsi distinti e successivi alla laurea magistrale, come ad esempio i master di II livello o i corsi di alta formazione, come in parte già avviene
- che vengano istituite scuole di specialità interprofessionali (quali ad esempio nell'ambito delle cure primarie e sanità pubblica, cure palliative, geriatria ecc) di almeno tre anni per l'acquisizione della specializzazione in un'area di indirizzo affine a quella conseguita con la laurea magistrale. A questo sarà necessario correlare anche il processo di reclutamento legato alla specializzazione come avviene per il personale medico. L'introduzione delle specializzazioni comporterà di riflesso un processo di "stratificazione" delle competenze nell'organizzazione dei servizi sanitari ed anche la possibilità di vederle riconosciute attraverso le recenti opportunità contrattuali, compresa la possibilità di esercitare l'intramoenia a seguito della abolizione strutturale con la legge del 26 maggio 2023, n. 56, (all'articolo 13) il vincolo di esclusività anche per le professioni sanitarie, le quali quindi possono esercitare la libera professione anche presso strutture diverse da quella di appartenenza al di fuori dell'orario di servizio
- che venga implementato anche del dottorato di ricerca post-laurea magistrale per incrementare le competenze utili a sostenere lo sviluppo della produzione scientifica nell'ambito disciplinare.

4) Nuove competenze e nuovi ruoli:

lo sviluppo di competenze avanzate gestionali e cliniche, in ogni ambito, potrà influenzare significativamente l'identità e il senso di appartenenza alla comunità professionale. È necessario progettare una nuova dimensione del professionista infermiere sia in senso verticale (line gerarchica/asse del management) che orizzontale (sviluppo dei ruoli professionali/asse della clinica). In questo quadro di riferimento, la nostra proposta prevede interventi (FNOPI, 2023):

- a) in senso verticale/asse del management.** La dirigenza infermieristica dovrà essere compresa nella direzione strategica aziendale (previa modifica della Legge 502 del 1992), occupando ruoli di pari livello gerarchico con il management direzionale (vedi regione Emilia Romagna e Regione Lombardia). Al contempo, anche i coordinatori infermieristici, inseriti all'interno di organizzazioni sempre più complesse, dovranno acquisire

competenze distintive, in particolare per l'integrazione fra professionisti in funzione dei bisogni e delle richieste dei diversi stakeholder. Per tale motivo la laurea magistrale, come si è detto poc'anzi, rappresenta il percorso formativo appropriato per l'acquisizione della certificazione abilitante all'esercizio delle funzioni di coordinamento.

- b) In senso orizzontale/asse della clinica,** sarà necessario perseguire l'allineamento tra domanda e offerta di competenze specialistiche acquisibili con livelli formativi differenziati (aziendali, regionali e/o universitari) per essere in grado di gestire determinati processi assistenziali legati a particolari tipologie di utenti. Questi professionisti saranno in grado di rispondere ai bisogni assistenziali più complessi (per esempio: infermieri stomatoterapisti e infermieri specialisti in *wound care*, in gestione *device picc team*, *pain nurse*, in rischio infettivo, di comunità e di famiglia, in ambito operatorio, etc.). L'infermiere magistrale eserciterà con competenza e conoscenze specialistiche, rispondendo alle richieste dei pazienti e dell'organizzazione stessa.

5) Valorizzazione dell'assistenza infermieristica:

questo rappresenta un punto essenziale per la Professione Infermieristica. Al fine di tracciare e rendere evidente il peso dell'assistenza infermieristica nell'ambito dei nuovi modelli organizzativi territoriali che vedono l'infermiere in prima linea, si rende necessario, nell'ambito del NSG (Nuovo sistema di Garanzia) Ministero della Salute, sviluppare un Nursing Minimum Data Set (NMDS) in grado di contenere un raggruppamento minimo di dati assistenziali a elevato contenuto informativo, per l'individuazione degli outcome dell'assistenza. L'utilizzo di tale NMDS Difesa, consentirà anche una migliore verifica dei "Livelli Essenziali di Assistenza" (LEA), attraverso l'evidenza degli outcome correlati agli interventi assistenziali ospedalieri e territoriali (FNOPI, 2023). La FNOPI sta già lavorando in questo senso.

33. Del medico di base (MMG e PLS)

33.1 Premesse

Esistono oggi almeno 4 tipologie di MMG:

- 1) Il medico competente ed organizzato, che gestisce l'intera filiera di cure del paziente, che ha una segreteria efficace, che utilizza un sistema informativo evoluto e riesce a gestire anche gli screening, effettua tamponi e vaccini, gestisce le complessità. Di solito lavora moltissime ore al giorno;
- 2) Il medico competente ma non organizzato, senza segreteria fa ciò che può;
- 3) Il medico "nascosto", che per diversi motivi gestisce il paziente a distanza e preferisce avere molto tempo a sua disposizione;
- 4) Il medico "vigile urbano", che invia i pazienti in modo sistematico dallo specialista.

Questi medici oggi sono valutati e pagati più o meno allo stesso modo (ovviamente sulla base di pazienti gestiti).

Ma l'evoluzione della funzione del medico di medicina generale verso la gestione (associata e non) di servizi complessi deve essere riconsiderata alla luce dei nuovi compiti e doveri verso il paziente e delle nuove opportunità indotte dalle tecnologie o dai nuovi assetti organizzativi, anche attraverso la revisione dell'Accordo Collettivo Nazionale, che comprendono:

- la relazione funzionale con le Case di Comunità attraverso le nuove reti tecnologiche e periodiche presenze connesse ai bisogni dei propri pazienti;
- le attività di prevenzione esaltate dalla disponibilità di tecnologie di monitoraggio da remoto attraverso la collaborazione del paziente stesso;
- la presa in carico delle patologie croniche, inclusi gli stati di maggiore fragilità e di grave non autosufficienza della persona;
- l'assistenza e cura nella casa di abitazione anche di patologie complesse, come quelle oncologiche o cardio-vascolari che richiedano il continuo aggiornamento dei protocolli terapeutici e delle linee guida;
- la prossimità del servizio attivando un presidio nell'ambito territoriale di assegnazione anche nel caso di struttura associata, ove la distribuzione della popolazione lo richieda;
- il carattere continuativo e non episodico della collaborazione con i colleghi specialisti;
- l'impiego di apparecchiature diagnostiche di base (gestite in proprio o da terzi sotto la sua supervisione) in modo da rafforzare il servizio ai propri assistiti, evitando disagi e accessi impropri in ospedale;
- la garanzia di reperibilità per almeno 12 ore al giorno per 6 o 7 giorni nella settimana attraverso la forma associata;
- la costante interazione con le RSA e gli ospedali di comunità in funzione dei propri assistiti che vi sono ricoverati;

- l'analisi dei profili socio-sanitari e sociali inerenti ciascun paziente in funzione di un approccio olistico ai bisogni potenziali o attuali di salute;
- l'utilizzo della telemedicina, del teleconsulto e del telemonitoraggio grazie ad una struttura di supporto tecnico, anche esterna;
- la primaria opera di implementazione e la capacità di utilizzo dei dati del Fascicolo sanitario elettronico degli assistiti.

La gestione dinamica dell'insieme di queste competenze e attività, in un contesto di servizi territoriali evoluti e tra loro connessi, conduce non solo al superamento dell'esercizio della professione in forma singola ma anche alla promozione di adeguate strutture spoke rispetto agli hub rappresentati dai Distretti e/o dalle Case di Comunità.

33.2 Le problematiche

Nel prossimo breve periodo ci sarà una forte diminuzione dei medici di medicina generale e pediatri (pensionamenti) e, a quanto ci riportano le due Federazioni di rappresentanza, FIMMG e FIMP, non è previsto un adeguato reintegro. Questo comporterà (e già sta succedendo) un incremento significativo del numero dei pazienti pro-medico (innalzamento della quota massimale).

La conseguenza è necessariamente una diminuzione del tempo che ogni medico potrà dedicare al singolo paziente.

Il MMG riceve oggi richieste da tutti i canali social e non (Telefono, Email, WhatsApp, Telegram, SMS, Signal, etc...), ed attraverso gli stessi canali risponde (in modo spesso non sicuro).

Il cittadino esce con la prescrizione e, dove non esistono accordi specifici, deve rivolgersi ai diversi CUP per effettuare la prenotazione.

33.3 Le possibili soluzioni

Affinché la *qualità* possa rimanere invariata si dovrà lavorare su più fronti:

- **agevolare i percorsi di cura e semplificare l'accesso ai servizi sanitari**
- **Introdurre strumenti informatici che possano supportare il medico nello svolgimento della professione**
- **Normare le attività a distanza tra medico e paziente - Televisita**

Di seguito alcuni spunti:

Abilitazione della Televisita per i certificati di malattia

Permettere al medico di emettere i certificati di malattia tramite una visita del paziente da remoto. Ad oggi la norma non lo permette, anche se di fatto spesso accade. Normare la Televisita permetterebbe al medico di svolgere la propria professione correttamente, assistendo il paziente nel confort della propria abitazione senza obbligarlo a recarsi allo studio.

Creare i presupposti legislativi per la Televisita, poi permetterà anche lo sviluppo di processi informatici di supporto.

Servizio di accoglienza per le urgenze/emergenze gestito da triagisti

Spesso si sente dire che l'afflusso dei pazienti al pronto soccorso è demerito dei medici di medicina generale che non svolgono il lavoro di filtro. Parlando con i nostri clienti emerge che la maggior parte delle persone che si recano al PS lo fa di propria iniziativa, senza confronto con il proprio medico. Questa prassi, difficile da smontare, potrebbe essere regolamentata con un servizio alla persona che permetta, magari tramite un numero unico, di indicare al paziente se è il caso o meno di recarsi al PS o se invece è opportuno chiamare il proprio medico. La differenza con quanto accade adesso sarebbe la garanzia di ricevere un supporto che oggi per il MMG, per quanto detto in premessa, è sempre più difficile.

Stabilire un linguaggio di riferimento per le piattaforme della sanità in modo che possano comunicare

I medici oggi usufruiscono di alcune norme che gli permettono di organizzarsi in gruppi/reti, con l'obiettivo primario di fornire un servizio sanitario migliore e più completo. I gruppi/reti sono normati e permettono ai medici che ne fanno parte di ricevere dei contributi economici.

Affinché il gruppo sia riconosciuto, è necessario che **la gestione della scheda sanitaria individuale del paziente avvenga obbligatoriamente su supporto informatico mediante software compatibili sia per la Rete che per il Gruppo**. Per la Rete deve essere previsto il collegamento reciproco degli studi medici con sistemi informatici tali da consentire l'accesso alle informazioni relative agli assistiti dei componenti l'associazione; per il Gruppo i vari supporti informatici devono essere in rete.

Tutto questo oggi si traduce nel vincolo che ogni medico del gruppo deve avere lo stesso software.

Questo comporta che sul mercato non esiste un vero modello competitivo che stimoli la crescita tecnologica, ma al contrario, c'è un blocco. Blocco che ha creato sul mercato pochi interlocutori con in mano molti medici, creando di fatto centri di potere con i quali le Regioni e non solo sono costretti a scendere a compromessi. La soluzione sarebbe quella di creare punti di raccordo delle informazioni a gestione Regionale e richiedere come vincolo alle piattaforme tecnologiche di realizzare sistemi di comunicazione e interscambio. Potrebbe essere il fascicolo Regionale oggi e Nazionale domani a svolgere questo compito.

Prescrizione farmaci su piano terapeutico

Analogamente a come avviene per strisce e lancette del diabete potrebbe essere

applicato a tutto migliorando la vita ai pazienti, il controllo delle patologie croniche e la spesa.

Agevolare rapporto tra medico e paziente

Introdurre soluzioni informatiche che possano semplificare il rapporto tra medico e paziente, permettendo di ridurre al minimo la necessità di recarsi presso lo studio. Spesso il paziente ha necessità di consigli o indicazioni che non necessitano la presenza e nemmeno di una risposta sul momento. La realizzazione di piattaforme in cloud dove medico e paziente possano condividere uno spazio di confronto, di scambiarsi messaggi o documenti, potrebbe essere la soluzione ottimale, che sposi l'obiettivo da raggiungere senza richiedere interventi tecnici o formativi lato paziente. Già oggi sul mercato esistono soluzioni con questa filosofia, ma spesso le normative ancorate ad un vecchio modo di fare medicina ne impediscono la diffusione:

- Un sistema sicuro e "proprietario" (nell'accezione che è nella esclusiva disponibilità della Regione o del singolo MMG) che gestisca tutti i tipi di comunicazione registrandoli e rendendoli omogenei Centralino Voip con gestione messaggistica (criptata ma proprietaria).
- Apertura delle agende regionali al MMG per la gestione delle prescrizioni più urgenti, in modo che il cittadino esca dallo studio medico sapendo già dove e quando andare ad effettuare la prestazione specialistica (visita od esame strumentale).
- Gestione in proprio da parte del MMG degli esami diagnostici più semplici (il paziente non deve più prenotare in altre strutture e si evitano esami inutili).

34. Del medico specialista

Medici ed infermieri fanno continuamente fronte a situazioni non standardizzabili, spesso in condizioni di emergenza e urgenza, con carichi di lavoro inimmaginabili, in un contesto dove la burocrazia amministrativa poco si addice al loro tipo di lavoro. Ci auguriamo pertanto che il Governo ascolti i professionisti del servizio sanitario, riconoscendone il fondamentale ruolo sociale attraverso una vera riforma e non una semplice manutenzione, che ricomprenda le modalità di finanziamento, ed una nuova governance per la gestione comune dei contratti, quello pubblico e quello convenzionato, valorizzando alcuni aspetti normativi comuni che eliminerebbero le barriere organizzative che oggi ostacolano il raccordo tra ospedale e territorio. Il mancato potenziamento della specialistica ambulatoriale, il settore della medicina che opera nel territorio, anche al di fuori degli ospedali, e che ha negli anziani e nei cronici i propri pazienti, è uno dei problemi per le lunghe liste di attesa. È quindi urgente aumentare l'offerta di medici specialisti che ci sono e che sono sottoutilizzati rispetto al concreto fabbisogno.

Va inoltre rafforzato il ruolo delle società scientifiche in merito ai percorsi di cura ed in particolare delle "linee guida" previste dalla legge 24/2017 che non siano la fotografia frammentata dell'esistente ma servano realmente alla Sanità per definire modelli standardizzabili di buona pratica clinica.

Alcune problematiche possono essere risolte oggi e ciò che serve potrebbe essere:

- mantenere l'attuale numero di contratti di formazione specialistica finanziati dallo stato centrale almeno a 13.500 all'anno, recuperando anche tutti i contratti persi o mai assegnati dal MIUR, nonostante i finanziamenti, e favorire così il riassorbimento dell'imbutto formativo che vede mediamente ogni anno circa 10.000 nuovi laureati in medicina, in attesa di uno sbocco formativo e vede anche 50.435 medici non specialisti nelle fasce d'età comprese dai 30 ai 44 anni che ancora non sono riusciti ad entrare in una scuola di specializzazione;
- incrementare i contratti di formazione specialistica finanziati direttamente dalle Regioni calcolati rispetto ai loro reali fabbisogni promuovendo anche tirocini pratici presso le loro strutture sanitarie pubbliche;
- avviare rapidamente una vigorosa campagna di assunzioni nel SSN, coprendo le attuali e future carenze eliminando ogni anacronistico vincolo di spesa, semplificando le procedure concorsuali, prolungando la validità delle graduatorie e permettendo, nel caso di carenza di partecipanti ai concorsi, una entrata al lavoro anticipata agli specializzandi dell'ultimo anno;
- garantire nel territorio la presenza di un numero di specialisti ambulatoriali necessari sia per prendere in carico i pazienti cronici (nelle Case della Comunità e Ospedali di Comunità) sia per rispondere alla richiesta di consu-

lenze specialistiche da parte dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nei loro ambulatori oppure nei poliambulatori pubblici, che certo non possono sparire, ma soprattutto a domicilio dei pazienti, favorendo sempre più una specialistica di prossimità integrando la diversa offerta specialistica delle case della comunità e gli ospedali di comunità;

- proporre agli specialisti ambulatoriali convenzionati interni il raggiungimento del massimale orario a 38 ore settimanali, oggi la media nazionale è di 21 ore settimanali, questo aumenterebbe l'offerta specialistica di 202.951 ore settimanali passando dalle attuali 360.095 ore settimanali ad un totale di 563.046 ore settimanali ottenendo lo stesso risultato di come se fossero assunti 5.341 nuovi specialisti nel SSN a 38 ore settimanali ma con il vantaggio di non andarli a cercare a Cuba in quanto già presenti in Italia e già operanti nel SSN;
- attribuire nuovi incarichi ed attivare nuovi turni, nelle branche specialistiche maggiormente carenti, ai numerosi specialisti che sono attualmente nelle graduatorie della specialistica ambulatoriale per le ore necessarie a coprirne il fabbisogno;
- utilizzare gli specializzandi del V anno negli ospedali pubblici e negli ambulatori con la presenza di un tutoraggio da parte degli specialisti in servizio il che porterebbe nelle strutture circa 8.000 medici al V anno di specializzazione nel 2023, 13.400 nel 2024, 17.400 nel 2025 e 13.041 nel 2026 e prevedendone poi una successiva assunzione a tempo indeterminato sia come dipendenti o come convenzionati interni dopo aver conseguito la specializzazione;
- rimuovere una volta per tutte le anacronistiche incompatibilità che attualmente stanno di fatto riducendo il serbatoio di specialisti disponibili ed impossibilitati a lavorare nel SSN a causa di queste norme divenute incomprensibili data l'attuale carenza;
- incentivare i medici che lavorano nelle aree disagiate del paese e nei servizi sanitari particolarmente delicati e che sono ad alto rischio professionale.

35. Del risk manager

La legge Gelli-Bianco del 2017 ha cercato di porre rimedio ad un corto circuito di richieste risarcitorie e di medicina difensiva. La norma prevede che il medico risponda del proprio operato all'azienda sanitaria di appartenenza e non al cittadino che, invece, dovrà ricorrere contro l'ente e non contro il professionista, a meno che non abbia stipulato un contratto con lui. L'onere della prova è a carico del cittadino che, ritenendosi danneggiato dal medico, deve portare una prova del presunto nesso causale tra il danno subito e la colpa del professionista. Infine, è esclusa la punibilità del medico che abbia rispettato le linee guida vigenti.

Tuttavia le linee guida non sempre sono aggiornate o esistono in relazione a tutte le patologie. Il medico rischia di trovarsi di fronte al bivio se scegliere di seguire le linee guida tutelandosi da eventuali atti giudiziari o adottare terapie più moderne, anche se ancora non previste dalle linee guida regionali od aziendali.

Probabilmente per questo motivo la legge non sembra aver segnato un deterrente alla litigiosità in materia sanitaria e, negli anni, la medicina difensiva è aumentata, oltre ad una ragione prevalentemente culturale per cui un tempo la gente accettava più facilmente la morte mentre oggi si hanno troppe aspettative dalla medicina che si è evoluta ma che non sempre può dare le risposte sperate.

In questo contesto il pronto soccorso sono la frontiera, il luogo in cui convergono tutti i pazienti che il territorio non gestisce. Con tempi di attesa che si allungano, moltiplicando i ritardi per i casi più urgenti, che diventano poi materia di contenziosi giudiziari nella caccia alle responsabilità individuali. La situazione non cambia nei reparti ospedalieri, come medicina, sotto pressione per la mole di ricoveri impropri: pazienti che potrebbero essere curati a casa se l'assistenza domiciliare funzionasse a dovere o lungodegenti che avrebbero bisogno di un diverso trattamento. Solo nel 2022 si sono registrati 1 milione e 300 mila ricoveri impropri.

Gli obiettivi prioritari dovrebbero essere quelli di superare le diversità di approccio nelle diverse realtà nazionali nella gestione del rischio e che non si limiti agli eventi sentinella, ma entri nei processi organizzativi delle attività clinico - assistenziali, nei percorsi diagnostici terapeutici, nel programma esiti, nell'accesso tempestivo alle cure, nell'appropriatezza delle cure ma, soprattutto, nella buona comunicazione con il paziente. Il tutto al fine di migliorare la sicurezza delle cure per il paziente e degli operatori sanitari, ma anche per garantire a questi ultimi di poter operare senza sentirsi "obbligati" ad una *medicina difensiva* che aggrava i costi del SSN.

36. Delle direzioni strategiche aziendali

La realizzazione degli investimenti del Piano nazionale di ripresa e resilienza sulla missione “Salute” e il passaggio al nuovo modello organizzativo di sanità territoriale previsto dal Dm 77 già nella loro prima attuazione stanno manifestando criticità, in particolare per quanto riguarda la mancanza di finanziamenti per le assunzioni e la formazione di nuovo personale, la riorganizzazione della medicina generale e l’integrazione socio-sanitaria con la rete ospedaliera.

Un altro tema di grande rilevanza è quello delle risorse umane nel settore sanitario. La mancanza di medici specializzati rispetto alla domanda, l’incremento dell’età media della popolazione lavorativa e la necessità di politiche del personale che valorizzino i professionisti e definiscano percorsi di carriera e sistemi di incentivazione, sono alcune delle sfide che attendono le aziende sanitarie nei prossimi anni.

L’erogazione dei servizi sanitari nel nostro Paese è caratterizzata da una certa diversificazione che le Regioni offrono a seconda della organizzazione e capacità finanziaria di ognuna. L’autonomia differenziata, se perseguita, rischia di accrescere ulteriormente questo divario, creando un quadro frammentato in cui l’accesso per i cittadini potrebbe variare notevolmente da Regione a Regione.

Un modello organizzativo maggiormente normato consentirebbe al management sanitario italiano di lavorare con maggior tranquillità, oggi anche una telecamera posizionata male ricade nelle responsabilità civili e penali del Direttore Generale.

37. Delle aziende ICT

Alle criticità del SSN la digitalizzazione può dare risposte concrete in termini di efficienza e sostenibilità, fornendo sia una rappresentazione puntuale delle condizioni di salute dei singoli pazienti su tutto il territorio nazionale che informazioni sanitarie utili alla programmazione ed alla prevenzione, nonché generando risparmi superiori alle cifre investite.

Numerosi studi affermano che digitalizzare i processi in modo sistematico può generare risparmi annui di 6/7 miliardi di euro per Ospedali e strutture sanitarie, a cui si sommano altri 7/8 miliardi di euro risparmiati dai cittadini grazie a un migliore utilizzo del loro tempo.

Il PNRR è una grande opportunità per la digitalizzazione del SSN, ma va ricordato che il principio di base è quello di semplificare processi e procedure a favore di cittadini ed imprese, ma anche di medici ed infermieri, e questo traguardo è molto lontano.

Pur con un miglioramento rispetto al decennio passato oggi abbiamo il 72,5% (447.359 dipendenti) che appartiene al ruolo sanitario, il resto a quello tecnico ed amministrativo. Numeri che, attraverso la semplificazione dei processi e la loro digitalizzazione potrebbero ridursi notevolmente a favore di dipendenti nei ruoli sanitari di cui c'è grande carenza.

Non sussistono problemi tecnici, quasi tutti sono stati ampiamente sviscerati, la direzione che stanno prendendo le regioni ed il DTD centralmente sono congruenti ed al contempo non vanno sopravvalutati i problemi di formazione del personale, se un sistema è di facile utilizzo (pensiamo all'uso degli smartphone) le persone lo usano, ma spesso l'informatico tende a trasferire in digitale il processo in uso, senza semplificarlo, aumentando così tempi e complessità (oggi una cartella clinica digitale si potrebbe comporre anche parlando con un tablet od uno smartphone). La telemedicina ed il nuovo FSE sono progetti di enorme rilevanza strategica che, tuttavia, possono rimanere imbrigliati in una ulteriore burocrazia che ne limiterebbe molto le potenzialità. Ma ricordiamo che nell'era del digitale ancora oggi l'uso della cartella clinica digitale è facoltativo e che, all'atto delle dimissioni del paziente, non viene consegnata la cartella clinica (che spesso vuol dire ripetizione di esami già fatti durante i periodi di cura e riabilitazione).

Nel FSE i documenti si stanno diversificando (ricette, lettera di dimissione, referto radiologia, referto laboratorio, referto ambulatoriale, patient summary), ma i dati ancora no, perchè c'è il tema del garante sull'EDS (Ecosistema Dati Sanitari) e della richiesta del nuovo consenso a tutta la popolazione che potrebbe ritardare ulteriormente l'adozione diffusa, e soprattutto i servizi erogabili.

Il FSE non è ancora "integrato" nei processi assistenziali / amministrativi: ad esempio, si dovrebbe fare in modo che le prenotazioni del cittadino siano fatte solo dal FSE e non da altre parti; che i Piani Diagnostico Terapeutici Assistenziali siano all'interno del FSE.

Vi è ancora una scarsa integrazione con altri sistemi centrali (uno su tutti ANA che ancora è in alto mare, e senza una anagrafica pulita si potrebbero ripetere i problemi già visti con il green pass del COVID, ma si dovranno ancora gestire “manualmente” le esenzioni), come quello dell’INPS e dell’INAIL.

Pur se previsto nella missione 6 del PNRR, è ancora lontana una standardizzazione delle ontologie e su questo occorre un impegno molto importante.

La sanità veterinaria rimane ancora un settore dove prevale il cartaceo ed è scarsamente digitalizzato pur avendo gli animali le medesime problematiche dell’uomo.

La sanità penitenziaria, vista la sua peculiarità per cui i detenuti si ammalano molto di più della popolazione generale e sono sottoposti, durante la reclusione, a spostamenti di istituto di detenzione, dovrebbe essere maggiormente digitalizzata per garantire la circolazione dei dati e non dei faldoni cartacei, come oggi accade.

Va posta molta più attenzione ai sistemi clinici riducendo progressivamente i carichi burocratici ed amministrativi per medici ed infermieri.

Vanno standardizzati e semplificati i software per i MMG ed i PLS in modo che i dati dei cittadini che loro acquisiscono possano confluire facilmente nel FSE ed essere trasformati in servizi per il cittadino stesso (ad esempio, se un medico della ASL redige un documento per il riconoscimento di invalidità, evitare che il medico di base debba riscrivere tutto da capo per inviarlo all’INPS).

38. Dell'industria dei dispositivi medici

I dati del Centro studi di Confindustria Dispositivi Medici mostrano una contrazione del 13% dei dispositivi prodotti in Italia per un valore complessivo di 6 miliardi di euro a tutto vantaggio di una importazione che ha superato gli 8,5 miliardi.

Negli ultimi due anni abbiamo assistito a un aumento del 30% delle importazioni dall'Asia, acquistiamo per lo più dalla Cina, da cui si registra un incremento delle importazioni del +15,1%, ma preoccupante è la crescita esponenziale che hanno subito le importazioni dalla Corea (+309,9%). Se si guarda ai prodotti, a fare la parte del leone sono le importazioni di dispositivi per la diagnostica in vitro, come tamponi e reagenti, che crescono del 476% dall'Asia. Cresce del 76,5% anche l'importazione di dispositivi elettromedicali dall'Asia e +113,2% dal Sud America.

Di contro l'export registra un generale abbassamento del 5,3% fermandosi a quota 5,4 miliardi con picchi che toccano il -19,5% verso il Regno Unito, seguito dal -14,4% registrato verso la Polonia e -12,3% verso gli USA.

Questi dati sul commercio estero rivelano due criticità presenti nel nostro Paese: la mancanza di una adeguata produzione interna che ci ha spinto a comprare molti beni indispensabili all'estero e la ricerca di prodotti a basso costo che privilegiano il prezzo rispetto alla qualità.

Occorre rafforzare il tessuto produttivo del comparto gettando le basi per costruire un mercato interno forte e autosufficiente e portando in Italia aziende che hanno all'estero know-how e produzione alla ricerca di condizioni più vantaggiose.

Il comparto conta 4.546 aziende, che occupano 112.534 dipendenti. Si tratta di un tessuto industriale molto eterogeneo, altamente innovativo e specializzato, dove le piccole aziende convivono con i grandi gruppi. Ma, ad oggi nel nostro Paese, il settore è penalizzato.

39. Dell'industria farmaceutica

Le terapie digitali (DTx) sono ormai una realtà affermata in diversi Paesi del Mondo, dagli USA alla Germania: forniscono ai pazienti interventi terapeutici basati sull'evidenza e guidati da programmi software per prevenire, gestire, alleviare o trattare un disturbo o una malattia ed ottenere risultati clinici positivi.

Per questo nelle pipeline di ricerca e sviluppo delle aziende farmaceutiche sono sempre più frequenti accordi con start-up per sviluppare software stand alone e le relative sperimentazioni cliniche per arrivare alla definizione di terapie digitali con un effetto migliorativo sulla salute del paziente.

Un'analisi economica condotta su pazienti affetti da diabete di tipo II e da ipertensione ha rilevato che in un periodo di tre anni, il risparmio medio di utilizzo delle risorse sanitarie è stato di circa 145 € per paziente al mese. Risparmi che rappresentano tra il 22% e il 29% dei costi totali stimati per il normale trattamento "analogico" di queste patologie.

Queste stime sono in linea con i risultati di studi simili sull'uso di DTx nei pazienti con insufficienza cardiaca e nei pazienti con diabete di tipo I e II, con risparmi sui costi sanitari rispettivamente del 33% e del 21,9%.

Data la crescente importanza del DTx per i pazienti e i sistemi sanitari si ritiene opportuno contribuire alla discussione sulla loro introduzione in Italia, identificandone i benefici su solide basi scientifiche, rimuovendo gli ostacoli alla loro diffusione, promuovendone l'accessibilità attraverso il finanziamento a livello nazionale.

Crediamo sia arrivato il momento giusto. Alla luce della diffusione dei DTx, in particolare in Germania e negli USA, attendere ancora significherebbe privare il sistema sanitario di utili opzioni terapeutiche per i pazienti e diminuire il ruolo del nostro Paese nello sviluppo tecnologico.

Proponiamo pertanto l'introduzione di una normativa nazionale specifica sulle terapie digitali basata su 5 pilastri:

1. Definire e finanziare adeguati incentivi scientifici ed economici a supporto dei processi di ricerca e sviluppo delle DTx
2. Delineare un chiaro e veloce processo di approvazione delle terapie digitali per un corretto accesso ai pazienti
3. Stabilire requisiti di evidenza clinica e processi di valutazione del valore delle DTx
4. Diffondere nella classe medica le competenze digitali specifiche ad una corretta prescrivibilità delle DTx e promuovere nei pazienti adeguata formazione per un corretto utilizzo delle terapie digitali
5. Creare un appropriato sistema di finanziamento (fondo ad hoc che non incida sugli attuali tetti di spesa sanitaria) per garantire l'accessibilità gratuita delle terapie digitali di prescrizione medica.

40. Della sanità privata

Razionalizzazione del sistema: Il sistema deve recuperare margini di efficienza e, in questa direzione, le linee di azione sono due:

- ripresa dell'interrotto percorso di aziendalizzazione della rete pubblica;
- inserimento di una sistematica collaborazione e integrazione pubblico/privato all'interno del SSN e dei singoli SSR, che miri a una condizione di coesistenza strutturale e strutturata della dialettica operativa tra le componenti.

Monitoraggio e programmazione: La razionalizzazione del sistema deve essere basata su requisiti qualitativi attraverso una maggiore manifestazione di responsabilità del livello centrale/statale, nel suo imprescindibile ruolo di supervisore e garante del SSN.

Lea e Tariffe: Il SSN garantisce l'erogazione delle prestazioni sanitarie incluse nei LEA, remunerate secondo regole stabilite a livello regionale, nell'ambito del quadro normativo di riferimento nazionale per garantire l'omogeneità del sistema. Il necessario e atteso aggiornamento del tariffario deve essere raggiunto secondo una metodologia scientificamente corretta, che tenga in conto i reali costi delle prestazioni. È necessario rendere operativi i nuovi Lea, adottando un tariffario che tenga in considerazione i reali costi delle prestazioni specialistiche e che non aggravi ulteriormente la crisi di un settore già in grande difficoltà e costretto a ricorrere al meccanismo degli "extra LEA" - precluso alle regioni in Piano di Rientro - che consente solo a poche regioni virtuose di erogare prestazioni aggiuntive.

L'emergenza-urgenza: Il pronto soccorso continuano a essere investiti da accessi inappropriati e ad essere utilizzati quali anticamere e reparti-ombra dell'ospedalizzazione vera e propria, resa impossibile dal sottodimensionamento dei posti letto. Un maggior coinvolgimento delle strutture di diritto privato potenzierebbe la rete nel rispondere con maggiore efficacia, tempestività e puntualità all'insorgere di un bisogno di cura.

Sanità integrativa: Rendere i processi fluidi, trasparenti ed efficienti attraverso, ad esempio, piattaforme digitali adeguate e nomenclatori comuni, affinché la legittima differenziazione delle offerte assicurative non si traduca in un vulnus per il settore.

Reintroduzione di meccanismi di competizione virtuosa: tra erogatori di diritto pubblico e di diritto privato, eliminando gli ostacoli che accrescono la pressione competitiva nell'ambito della confinata offerta di una delle due componenti del Servizio Sanitario Nazionale.

Potenziare il fronte dell'emergenza-urgenza: Ricorrere alle strutture di diritto privato sarebbe quindi una scelta di programmazione lungimirante che aiuterebbe non solo a decongestionare le strutture di diritto pubblico, ma a rispondere con maggiore efficacia, tempestività e puntualità all'insorgere di un bisogno di cura.

41. Della sanità cattolica

Come evidenziato nelle premesse il prossimo futuro vedrà aumentare sensibilmente il numero di persone anziane e questo dato avrà un impatto notevole sul servizio sanitario nazionale che, con fatica sta cercando di dare una nuova dimensione ed organizzazione al cosiddetto "territorio". Sarà infatti la sanità territoriale l'unico filtro possibile al congestionamento degli ospedali. In questo contesto, soprattutto in virtù dell'orografia del nostro Paese, le istituzioni cattoliche, insieme agli uffici postali ed all'arma dei carabinieri, rappresentano i punti di contatto più capillari con la cittadinanza.

Secondo il principio di sussidiarietà, lo Stato favorisce ed aiuta l'iniziativa privata, affidando ad essa, dove possibile in modo efficiente, la continuità dello sviluppo economico. È in ciò il senso di un welfare sussidiario in ambito sanitario che si serve delle varie espressioni del privato sociale – di cui le istituzioni cattoliche sono parte integrante rientrando nel così detto *privato sociale o non-profit* – per rafforzare i vincoli di solidarietà tra i cittadini e nel quale lo Stato diviene promotore della "*società civile organizzata*" incentivando tutte quelle forme di azione collettiva che hanno effetti pubblici. L'accoglienza del principio di sussidiarietà non significa negare il ruolo dello Stato nella sfera del sociale, piuttosto, significa riconoscergli un duplice, fondamentale ruolo. Da un lato, lo Stato riconosce l'auto-organizzazione dei soggetti collettivi in tutti gli ambiti in cui i loro membri ritengono, in piena autonomia, di avere interessi legittimi da tutelare, dall'altro, lo Stato opera fattivamente per assicurare le regole di esercizio di tale auto-organizzazione, al fine di evitare degenerazioni e deviazioni e per assicurare l'accesso effettivo dei cittadini alle varie prestazioni.

In questo contesto si inserisce la proposta di supporto delle istituzioni cattoliche al tentativo di riforma della sanità territoriale attraverso la propria rete di volontariato. Il mondo del volontariato è un fiore all'occhiello del nostro Paese. La pandemia lo ha ampiamente mostrato, manifestando al contempo i punti deboli dell'organizzazione sanitaria e mettendo in luce come il concetto di salute sia più ampio della semplice cura della malattia: il passaggio dall'azione del curare, tipico dell'ospedale che si deve occupare delle situazioni acute, all'azione del prendersi cura della persona fragile. E qui risulta fondamentale il ruolo del volontariato. Non c'è vita se non c'è cura e la massima libertà non è l'essere liberi dai vincoli, cosa umanamente impossibile, bensì lo stare là dove la necessità ci chiede di stare. Come fanno le associazioni di volontariato. Siamo tutti dipendenti gli uni dagli altri.

Su queste premesse risulta necessario promuovere una sanità innovativa e più vicina ai cittadini. Situazione coerente con gli obiettivi del Pnrr nel promuovere un'assistenza domiciliare efficacemente integrata e di fare con punti di riferimento capillari per la collettività, in grado di mettere in rete e aggregare servizi complementari per le persone fragili.

Abbiamo detto che i luoghi ci sono, le parrocchie; che le associazioni di volontariato sono incredibilmente numerose ed offrono servizi ai più deboli (teleassistenza, centri diurni, centri anziani per lo svago, gruppi di aiuto per tossicodipendenti, sostegno e cura per gli anziani fragili e soli, sostegno ai disabili, cure palliative, assistenza domiciliare, ricerca badanti, etc.). Occorre uno sforzo per dare a tutto questo un'organizzazione più stabile ed efficace anche attraverso il supporto di tecnologie che mettano in rete tutti questi servizi informali ma essenziali affinché le comunità siano tali.

42. Della sanità Integrativa

In primo luogo va utilizzata la tecnologia per rendere i processi fluidi, trasparenti ed efficienti attraverso piattaforme digitali adeguate e nomenclatori comuni, affinché l'accesso ai servizi sia facile per il cittadino e la legittima differenziazione delle offerte assicurative non si traduca in un vulnus per il nostro settore.

È poi necessaria una maggiore sinergia tra “*sanità pubblica*” e “*sanità integrativa*”. Garantire una reale “sinergia cooperante” a copertura delle “*Aree di debolezza*” del SSN e di possibile integrazione / supporto della sanità integrativa nelle aree quali:

- La cronicità
- La non autosufficienza (LTC)
- La promozione della salute e stili di vita.

Per garantire al cittadino che lo sceglie, una presa in carico realmente integrata e condivisa, che escluda duplicazioni degli interventi inserendo nelle aree prestabili, gli erogatori della sanità Integrativa, in specifici e definiti settori delle reti clinico assistenziali pubbliche, responsabilizzando i vari attori dell'integrazione pubblico-sanità integrativa verso l'obiettivo di salute condiviso e il percorso di cura più appropriato con un'organizzazione delle cure secondo una logica di rete strutturata e di integrazione dei diversi setting assistenziali, assicurando una sistematica e monitorata rendicontazione delle attività.

Sarebbe quindi indispensabile che tutte le informazioni relative alle cure del cittadino/paziente che usufruisce delle prestazioni da parte dei fondi integrativi o delle assicurazioni siano condivise nel Fascicolo Sanitario elettronico.

Sarebbe inoltre importante definire il fabbisogno multidimensionale della persona e del suo nucleo familiare e individuare l'offerta di servizi che compongono un progetto/ programma di salute personalizzato sui bisogni e le necessità della persona, definendo in sede di “PAI” o di “PIPS” le collaborazioni tra “*sanità pubblica*” e “*sanità integrativa*” nei diversi “*setting*” assistenziali e nelle diverse filiere assistenziali

La sanità italiana da tempo è un ecosistema con al suo interno un pilastro costitutivo, il Servizio Sanitario, che troppo spesso è oggetto di amore e odio dalle stesse persone.

“Sanità integrativa” e “sanità pubblica”: garantire la loro “complementarietà”

La “*sanità integrativa*” deve recuperare quella caratteristica di complementarietà che gli attribuiva l'essere destinataria di agevolazioni fiscali e quindi, garantire (anche con un'idea di sussidiarietà), supporto al SSN per l'obiettivo primario della sostenibilità e dell'efficienza.

Bisogna lavorare sulla cooperazione e su soluzioni di qualità ed appropriatezza condivise, evitando derive consumistiche e progressivo “*cannibalismo tra pilastri*”.

La “*sanità integrativa*” dovrebbe offrire un supporto programmato, coordinato e

monitorato alla presenza del SSN sul territorio, una maggiore capillarità e un deciso avanzamento tecnologico, con una particolare attenzione alla digitalizzazione e alla telemedicina e inoltre potrebbe estendere forme di copertura assistenziale a settori che oggi risultano esclusi.

Come già richiamato, serve un quadro legislativo di riferimento che oggi manca. Attualmente, c'è anzi un'enorme disparità di trattamento tra iscritti ai fondi contrattuali, in genere i lavoratori dipendenti che hanno il beneficio fiscale della completa deducibilità fino a 3.616 euro l'anno (per la precisione 3.615,20 euro annui), e lavoratori autonomi, liberi professionisti, autonomi o soggetti che si iscrivano autonomamente a forme di assistenza sanitaria integrativa al di fuori di accordi aziendali, territoriali e così via, cui è invece consentita la sola detraibilità al 19% per un massimo di 1.300 euro l'anno nel caso di adesione a società di mutuo soccorso. Sembra dunque evidente che la prima cosa che il Parlamento deve fare è garantire un trattamento fiscale equo per tutti. Ma non basta, serve una legge quadro sulla sanità integrativa con l'obiettivo di mettere ordine nel settore dove, secondo l'anagrafe del Ministero della Salute i cui dati sono ancora datati 2017, ci sono 311 forme di assistenza integrativa. Molte sono solo costruzioni per beneficiare dei vantaggi fiscali, mentre è necessario tutelare con una legge quadro, tutte le forme sanitarie efficienti e organizzate che operano nel settore della Sanità integrativa, dettando regole di tutela e patrimoniali che certamente, come è accaduto per i fondi pensione, ridurranno il numero degli operatori e miglioreranno l'operatività.

“In questo modo, come già accade per molti Paesi del Centro e Nord Europa, i fondi e le casse di assistenza sanitaria integrativa potranno giocare un ruolo enorme nella prevenzione, nel miglioramento degli stili di vita e nell'alimentazione, in modo da aiutare un invecchiamento attivo in buona salute e con meno solitudine che spesso è l'anticamera di malattie più gravi; e lo possiamo fare perché l'Italia possiede strutture sanitarie e organizzative al passo con le migliori pratiche. Occorre però modificare l'approccio culturale della politica nazionale, una parte della quale vorrebbe addirittura delegare tutto alla sanità pubblica senza rendersi conto che là dove c'è una buona integrazione tra pubblico e privato le cose funzionano meglio sia per il pubblico che per il privato, con un grande beneficio per tutti i cittadini. In questa direzione la sanità integrativa potrà svolgere un ruolo fondamentale per tutti i cittadini ma anche per i decisori e gestori pubblici e privati”. (adattato da “*Alberto Brambilla, Presidente Centro Studi e Ricerche Itinerari Previdenziali*”).

43. Sintesi delle proposte per la sostenibilità del SSN

43.1 I cinque pilastri del libro bianco

FINANZA - LA SANITÀ COME CATALIZZATORE DI SVILUPPO ECONOMICO, INCLUSIONE SOCIALE E PROGRESSO INDUSTRIALE

- Aumentare il finanziamento pubblico per la sanità e rispondere ai bisogni di salute significa investire nelle persone che sono il futuro del Paese: ogni euro speso in prevenzione si ripaga molte volte mentre la una buona sanità equivale a produzione di ricchezza e crescita dei distretti industriali innovativi. Per questo dobbiamo garantire l'erogazione uniforme dei Lea e il loro aggiornamento, l'accesso equo alle innovazioni e, soprattutto, garantire un'adeguata copertura di personale per il territorio (come previsto dalla missione 6 del PNRR).
- Portare la gestione del rischio al centro e le competenze di gestione sinistri al centro dei processi sanitari per ridurre eventi avversi e risarcimento, rendendo le cure sia sicure che sostenibili.

GOVERNANCE - PER UN SERVIZIO DAVVERO NAZIONALE. Trovare un 'equilibrio tra stato e regioni; tra pubblico e privato; tra sanità e assistenza informale del III settore.

- Migliorare il **RAPPORTO TRA STATO, REGIONI (ASL)** e Comuni per una programmazione dell'offerta di servizi sanitari in relazione ai bisogni di salute rendendola disponibile tramite reti integrate, che condividono percorsi assistenziali, tecnologie e risorse umane, al fine di ridurre la frammentazione dell'assistenza, superare la dicotomia ospedale-territorio e integrare assistenza sanitaria e sociale.
- Normare l'**INTEGRAZIONE PUBBLICO-PRIVATO** secondo i reali bisogni di salute della popolazione e disciplinare la libera professione, al fine di ridurre le disuguaglianze d'accesso ai servizi sanitari e garantire liste di attesa accettabili al cittadino.
- **ASSISTENZA INFORMALE** Promuovere una sanità innovativa e più vicina ai cittadini, con punti di riferimento capillari per la collettività ed in grado di mettere in rete e aggregare servizi complementari per le persone fragili. Parrocchie ed associazioni di volontariato, incredibilmente numerose, offrono servizi ai più deboli (teleassistenza, centri diurni, centri anziani per lo svago, gruppi di aiuto per tossicodipendenti, sostegno e cura per gli anziani fragili e soli, sostegno ai disabili, cure palliative, assistenza domiciliare, ricerca badanti, etc...), occorre uno sforzo per dare a tutto questo un'organizzazione più stabile ed efficace anche attraverso il supporto di tecnologie che mettano in rete tutti questi servizi informali ma essenziali affinché le comunità siano tali.

- **RAPPORTO PUBBLICO-PRIVATO & SANITÀ INTEGRATIVA.** Normare l'integrazione pubblico-privato secondo i reali bisogni di salute della popolazione e disciplinare la libera professione, al fine di ridurre le diseguaglianze d'accesso ai servizi sanitari e garantire liste di attesa accettabili al cittadino. Riordinare la normativa sui fondi sanitari al fine di portare le prestazioni erogate all'interno del SSN (FSE) eliminando attraverso il controllo l'erosione di risorse pubbliche e derive consumistiche.

PERSONE_ – MANTENERE IL PATRIMONIO DI CONSOGENENZE DEI SANITARI ED ESPANDERE LA HEALTH LITERACY

- Rivedere i mansionari al fine di valorizzare il lavoro del **PERSONALE SANITARIO**, Migliorare i processi di formazione, valutazione e valorizzazione delle competenze secondo un approccio multiprofessionale e di merito.
- Potenziare l'**INFORMAZIONE** istituzionale basata sulle evidenze scientifiche e migliorare l'alfabetizzazione sanitaria delle persone, al fine di favorire decisioni informate sulla salute, ridurre il consumismo sanitario e contrastare le fake news, oltre che aumentare la consapevolezza del valore del Ssn (pubblico, privato ed integrativo).

BUONA GESTIONE - MISURARE I RISULTATI; RIDURRE GLI SPRECHI

- **RAFFORZAMENTO DELLE POLITICHE DI VALUTAZIONE E MISURAZIONE.** Politiche per una gestione accurata degli acquisti sanitari, HTA e costi standard (da non confondere con i finanziamenti standard) possono garantire migliori performance al SSN.
- **SPRECHI E INEFFICIENZE.** Ridurre sprechi e inefficienze che si annidano a livello, organizzativo e professionale e riallocare le risorse in servizi essenziali e innovazioni, aumentando il valore della spesa sanitaria in particolare operare sulle organizzazioni amministrativo-contabili standardizzando e semplificando i processi (e, se possibile, i sistemi informativi).

AGGIORNAMENTO TECNOLOGICO E RICERCA

- **TRASFORMAZIONE DIGITALE.** La parola chiave è "standardizzazione", l'uniformità dell'ontologia in sanità è il primo fattore per una gestione dei dati in ottica One Health. Parallelamente va promossa la cultura e le competenze digitali nella popolazione e tra professionisti della sanità e caregiver. Va attuata una politica di semplificazione dei processi rimuovendo gli ostacoli infrastrutturali, tecnologici e organizzativi, al fine di minimizzare le diseguaglianze e migliorare l'accessibilità ai servizi e l'efficienza in sanità.
- **SANITÀ PENITENZIARIA E VETERINARIA.** Due settori in cui le tecnologie e le semplificazioni non sembrano attecchire.

- **FARMACI.** Nel 2022 la spesa farmaceutica nazionale totale (pubblica e privata) è stata pari a 34,1 miliardi di euro, in aumento del 6,0% rispetto al 2021. Molti sono i farmaci innovativi in arrivo e, per garantire la sostenibilità del SSN è necessario un forte impatto di HTA da parte di AIFA, anche con il coraggio di semplificare i prontuari.
- **INTEGRATORI.** Fonte di benessere o di rischio? A garanzia del consumatore medio, che li trova nello scaffale, è necessario sottoporre i prodotti alle medesime regole dei farmaci da banco senza ricetta.
- **IRCCS E RICERCA:** Tutelare i giovani ricercatori e affiancare la loro capacità di accedere a bandi e finanziamenti europei; rafforzare la specializzazione dei centri di eccellenza e favorire lo scambio di competenze e l'integrazione tra IRCCS e Sanità generale, con il triplice obiettivo di offrire prospettive alle migliori menti scientifiche, mantenere l'alto livello della ricerca e dei ricercatori in Italia – nonostante la scarsità di risorse – e beneficiare l'intera popolazione delle terapie e diagnosi sviluppate negli Istituti all'avanguardia.

Bibliografia

- (Coesione), M. S. (2023). *Missione 6 PNRR*.
- ARIS. (2023). *Le sfide e il ruolo della Sanità Cattolica*.
- Istat. (2023). *Rapporto istat*.
- Ministero della salute. (2022). *Piano nazionale cronicità*.
- Ministero della Salute. (2022). *PNRR e salute*.
- Negri, I. M. (2023). *La riforma della sanità territoriale*.
- Giuseppe Talarico (2022) *Nel futuro*
- Avv. Giovanni Maglio (2020) – *Agenda Digitale*
- Dott. Antonio Magi (2022) - *Medici Specialisti - Situazione al 2021 e Previsioni al 2030*
- AIOP – *Rapporto 2023*
- Sigeris 2022 – *Modello italiano gestione del rischio*
- *Quotidiano sanità – articoli ed approfondimenti 2022 e 2023*
- *Camera dei Deputati – Focus sanità 2023*
- *Senato della Repubblica – relazione welfare 2023*.
- *Agenas – quaderni 2022 e 2023*
- *AgID – Linee guida 2022 e 2023*
- *ACN – Sicurezza informatica in sanità*
- *Garante Privacy – La protezione dei dati sanitari 2022, FSE 2023*
- *ASTRID - I dilemmi del Servizio Sanitario Nazionale presente e futuro 2021*
- *ISS – Prevenzione 2022 e 2023*
- *OMS – Strategie per la medicina tradizionale 2022*
- *Università di Torino – Organizzazione SSN 2022*
- *Università Sapienza – Organizzazione sanitaria 2022*
- *Università Bocconi – Rapporto OASI 2023*

Si ringraziano per il contributo alla stesura di questa pubblicazione

Pier Luigi Bartoletti, *Vicesegretario Nazionale FIMMG*

Carlo Bonzano, *Professore ordinario di diritto processuale penale Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università degli Studi di Roma Tor Vergata*

Silvio Brusaferrero, *Professore Ordinario di Igiene Generale ed Applicata Università di Udine*

Guido Carpani, *Direttore Generale FOFI (Federazione Ordini Farmacisti Italiani)*

Enzo Chillelli, *Presidente del Comitato Scientifico Fare Sanità*

Giuseppe Costanzo, *Past President SICV & GIS*

Gianfranco Damiani, *Professore Associato di igiene Università Cattolica del Sacro Cuore a Roma e Dirigente Medico Unità di Igiene Ospedaliera della Fondazione Policlinico Universitario A.Gemelli IRCCS*

Giovanni Del Signore, *Avvocato e Dottore di ricerca Università di Roma La Sapienza*

Marinella D'Innocenzo, *Presidente L'Altra Sanità*

Antonio Magi, *Presidente dell'Ordine dei Medici di Roma*

Barbara Porcelli, *Direttore UOC Assistenza alla Persona Asl Roma 2*

Giuseppe Quintavalle, *Direttore Generale Policlinico Tor Vergata e Commissario Straordinario Asl Roma 1*

Anna Paola Santaroni, *Esperta, già Direttore Generale Ospedale San Giovanni Battista*

Giorgio Giulio Santonocito, *Commissario Straordinario AOU "G. Martino" di Messina*

Giovanni Scapagnini, *Professore di Biochimica e Biologia Molecolare Dipartimento di Medicina e Scienze della Salute dell'Università degli Studi del Molise*

Lorenzo Terranova, *Direttore associazioni di settore e nuovo mercati Confindustria Dispositivi Medici*

Fiera Roma Srl con Socio Unico
Via Portuense, 1645/1647 - 00148 Roma

EXPERIENCE S.R.L.
Via Giovanni Randaccio, 1 - 00195 Roma