



Dipartimento

di Scienze Politiche

Cattedra: Organizzazione e Management Pubblico

## **IL PNRR E LA TUTELA DELLA SALUTE.**

### **IL POTENZIAMENTO DELLA SANITA' TERRITORIALE PER LE SFIDE DEL FUTURO**

Prof. Efsio Espa

---

RELATORE

Prof. Maurizio Esposito

---

CORRELATORE

Francesco Ciriaco Molinu

Matr. 644772

---

CANDIDATO

Anno Accademico 2021/2022

## **RINGRAZIAMENTI**

Questa tesi la dedico a tutti coloro che, direttamente o indirettamente, mi hanno sostenuto e aiutato nella stesura di queste pagine.

Il primo ringraziamento va a mia madre per il suo incessante sprono, supporto morale e senso critico che sempre hanno accompagnato le nostre lunghe chiacchierate al telefono, grazie alle quali ho appreso gli elementi fondamentali di organizzazione dei servizi sanitari.

Ringrazio mia nonna, mia madrina e mio padre per essersi sempre interessati agli sviluppi del presente lavoro e per avermi sempre incoraggiato e rasserenato, anche nei momenti più critici.

Sono grato a tutti i miei amici, specialmente a coloro con cui ho vissuto in questi cinque anni, per essere stati capaci di sopportarmi, incoraggiarmi, smorzare l'ansia e la tensione, farmi trovare la pasta pronta a pranzo e per aver ascoltato le mie preoccupazioni (il più delle volte infondate).

Ringrazio immensamente il mio relatore, Professor Efisio Espa, per avermi concesso piena autonomia sia nei tempi che nei contenuti e per la fiducia accordatami, nonostante la sfida fosse tutt'altro che semplice e il tempo a disposizione scarso.

Ringrazio anche il mio correlatore, Professor Maurizio Esposito, per avermi fornito alcuni importanti e utili suggerimenti su come impostare la tesi in modo che fosse meglio strutturata e più chiara e comprensibile agli occhi del lettore.

Uno speciale ringraziamento va alla Dott.ssa Anna Maria Sanna, alla Dott.ssa Carla Collicelli e alla Dott.ssa Anna Lisa Mandorino per gli importantissimi contributi al presente lavoro, soprattutto nella parte di ricerca dei materiali, dimostratasi la più ardua in assoluto. Oltre a ciò, sono state in grado di fornirmi una loro visione su quello che sarà il futuro della riforma e della sanità in generale, talora confermando e talora smentendo le idee e i presentimenti venutimi inizialmente.

*“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)**

# INDICE

<b>INTRODUZIONE.....</b>	<b>6</b>
<b>Capitolo I. Il panorama europeo della sanità: l’impatto del Covid, i principali modelli e il caso italiano</b>	
• Modelli sanitari e Covid-19: <i>performances</i> a confronto.....	19
• Ricognizione e analisi dei principali modelli sanitari: funzionamento e finanziamento.....	26
• Sanità privata in Italia: il secondo “pilastro” tra diffidenza e necessità.....	36
• Evoluzione del SSN: <i>vision</i> e organizzazione della riforma e della “riforma della riforma” ..	43
<b>Capitolo II. La sanità territoriale: definizione, storia e stato attuale in Italia</b>	
• La sanità territoriale nella letteratura scientifica.....	57
• La situazione italiana: sanità ospedalocentrica e l’obsolescenza del personale.....	59
• L’organizzazione della sanità territoriale: il Distretto sociosanitario e le sue funzioni.....	63
• Un caso limite: l’esperienza del Distretto di La Maddalena.....	70
• La medicina associativa: storia di numerose iniziative e pochi risultati.....	73
• La prima riforma organica: il “decreto Balduzzi” e la sua travagliata applicazione.....	81
• Strade divergenti: il modello lombardo a confronto con la realtà veneta ed emiliano-romagnola.....	86
<b>Capitolo III. La riforma del PNRR: quali conseguenze?</b>	
• La mission 6 del PNRR.....	93
• Chronic Care Model, Sanità di iniziativa e One Health.....	99
• Due esempi: la Casa della Salute di Querceta e l’Ospedale di Comunità di Forlimpopoli...	113
• La Casa di Comunità: normativa e idee sulla comunità.....	122
• Fase di implementazione: tempi, costi e personale delle Case di Comunità.....	132
<b>CONCLUSIONI.....</b>	<b>137</b>
<b>SUMMARY.....</b>	<b>156</b>

<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>163</b>
<b>SITOGRAFIA.....</b>	<b>164</b>
<b>FILMOGRAFIA.....</b>	<b>179</b>

## INTRODUZIONE

Lo scopo di questo lavoro è il seguente: analizzare e valutare il contenuto della riforma della sanità territoriale contemplata dal PNRR alla Mission 6, ricostruire le criticità, bisogni e le prospettive che ne sono alla base, ripercorrere le tappe precedenti alla riforma e osservarne la realizzazione e gli effetti sortiti. Per fare ciò, è fondamentale volgere lo sguardo alle sperimentazioni organizzative e gestionali operate nel recente passato, in modo tale da sfruttare le conoscenze empiriche ad oggi disponibili ed evitare che lo sviluppo di tale progetto non tenga conto dei punti di forza e di debolezza che contraddistinguono esperienze affini. Inoltre, ai fini della comprensione della trattazione stessa, non ci si può esimere da una breve osservazione dell'attuale contesto demografico, sanitario e organizzativo nel quale si prevede di implementare il suddetto progetto.

La tesi è articolata in questo modo:

- Nell'introduzione viene sin da subito individuata la grande problematica che il Servizio sanitario nazionale porta con sé: ossia la debolezza della sanità territoriale. Anche alla luce di quanto accaduto con la pandemia da Covid-19, si cerca di comprendere quale ruolo possa rivestire una forte sanità territoriale nel garantire la sostenibilità dell'intero sistema sanitario, a partire dalla funzione di "filtro" di appropriatezza rispetto ai presidi ospedalieri. Successivamente, si passa all'analisi delle dinamiche demografiche che stanno spingendo la popolazione europea e specialmente quella italiana verso un invecchiamento demografico sempre più accelerato. All'interno di tale contesto, si andrà a vedere quali conseguenze tale fenomeno avrà sul profilo epidemiologico della popolazione italiana, con un focus sull'aumento dell'insorgenza delle patologie croniche. Una volta delineato suddetto profilo, il passaggio successivo sarà quello di capire perché il territorio rappresenta l'arma principale contro gli effetti dell'inverno demografico, non tralasciando però alcune rilevazioni su quelli che sono i problemi che affliggono la sanità territoriale al giorno d'oggi, soprattutto così come avvertiti dal cittadino.
- Nel Capitolo I verranno introdotte le cinque "famiglie sanitarie" europee, di cui si andrà a studiare la performance, la resilienza e la *preparedness* mostrata rispetto all'impatto della pandemia da Covid-19. Nello specifico, si cercherà di capire se e come la sanità territoriale ha dimostrato di influenzare positivamente la tenuta dei diversi paesi. Successivamente, al fine di fornire un'idea generale sul finanziamento e funzionamento dei sistemi sanitari, si

andrà a ricostruire il panorama dei principali modelli sanitari a livello globale, prendendo in considerazione il modello di libero mercato, il modello basato sull'assicurazione privata volontaria, il modello basato sull'assicurazione pubblica obbligatoria, ed infine quello universalistico a fiscalità generale. Ci si dedicherà poi ad uno studio più approfondito di questo modello e alla ricostruzione dell'evoluzione del Servizio sanitario nazionale italiano, toccando le principali tappe del percorso e le motivazioni che hanno spinto al cambiamento e all'introduzione sempre più consistente degli operatori privati della sanità.

- Il Capitolo II sarà interamente dedicato alla sanità territoriale come concepita e organizzata all'interno del Servizio sanitario nazionale. Se ne analizzerà lo stato dell'arte con particolare attenzione verso l'inquadramento del personale, la sua formazione e i numeri. Si passerà poi in rassegna l'organizzazione vera e propria, parlando quindi del Distretto sociosanitario e delle sue articolazioni. Successivamente, si procederà ad una ricostruzione della storia della medicina di associazione come riformulazione del nucleo base della sanità territoriale (ossia i medici di medicina generale e la specialistica ambulatoriale). Si passerà in rassegna il tortuoso percorso di riforme organizzative del territorio, cercando di capirne i punti di forza e di debolezza, e si andranno ad osservare i casi in cui i contenuti delle stesse sono stati recepiti ed attuati, o addirittura anticipati, con successo.
- Nel Capitolo III si analizzerà nello specifico il contenuto della riforma sanitaria contemplata nel PNRR e il relativo nuovo assetto organizzativo, concedendo grande spazio all'investimento sulla Casa di Comunità. Si cercherà di carpire le caratteristiche principali di questa nuova struttura attraverso lo studio della cronologicamente precedente Casa della Salute. Si procederà infine a stabilire il profilo dei costi della Casa di Comunità.

Il Sistema Sanitario Nazionale italiano (SSN) è stato uno dei migliori in assoluto a livello mondiale, nonostante il lento declino che ha caratterizzato l'ultimo ventennio<sup>1</sup>. Oggi, secondo la stragrande maggioranza delle statistiche, dal secondo posto nel ranking mondiale del 2000, l'Italia si ritrova esclusa dalla TOP 10<sup>2</sup>. Anche studi e pubblicazioni più approfondite, come il conosciutissimo *Health*

---

<sup>1</sup> Tandon, Ajay, et al. "Measuring overall health system performance for 191 countries." *Geneva: World Health Organization* (2000).

<sup>2</sup> <https://ceoworld.biz/2021/04/27/revealed-countries-with-the-best-health-care-systems-2021/>,  
<https://worldpopulationreview.com/country-rankings/best-healthcare-in-the-world>

*at a Glance* dell'OECD, non posizionano più il Belpaese tra le eccellenze in ambito sanitario, ad eccezione fatta per la speranza di vita. Naturalmente, questo non significa che l'Italia sia dotata di un Servizio sanitario scadente. Tuttavia, il colosso sanitario nato dalla legge 833/1978 accusa, oggi più che mai, un malessere piuttosto diffuso e, per usare un lessico clinico, cronico: la debolezza della sanità territoriale. Fiumi di parole e inchiostro sono stati versati in merito a tale tematica, tanti ed importanti i progetti proposti, ma poco è stato concretamente messo in atto.

I problemi derivanti da questa condizione sono conosciuti tanto dalla classe dirigente, quanto dagli utenti del Servizio, ovverosia i cittadini: ospedali intasati, liste d'attesa estremamente lunghe, discontinuità terapeutica, aumento dell'incidenza di patologie croniche, incapacità di rilevare la domanda sommersa di coloro che non riescono, per un motivo o per l'altro, ad accedere alle strutture ospedaliere ecc. Si potrebbe proseguire per molte altre righe, ma i fenomeni appena elencati dovrebbero essere sufficienti a comprendere come il territorio arranchi nel campo della prevenzione e dell'assistenza sociosanitaria extraospedaliera. Senza addentrarci nel campo della prevenzione, a lungo trascurata e finanziariamente sottostimata<sup>3</sup>, è possibile, per rendere l'idea, azzardare un paragone tra di essa e l'assistenza sociosanitaria territoriale. In sostanza, quest'ultima può essere vista come una sorta di prevenzione verso un'ospedalizzazione al di fuori degli standard di appropriatezza clinica, ma anche economica, centrali nella logica di una sanità universale alle prese con una scarsità di risorse quanto mai accentuata. Se il territorio funziona bene, se si dimostra davvero in grado di recepire e analizzare l'interezza della domanda di servizio, e quindi di garantire l'appropriatezza delle prestazioni, buona parte delle criticità riportate a inizio paragrafo vedrebbe ridotta la sua magnitudo e il suo impatto sul benessere della popolazione e sulla sostenibilità del SSN.

Se tutti, o comunque la maggior parte degli addetti al settore, concordano con questa statuizione, pochi hanno bene in mente e chiari gli strumenti e le strategie per raggiungere tale obiettivo. È pur vero, però, che la recente pandemia causata dal virus SARS-CoV-19 ha messo a nudo questa problematica in maniera "riflessa", nel senso che coloro che avevano bisogno di accedere alle strutture ospedaliere perché, ad esempio, affetti da una patologia cronica che richiede check-up

---

<sup>3</sup> Cilione, Umberto. *Diritto sanitario*. Santarcangelo di Romagna: Maggioli Editore, 2019.



continui, si sono trovati impossibilitati a farlo a causa della riallocazione di risorse e strutture per far fronte all'ondata di ricoveri causata dal virus<sup>4</sup>. Questa situazione non si sarebbe presentata se si fosse avuta una sanità territoriale all'altezza, non tanto perché i Medici di Medicina Generale avrebbero dovuto occuparsi dei pazienti Covid acuti: di questo se ne deve fare carico, ovviamente, l'ospedale; bensì per il fatto che gran parte dei pazienti rimasti esclusi dalle prestazioni ospedaliere non si sarebbero trovati in una situazione simile, se vi fosse stata una reale capacità di presa in carico da parte della rete territoriale. Questa, infatti, dovrebbe costituire il punto di riferimento principale per l'assistenza sanitaria e solo in seguito, in caso di necessità di ricoveri per riacutizzazione o interventi di particolare complessità clinica, bisognerebbe accedere ai servizi ospedalieri. Non è quindi più possibile sperare che il fabbisogno sanitario della popolazione possa essere soddisfatto esclusivamente e in maniera globale dalla rete ospedaliera, e la pandemia l'ha posto in luce con forza. Dunque, trovare una nuova formula dell'assistenza sanitaria primaria è essenziale.

In questi ultimi due anni, si è potuto notare come la pandemia non abbia colpito tutte le nazioni con la stessa intensità, e rilevanti differenze si sono registrate anche tra i paesi europei.

Queste riflessioni hanno portato a vedere la grande opportunità offertaci dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza con speranza e fiducia, unitamente al fatto che vi è stata una presa di coscienza generale da parte dell'opinione pubblica sul bisogno di un cambiamento del paradigma sanitario, che vada oltre l'assoluta centralità dell'ospedale. Lo studio dell'organizzazione e del management delle istituzioni pubbliche si è rivelato cruciale per la mia formazione, fornendomi gli strumenti per comprendere la nuova prospettiva delle amministrazioni pubbliche nel loro complesso come erogatrici di servizi e creatrici di *public value*, e non più come semplici produttrici di atti. Chi scrive è convinto che le nozioni apprese e le conoscenze acquisite in questo campo possano essere efficacemente applicate anche al mondo della sanità pubblica e all'analisi del funzionamento e dell'organizzazione delle stessa, nonostante tale logica trovi inevitabilmente dei limiti di applicazione nell'inalienabile natura tecnica ed etica di tale servizio. E tuttavia si ritiene che il confronto tra le due logiche che caratterizzano il servizio sanitario debba essere affrontato in maniera chiara, concertata e omnicomprensiva, al fine di trovare il giusto equilibrio tra di esse, cosa che al giorno d'oggi non trova sempre riscontro nella realtà.

---

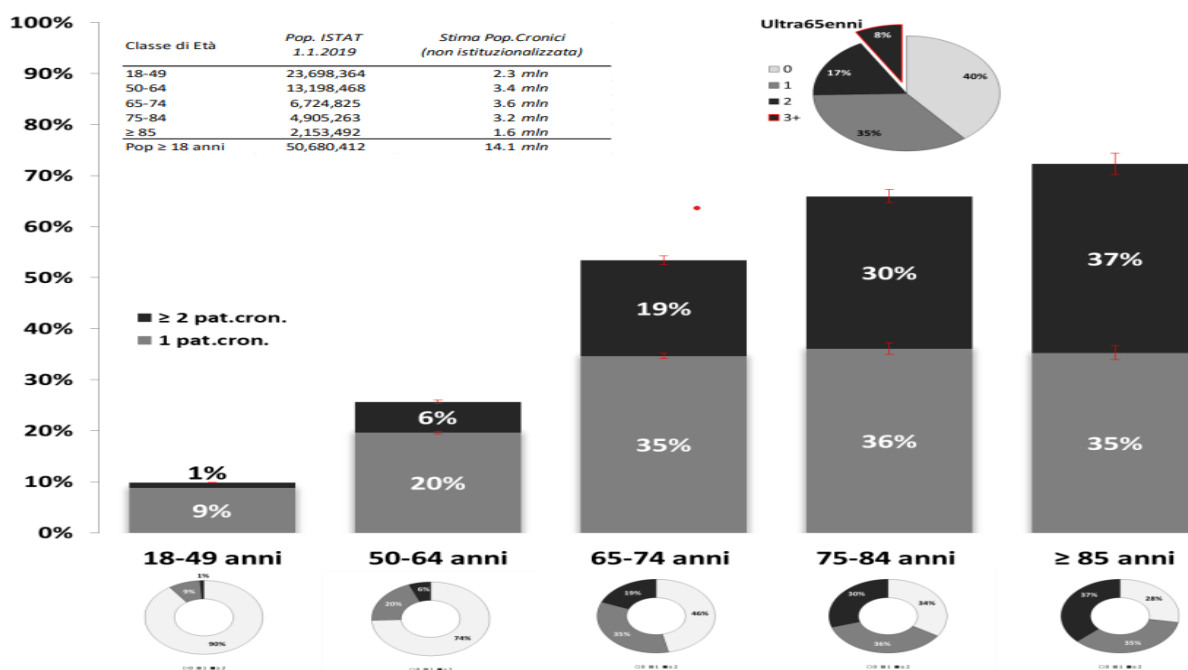
<sup>4</sup> Fondazione Italiana Salute, Sociometrica. *Gli italiani e il Covid\_19: impatto socio-sanitario, comportamenti e atteggiamenti*. 15 aprile, 2021.

Il modello organizzativo-gestionale su cui il presente testo fa perno è quello della Casa della Salute (CdS), una realtà già affermata in alcune regioni come l'Emilia-Romagna e la Toscana, che potrebbe considerarsi come vero e proprio progenitore della voluta Casa di Comunità. Tuttavia, la Casa della Salute, intesa come pura riorganizzazione delle strutture erogatrici del servizio, non sarebbe stata in grado di raggiungere i promettenti risultati conseguiti in un arco di tempo relativamente breve, se non fosse stato per un vero e proprio cambio di passo nella "genetica" del servizio stesso. Comprendere concetti come il Chronic Care Model (CCM), l'approccio One Health e la Sanità d'iniziativa è fondamentale per capire la strada intrapresa dal Governo con questo progetto. È proprio l'implementazione di questi modelli che permette di distinguere la Casa della Salute e la Casa di Comunità dall'ennesimo riordino organizzativo del servizio. Si tratta infatti di un cambiamento culturale, sia nel modo di intendere la medicina territoriale che nel significato stesso del ruolo che i protagonisti di questa attività sono chiamati a svolgere. Prima di passare ad un'analisi dei vari concetti sopra menzionati e dell'assetto organizzativo della CdS/CsC, è obbligatorio delineare, senza pretese di esaustività, il contesto demografico e sanitario che rende ormai improrogabile tale cambiamento e ne conferisce rilevanza e interesse. Come ormai da tempo sottolineato da numerose pubblicazioni nazionali ed internazionali, l'età media della popolazione è aumentata progressivamente in questi ultimi decenni. Questo è dovuto alla diminuzione del tasso di natalità, ma anche all'aumento della speranza di vita. Quest'ultimo fattore è una delle principali cause dell'aumento dell'incidenza di malattie croniche, specialmente in Italia dove la popolazione ha un'età media piuttosto elevata, come lo è anche la speranza di vita. Già nel 2018, le malattie croniche hanno interessato ben il 40% della popolazione italiana, con una prevalenza di patologie che tendono a gravare in maniera più consistente sulla spesa sanitaria, come ad esempio l'ipertensione e la cardiopatia ischemica. Il rapporto dell'Osservatorio Nazionale della salute nelle regioni italiane conferma la tendenza anche per i prossimi 6 anni, prevedendo un aumento del totale della popolazione affetta da 24 milioni a 25 milioni circa. È sicuramente vero che certe condizioni, come le allergie, vanno a costituire una determinata parte di questo numero, e che quindi, considerando che generalmente queste fanno il loro decorso nel primo ventennio di vita, ci si potrebbe aspettare un tasso di crescita ridotto rispetto a quello previsto. Tuttavia, occorre ribadire che è la popolazione anziana ad aumentare, e non quella giovane, per cui è verosimile che le malattie croniche tipici di quest'ultima fascia di età avranno un peso ridotto sull'ammontare totale

della

popolazione

colpita.



Fonte: EpiCentro, ISS (2020)

Il grafico sopra riportato<sup>5</sup>, e la tabella in alto a sinistra, conferma quanto appena detto: sia all'interno delle stesse fasce d'età, sia considerando l'intera popolazione senza distinzioni anagrafiche, l'incidenza delle patologie croniche nella popolazione dai 65 anni agli 85 anni e oltre è non solo superiore a quella delle fasce d'età precedenti, ma anche in termini assoluti su tutta la popolazione (8,4 mln contro 5,7 mln). Nel 2018, la spesa sanitaria per questo tipo di patologie ammontava a circa 67 miliardi su un totale di 118 miliardi<sup>6</sup>. È ragionevole ritenere, sulla base di questi dati, che, in un prossimo futuro, confermandosi gli andamenti esposti, la pressione su un sistema sanitario che vede come principale struttura operativa l'ospedale rischi di diventare veramente insostenibile.

Quindi ci troviamo davanti ad uno scenario che, se non affrontato con una più idonea allocazione delle risorse economiche, organizzative e umane, potrebbe portare ad una notevole perdita di efficienza ed efficacia del SSN, oltre che ad una ancor più probabile condizione di non economicità. È un dato di fatto: le strutture ospedaliere, per quanto eccellenti, non potrebbero mai sostenere il peso di una domanda quantitativamente così rilevante come ce la prospettano gli anni venturi, e chi

<sup>5</sup> <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-flussi-dati-confronto-passi-pda-cronicita>

<sup>6</sup> <https://www.agenziacoesione.gov.it>

scrive non ritiene che un semplice ampliamento e potenziamento del pilastro ospedaliero sia sufficiente. La classica divisione del complesso di attività finalizzate alla tutela della salute in prevenzione, assistenza territoriale e assistenza ospedaliera non è esclusivamente di tipo organizzativo, ma anche operativo e cronologico: gli ospedali non devono rappresentare il punto di riferimento per qualsiasi tipo di problema di salute, bensì i *triarii* dell'assistenza sanitaria, che intervengono con competenze ultra-specialistiche e solo in caso di reale necessità e appropriatezza. La prima linea della tutela della salute è invece la prevenzione, che spesso non è stata messa economicamente in condizione di poter adempiere in maniera efficace e incisiva al suo compito. Prendendo l'esempio delle malattie croniche, la prevenzione si occupa di evitarne da principio l'insorgenza. Quando questa fallisce, il paziente dovrebbe essere preso in carico dall'assistenza territoriale, informato e monitorato. Solo qualora, come già detto, ci sia una necessità, dovuta magari ad un intervento previsto nel percorso terapeutico intrapreso dal paziente, oppure da un riacutizzarsi improvviso della malattia, allora l'erogazione del servizio di cure ospedaliere risulterebbe appropriato. Per poter rispondere con efficacia a tale insorgenza, è fondamentale che l'ospedale non sia oberato da pazienti i quali problemi di salute potrebbero essere trattati, con maggiore efficacia, dalla rete di assistenza territoriale in un regime di continuità terapeutica specificamente tarato sulle problematiche di salute del singolo paziente. Con questo non si vuole certamente affermare che la tutela della salute debba operare a compartimenti stagni, ma è anche vero che l'intero apparato non può reggersi su di un unico pilastro, anche alla luce delle peculiarità demografiche e sanitarie del nostro Paese.

Quanto detto in precedenza delinea un quadro che, tutto sommato, non deve suscitare allarmismi eccessivi, in quanto il nostro Sistema Sanitario continua ad essere un'eccellenza a livello mondiale. Il rispetto dei LEA (Livelli essenziali di assistenza) risulta confermato in quasi tutte le regioni italiane, nonostante alcune specifiche criticità e, in circoscritti ma non trascurabili casi, la carenza di un flusso di dati adeguato all'attività di assesment del Ministero della Salute. I nostri ospedali stanno reggendo. Eppure, guardando i numeri del sistema triage, i codici bianchi e verdi costituiscono ancora la principale componente degli accessi ospedalieri in diverse parti d'Italia. Accessi impropri che provocano un allungamento delle liste d'attesa, non facilmente aggirabile da chi non ha disponibilità economiche sufficienti da rivolgersi alle strutture private.

Il fenomeno rischia di peggiorare a causa dei fattori demografici di cui abbiamo già discusso, e il tempo è una componente essenziale dell'appropriatezza del trattamento, specialmente ai fini della prevenzione e dell'urgenza.

Ora, è il momento di porsi la domanda centrale: perché la sanità territoriale non sta funzionando come dovrebbe? La risposta risiede principalmente nell'organizzazione stessa del servizio. In Italia, la figura centrale e rappresentativa dell'assistenza sanitaria territoriale è il Medico di Medicina Generale (MMG), il quale ha un rapporto di convenzione con il SSN ed è retribuito in base al numero di pazienti che lo hanno scelto, con un massimale, ossia il numero massimo di pazienti seguiti, di 1500. In parecchie regioni italiane, specialmente nel Meridione, i MMG lavorano in maniera indipendente l'uno dall'altro, ognuno nel suo studio. A prima vista, non sembrano riscontrarsi particolari criticità o falle in questo modello di assistenza. Tuttavia, col tempo e, soprattutto, con la sempre crescente carenza di personale medico dovuta ad esigenze economiche e alle ondate di pensionamento che si faranno sentire soprattutto negli anni venturi, il numero di MMG è risultato insufficiente a garantire prestazioni e assistenza adeguata alla popolazione di riferimento. Due le conseguenze più rilevanti: moltissimi sono diventati massimalisti, ossia, come suggerisce il termine stesso, hanno raggiunto il numero massimo di pazienti da seguire; la scelta personale del proprio Medico di Medicina Generale diventa sempre più ristretta, indebolendo il tipizzante rapporto di fiducia e di reciproca conoscenza tra il MMG e il proprio paziente. A dire il vero, quest'ultimo effetto è amplificato anche dalla stessa saturazione del bacino di utenti del singolo MMG, perché lo stesso medico non potrebbe, verosimilmente, seguire con lo stesso livello di attenzione e di approfondimento ognuno dei 1500 pazienti che si sono affidati a lui. Tempo ed energie risultano così tanto preziosi quanto scarsi, e ciò va a scapito del singolo paziente, dato che, facendo una considerazione meramente economica, il compenso per il MMG non varia al variare del numero di prestazioni effettuate.

Si potrebbe facilmente muovere una critica a tale ragionamento, affermando che il verificarsi di un'ipotesi per la quale, nello stesso lasso di tempo, i 1500 pazienti di un massimalista si riversino tutti quanti nel suo studio, appare piuttosto surreale. E non a torto: il bacino medio di utenza di un MMG presenta sicuramente una domanda eterogenea, in primis per le caratteristiche anagrafiche. Pazienti relativamente giovani si recheranno presso lo studio del proprio MMG in misura

tendenzialmente minore a quanto faranno invece i componenti delle coorti più anziane di assistiti. Eppure, in base ai dati demografici a nostra disposizione, e tenendo in debito conto l'aumento dell'incidenza di patologie croniche nelle fasce più anziane della popolazione, possiamo realisticamente ipotizzare, *ceteris paribus*, che sempre più assistiti, e sempre più spesso, si ritroveranno a fare la fila davanti allo studio del proprio Medico di Medicina Generale.

Rispetto alla problematica appena analizzata, la risposta più semplice e scontata sarebbe quella di aumentare il numero di MMG, per meglio seguire i pazienti incrementando la quantità e la qualità delle prestazioni. Ammesso e non concesso che vi siano a disposizione adeguate risorse per alimentare tale intervento, ci si deve chiedere se questa sia una risposta sufficiente. Questo è dovuto al fatto che determinate condizioni patologiche, specialmente quelle croniche, necessitano di un tipo di assistenza calibrata alla loro complessità. Trovandosi ad assumere sempre più il ruolo di *gatekeeper* delle prestazioni sanitarie (o, secondo la vulgata, di burocrate), e per via della sua stessa formazione, il MMG non possiede gli strumenti e le conoscenze adatte ad una presa in carico completa del paziente. Un lavoro coordinato di medici specialisti, infermieri, medici di continuità assistenziale e altre figure professionali afferenti al mondo della sanità è richiesto per affrontare questo tipo di patologie. È quindi chiaro che un'assistenza primaria basata su un insieme di monadi non comunicanti tra di loro non potrà mai erogare prestazioni soddisfacenti, indipendentemente dal numero di MMG.

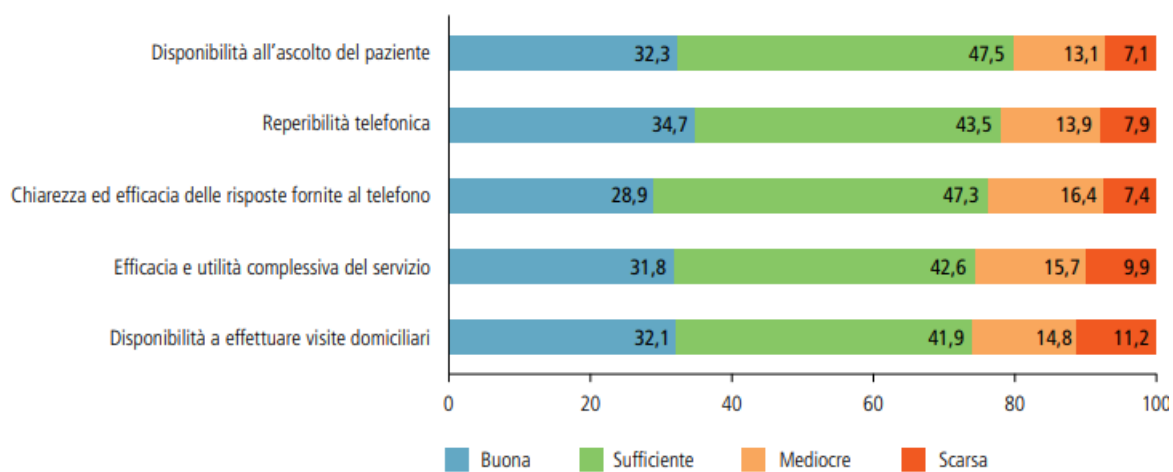
A provarlo è un'analisi del CENSIS che, già nel 2009, aveva interrogato un campione di popolazione su quali fossero le opinioni e le insoddisfazioni nei confronti del Servizio Sanitario Nazionale<sup>7</sup>. Alla domanda sulla conoscenza o meno dell'esistenza del servizio di continuità assistenziale — o guardia medica, che dir si voglia — una grossa percentuale di intervistati ha risposto in maniera negativa: ben il 47% di essi. Una parte di coloro che hanno risposto negativamente avevano sentito parlare della continuità assistenziale e alcuni ne conoscevano grossomodo anche le funzioni, ma senza nessuna esperienza diretta. Insomma, quasi la metà del campione non ha mai avuto contatto col servizio offerto dalla guardia medica. Come si vedrà dai grafici sotto riportati, vi è un'importante differenza tra la valutazione degli utenti sul servizio offerto dai MMG e su quello di continuità assistenziale fornito dalla guardia medica. Tuttavia, è appare evidente come ci sia una sorta di

---

<sup>7</sup> [http://www.quadernidellasalute.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1702\\_allegato.pdf](http://www.quadernidellasalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1702_allegato.pdf)

continuità nei due giudizi: gli aspetti del servizio di medicina generale che risultano soggetti a critiche e insoddisfazione da parte degli utenti subiscono la medesima sorte quando si tratta di continuità assistenziale: il dato più lampante è quello della disponibilità dei medici di continuità assistenziale ad effettuare visite domiciliari, per la quale più di un quarto del campione risulta insoddisfatto (il 14,8 % del totale risulta poco soddisfatto e l'11,2% per niente soddisfatto). Nel Sud e nelle isole questo dato raggiunge addirittura picchi del 35%.

**Opinioni sul livello qualitativo dei vari aspetti del servizio di continuità assistenziale (guardia medica)**  
**[valori %]**



Fonte: Quaderni della salute (2010)

Se quindi il servizio di continuità assistenziale risulta essere meno conosciuto e meno apprezzato rispetto alla medicina di base, anche l'assetto organizzativo di quest'ultima presenta problematiche che vanno oltre la scarsa disponibilità ad effettuare visite domiciliari: si sta parlando della ridotta capacità di operare e interagire in maniera strutturata con gli altri operatori e professionisti del sistema sanitario nazionale, come la specialistica ambulatoriale convenzionata.

**Tabella 2.7** Opinioni sugli aspetti delle cure primarie da migliorare in via prioritaria, per ripartizione geografica (valori %)

Secondo lei, quali sono gli aspetti delle cure primarie (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta) della zona in cui vive che dovrebbero essere migliorati in via prioritaria?

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Il collegamento del medico con il sistema dei servizi	52,9	40,7	40,5	38,8	43,3
La reperibilità dei medici nelle 12 ore	24,5	31,1	35,8	33,9	31,2
L'efficienza delle strutture amministrative	29,7	27,3	18,1	27,8	26,4
Gli organismi di controllo sulla qualità del lavoro svolto	14,4	18,7	21,9	19,0	18,2
La capacità professionale dei medici	16,0	15,8	25,6	17,0	18,1
La capacità relazionale dei medici	9,8	16,7	23,3	11,3	14,2

Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte.  
Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

Fonte: Quaderni della salute (2010)

Come mostrato nella tabella, il non eccellente collegamento del medico di base con gli altri servizi del nostro sistema sanitario nazionale è particolarmente avvertito dalla popolazione di utenti. Il mondo dei servizi sanitari in Italia è particolarmente articolato e di difficile comprensione a chi non è avvezzo alle sue logiche e funzionamenti, e il medico di base dovrebbe essere una guida per coloro che si rivolgono ad esso, anche perché egli o ella rappresenta, in moltissimi casi, il primo punto di contatto del paziente con il SSN. Inoltre, lavorare a stretto contatto con la specialistica, la diagnostica, il reparto ospedaliero e di riabilitazione è cruciale per poter offrire al proprio paziente un trattamento completo ed efficace, ed è piuttosto evidente che una visita presso il proprio medico di famiglia e la prescrizione di un determinato farmaco spesso non bastano ad affrontare adeguatamente patologie complesse che richiederebbero l'apporto di altri professionisti della salute. Inoltre, come verrà più volte ribadito e argomentato, determinate patologie possono essere prevenute e trattate solo tenendo in considerazione anche il versante sociale della malattia. Si pensi a patologie che possono diventare anche croniche se non trattate in tempo, come l'obesità. È indubbio che la causa scatenante è da ricondurre alla scorretta alimentazione probabilmente dovuta a determinate condizioni economico-sociali che si ripercuotono sulle abitudini alimentari e sulla possibilità di praticare attività sportiva. Il ruolo che i servizi di tutela della salute possono giocare in questo ambito è fortemente collegato alla capacità di educare e formare la popolazione sui rischi che comportamenti poco salutari contengono per la salute e cercare così di prevenire, per quanto possibile, l'adozione degli stessi da parte degli utenti. Ma vi è un altro versante della "questione" sociosanitaria in Italia: le difficoltà che determinati segmenti della popolazione si trovano dinnanzi nel momento in cui devono accedere ai servizi sanitari. Si prenda ad esempio una persona anziana e non deambulante che necessita di una vaccinazione. Egli/ella, specialmente se non convivente con



un familiare o qualcuno in grado di prendersene cura, si trova in una condizione di forte isolamento rispetto al mondo esterno, spesso confinata tra le mura del domicilio e particolarmente suscettibile a sviluppare anche patologie psicologiche legate alla solitudine e all'isolamento stesso. Disporre di un adeguato servizio di volontariato in grado di prelevare il paziente, condurlo presso il luogo che ospita i servizi, assisterlo durante il tragitto per eventuali necessità e riaccompagnarlo a casa è sicuramente un fattore essenziale per raggiungere anche quegli utenti che sono impossibilitati all'usufruire delle prestazioni necessitate, senza considerare gli effetti positivi in termini psicologici sull'individuo, che si sente incluso e accolto dalla comunità. Per questo l'integrazione tra servizi sanitari e servizi sociali è imprescindibile, e lo sarà ancor di più nel prossimo futuro, quando casi simili a quello presentato nell'esempio saranno molto più comuni di come già lo sono ora.

Urge quindi una riorganizzazione dei servizi afferenti alla sanità territoriale, attraverso l'instaurazione di un dialogo costante e di una collaborazione strutturale tra di essi al fine di rafforzare la presa in carico del paziente e assicurare un trattamento a 360 gradi. L'obiettivo primario deve essere quello di garantire l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni erogate, riorientando il sistema sanitario italiano allo scopo di riorganizzare e irrobustire l'assistenza sanitaria territoriale, ridurre la pressione (crescente) sui presidi ospedalieri e realizzare una compiuta integrazione sociosanitaria.

Col tempo, queste necessità si sono fatte sempre più pressanti, e l'Italia è stato teatro di diverse sperimentazioni organizzative in tal senso, la più compiuta delle quali è sicuramente la Casa della Salute, su cui si basa l'iniziativa della Casa di Comunità presente nel PNRR. Della CdS e CdC si parlerà approfonditamente nel terzo capitolo, mentre il primo, introdotto da un'analisi comparata sull'impatto della pandemia di Covid-19 in Europa, è funzionale a fornire un ampio quadro d'insieme dei modelli sanitari adottati dalla stragrande maggioranza dei paesi del mondo, con un focus sulle modalità di finanziamento delle prestazioni, le diverse configurazioni del diritto alla salute del cittadino e le logiche di funzionamento del sistema. Segue una breve ricostruzione dell'evoluzione del nostro Servizio Sanitario Nazionale, nella quale vengono ripercorse le tappe più importanti, le criticità risolte e le problematiche che ancora lo affliggono. Il secondo capitolo si concentra invece sulla sanità territoriale e la sua evoluzione negli ultimi anni, andando soprattutto ad analizzare le funzioni e l'organizzazione del Distretto sociosanitario. Segue la valutazione dei risultati ottenuti con il lungo processo di riforma dell'organizzazione della medicina di base e della specialistica sul

territorio fino ad arrivare alle ultime iniziative governative. Il Servizio sanitario nazionale e, più nello specifico, la sanità territoriale devono rivestire un ruolo di primissimo piano nel contrasto all'insorgenza delle patologie croniche e nel garantire la sostenibilità del sistema sanitario nel prossimo futuro, dato il fatto che essi sono considerati come variabile intermedia<sup>8</sup>: da una parte, la il Ssn rappresenta una determinante di salute; dall'altra è invece determinante di eguaglianza, e siccome le patologie croniche sono strettamente correlati ai comportamenti e agli stili di vita, che inevitabilmente risentono delle condizioni socioeconomiche in cui versa l'individuo, il Servizio sanitario nazionale, per mezzo di quella che dovrebbe essere la sua *longa manus* ossia la sanità territoriale, deve cercare di limitare quanto più possibile queste "discriminanti epidemiologiche" con nuovi approcci e un nuovo tipo di organizzazione sul territorio.

---

<sup>8</sup> [https://www.francoangeli.it/AREA\\_Personale/Riviste/getArticoloPDF.aspx?idArticolo=63937](https://www.francoangeli.it/AREA_Personale/Riviste/getArticoloPDF.aspx?idArticolo=63937)

## CAPITOLO I

### **Il panorama europeo della sanità: l'impatto del Covid, i principali modelli e il caso italiano.**

#### **Modelli sanitari e COVID-19: *performances* a confronto**

Si è già posto in evidenza come la crisi pandemica di questi ultimi due anni abbia aperto gli occhi di molti sui punti di debolezza del SSN. Quasi tutti i paesi ne sono stati colpiti in misura più o meno grave, eppure vi è chi ha resistito meglio all'impatto e chi no. A questo punto, la domanda sorge spontanea: quali sono stati i fattori che hanno determinato la migliore o peggiore tenuta del sistema? Per rispondere, risulta utile operare in una prospettiva comparata, limitandoci però all'ambito europeo, che presenta sufficienti punti di divergenza, ma al tempo stesso un terreno demografico e sociale abbastanza comune. Come si è detto, i punti di divergenza sono presenti, e lo sono proprio a livello sanitario. È diversa l'impostazione della sanità e della tutela della salute, specialmente per quanto riguarda i modelli di finanziamento<sup>9</sup>; è diverso il setting di principi ispiratori dei vari sistemi, come anche quello dei valori, da cui deriva anche l'impegno finanziario nei confronti della tutela della salute. In media, stando agli ultimi dati a noi disponibili, la quota di PIL dedicata alla spesa sanitaria è, nei paesi OECD, del 8,3%, con un picco positivo del 12.1% (Svizzera) e uno negativo del 4,4% (Turchia)<sup>10</sup>.

Tuttavia, ci si deve muovere con cautela nell'interpretazione di questi dati, dal momento che basarsi esclusivamente sulla *GDP ratio* può essere fuorviante. Il Lussemburgo, per esempio, ha una percentuale di spesa sanitaria sul PIL pari al 5,4%, collocandosi subito sopra la Turchia. Eppure, la spesa sanitaria pro-capite è notevolmente alta. In questo caso sarebbe più opportuno applicare un diverso metodo di calcolo, imponendo al denominatore non il GDP, ma il GNP (Gross National Production), che sicuramente è in grado di rappresentare con maggior correttezza le reali dimensioni della spesa sanitaria di un paese dove la maggior parte della ricchezza è prodotta da non

---

<sup>9</sup> Vicarelli, G. "Regolazione e governance nei sistemi sanitari europei." (2011).

<sup>10</sup> [https://www.oecd-ilibrary.org/sites/860615c9-en/index.html?itemId=/content/component/860615c9-en#:~:text=ln%202019%2C%20a%20quarter%20of,%25\)%20and%20Latvia%20\(6.3%25\).](https://www.oecd-ilibrary.org/sites/860615c9-en/index.html?itemId=/content/component/860615c9-en#:~:text=ln%202019%2C%20a%20quarter%20of,%25)%20and%20Latvia%20(6.3%25).)

residenti. Un altro esempio, invero più intuitivo, di come non ci si possa basare esclusivamente sulla dimensione percentuale rispetto al PIL è costituito dal confronto tra la Repubblica Ceca e la Bulgaria. Entrambi hanno la stessa percentuale di PIL destinata alla spesa sanitaria, ma in valori assoluti e a livello di spesa pro-capite la Repubblica Ceca si posiziona molto al di sopra della Bulgaria, semplicemente perché ha un PIL più elevato. Non si può tralasciare un'altra variabile importante: il rapporto tra la spesa sanitaria pubblica e quella "privata" o, per essere terminologicamente più appropriati, *out of pocket*. Se in media la spesa sanitaria rappresenta l'8,3% del PIL, la spesa out of pocket costituisce praticamente  $\frac{1}{4}$  della stessa. Anche qui, si nota un picco massimo in Svizzera (4,3% PIL) e uno minimo in Turchia (1% PIL). Questo non vuol dire, naturalmente, che la copertura sanitaria in Turchia sia migliore di quella in Svizzera. Al di là di quelli che sono problemi metodologici e di calcolo, ciò che rileva è una certa diversità a livello europeo per quanto riguarda la spesa sanitaria e l'estensione della copertura. Si potrebbero includere numerose ulteriori varianti, come il reddito pro-capite, la popolazione totale, l'età anagrafica media, la speranza di vita e così via. In questa sede non è possibile prendere in considerazione questi fattori, dal momento che tale operazione richiederebbe un considerevole impiego di energie e di tempo e finirebbe per esulare dal nucleo tematico dell'elaborato. Qui, ci si limiterà a considerare le peculiarità organizzative e funzionali dei principali sistemi sanitari europei, e come questi ultimi hanno retto all'impatto pandemico.

Seguendo un approccio ormai comunemente accettato e utilizzato in campo sociologico, Giarelli basa le sue osservazioni sul framework delle macroregioni sanitarie europee: la macroregione anglo-irlandese, quella scandinava, quello centro-orientale, quella centro-occidentale e infine quella mediterranea, nella quale rientra il nostro paese<sup>11</sup>. La prima comprende Regno Unito e Irlanda; la seconda, Svezia, Danimarca, Norvegia, Finlandia, Islanda; la terza, Polonia, Romania, Lettonia, Estonia, Lituania, Ungheria, Slovacchia, Slovenia, Repubblica Ceca, Croazia, Bulgaria; la quarta, Germania, Francia, Belgio, Paesi Bassi, Svizzera, Austria, Lussemburgo; ed infine la quinta, Spagna, Italia, Portogallo e Grecia. Le dimensioni selezionate per poter valutare le performances delle macroregioni, e quindi per individuare punti di forza e punti di debolezza, sono il numero di casi

---

<sup>11</sup> G. Vicarelli, G. Giarelli. *Libro Bianco. Il servizio sanitario nazionale e la pandemia da Covid 19. Problemi e proposte*. FrancoAngeli OpenAccess, 2020.

sulla popolazione, il numero di decessi sulla popolazione infetta, e la consistenza dell'azione diagnostica del sistema sanitario (attraverso il numero di tamponi eseguiti). Questi indicatori permettono di misurare sia la *preparedness* dei sistemi sanitari in termini di gestione dell'emergenza, sia la capacità di prevenzione e "quantificazione" della minaccia.

Tab. 6 – Analisi comparata delle cinque macroregioni sanitarie europee

Macroregione	Dev.			Dev.			Dev.		
	Media casi/ pop. (%)	stand. casi/ pop. (%)	Coeff. di variaz. (%)	Media morti/ casi (%)	stand. morti/ casi (%)	Coeff. di variaz. (%)	Media test/ pop. (%)	stand. test/ pop. (%)	Coeff. di variaz. (%)
Anglo-irlandese	1,48	0,27	0,18	3,65	0,02	0,42	39,73	7,65	0,19
Scandinava	0,88	0,50	0,57	1,88	1,46	1,66	43,04	33,15	0,77
Centro-occidentale	2,38	1,13	0,47	1,69	0,72	0,42	27,70	10,59	0,38
Centro-orientale	1,32	0,91	0,69	1,43	0,69	0,48	19,00	8,03	0,42
Mediterranea	1,54	0,94	0,61	2,73	1,58	0,57	24,56	8,66	0,35

Fonte: Vicarelli e Giarelli (2020)

La tabella sopra riportata fornisce un quadro sufficientemente completo delle dimensioni pandemiche dove le famiglie di sistemi sanitari si sono dimostrate in grado di reagire adeguatamente, e quelle in cui hanno fatto fatica a gestire il fenomeno. Le cerchiature all'interno della tabella individua proprio tali punti deboli: la macroregione occidentale presenta un profilo piuttosto negativo sull'incidenza del contagio sulla popolazione, mentre quella anglo-irlandese riporta un tasso di mortalità superiore a tutte le altre macroregioni. Dal punto di vista della capacità diagnostica, il risultato peggiore è assegnato alla macroregione centro-orientale, che è invece riuscita a gestire meglio sia la diffusione epidemica che la mortalità. Tuttavia, il fatto stesso che la percentuale dei tamponi effettuati sulla popolazione sia così bassa (19%) può far sorgere legittimi dubbi sulla reale dimensione dei casi sulla popolazione totale, senza considerare che – ma questo vale anche per le altre macroregioni – ad un tampone non corrisponde necessariamente un soggetto diverso. La macroregione mediterranea non sembra essere stata in grado di gestire egregiamente nessuna delle dimensioni pandemiche, specialmente se si guarda al tasso di mortalità. A tal proposito, però, non si può trascurare il fatto che il valore della deviazione standard è

particolarmente elevato (1,58%) rispetto a quelli afferenti alle altre macroregioni. Molto probabilmente, a determinare il valore di questo indicatore è stata l'esperienza italiana, che dal punto di vista del numero dei morti sul totale dei casi accertati registra la performance peggiore: al 20 aprile 2022, circa 162.000 deceduti a causa del virus<sup>12</sup>.

Tab. 5 – La macroregione sanitaria mediterranea

Paese	Casi	Popolazione	Casi/ pop. (%)	Morti	Morti/ casi (%)	Morti/ pop. (%)	Test	Test/ pop. (%)
<b>Spagna</b>	1.306.316	47.329.981	2,76	38.486	2,95	0,08	14.222.229	30,05
<b>Italia</b>	824.879	60.244.639	1,37	40.192	4,87	0,07	10.155.58*	16,86
<b>Portogallo</b>	161.350	10.295.909	1,57	2.740	1,70	0,03	3.482.414	33,82
<b>Grecia</b>	49.807	10.709.739	0,47	702	1,41	0,007	1.876.471	17,52
<i>Media</i>	585.588		1,54	20.530	2,73	0,05	7.434.175	24,56

\*persone testate

Fonte: Vicarelli e Giarelli (2020)

Come si può facilmente notare, mentre la Spagna non dimostra una grande capacità di prevenzione del contagio, anche se non collocandosi eccessivamente al di fuori della media degli altri paesi della famiglia, l'anomalia italiana è particolarmente evidente, con un tasso di mortalità del 4,87%. Non brillante neanche la gestione dell'operazione diagnostica, come pure quella greca. Bisogna però rimarcare che la popolazione totale italiana è, come è di tutta evidenza, decisamente superiore rispetto a quella spagnola, come anche a quella portoghese e a quella greca. Nonostante ciò, non sarebbe corretto, in tutti i sensi, imputare tali risultati in maniera lapidaria alla mera inefficienza del sistema. Oltre al fatto di trovarsi di fronte ad una minaccia di cui si ignora l'origine e a cui non è possibile porre fine *sic et simpliciter*, congiuntamente al difficile ripiegamento e adattamento della vita individuale e sociale alle misure restrittive, si sono verificati problemi e presentati ostacoli, per così dire, fisiologici. Un esempio è l'insufficienza dello stock di tamponi a disposizione della popolazione e degli operatori medico-sanitari, piuttosto comprensibile data l'improvvisa impennata globale della domanda degli stessi, con conseguenti difficoltà logistiche<sup>13</sup>. Un'ulteriore evenienza che si è verificata è stata la mancanza di risorse umane per garantire un'offerta diagnostica efficace:

<sup>12</sup> Carla Collicelli. *Salute e sanità alla luce della pandemia*. Associazione Italiana per lo Sviluppo Sostenibile, 26 aprile 2022.

<sup>13</sup> <https://tg24.sky.it/salute-e-benessere/2022/01/07/covid-tamponi>

soprattutto nelle fasi iniziali della pandemia, in alcune aree del paese i laboratori non erano in grado di mantenere un ritmo di somministrazione tale da stare al passo con la diffusione del virus<sup>14</sup>.

Tra gli effetti negativi della pandemia che ha colpito il vecchio continente e il resto del mondo, vi è quello della riduzione o interruzione vera e propria di alcuni servizi, compresi quelli sanitari. In base ai dati WHO, in Europa si è registrata, in media, una interruzione dell'erogazione delle prestazioni previste dal 40% dei servizi garantiti dai sistemi sanitari.<sup>15</sup> Nello specifico, i servizi che hanno accusato di più l'impatto del virus sono stati quelli riguardanti le cure odontoiatriche (91%), i servizi offerti dai consultori familiari e le consulenze per la contraccezione (74%), campagne di promozione vaccinale (63%) e, molto importante nella logica di questa trattazione, servizi diagnostici per patologie croniche (76%)<sup>16</sup>. Le cause di ciò che si è appena illustrato non sono da imputare esclusivamente al lato dell'offerta, e quindi alle decisioni prese dalla governance del sistema sanitario di limitare l'accesso ad alcune strutture o servizi, o ancora di riallocare risorse, specialmente quelle umane, al fine di supportare i servizi di prima linea contro il morbo; ma sono stati, in alcuni casi, gli stessi utenti che hanno preferito non usufruire dei servizi, implicanti spostamenti e contatti ravvicinati, per paura di un possibile contagio. Emblematico il caso italiano della cancellazione totale di tutte le visite ambulatoriali endoscopiche, necessario per riassorbire risorse e personale da impiegare nell'emergenza Covid-19; stessa sorte è capitata, sempre nell'ambito della gastroenterologia, a tutti gli interventi diagnostici e terapeutici in regime di ospedalizzazione, a parte quelli non differibili<sup>17</sup>. Paradossalmente, le misure di restrizione alla libertà di movimento e la razionalizzazione dell'offerta di servizi sanitari ha, secondo alcuni, portato anche ad una riduzione della domanda di prestazioni da parte di quelle fasce della popolazione affette da patologie non gravi, portando così ad una diminuzione degli accessi impropri<sup>18</sup>.

---

<sup>14</sup> <https://www.ilpost.it/2020/04/04/coronavirus-tamponi-test-problemi-numero/>

<sup>15</sup> [file:///C:/Users/Fra/Downloads/WHO-2019-nCoV-EHS\\_continuity-survey-2020.1-eng.pdf](file:///C:/Users/Fra/Downloads/WHO-2019-nCoV-EHS_continuity-survey-2020.1-eng.pdf)

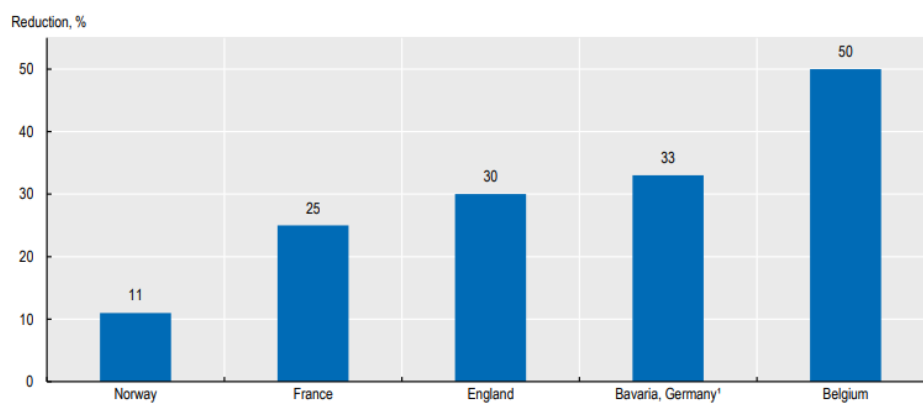
<sup>16</sup> [https://www.efpia.eu/media/602847/health-systems-after-covid-19\\_en.pdf](https://www.efpia.eu/media/602847/health-systems-after-covid-19_en.pdf)

<sup>17</sup> Raffaele Salerno, Clara Benedetta Conti, Annalisa De Silvestri, Sophia Elizabeth Campbell Davies, Nicolò Mezzina & Sandro Ardizzone (2020) The impact of covid-19 pandemic on urgent endoscopy in Italy: a nation-wide multicenter study, *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 55:7, 870-876, DOI: [10.1080/00365521.2020.1782466](https://doi.org/10.1080/00365521.2020.1782466)

<sup>18</sup> Moynihan R, Sanders S, Michaleff ZA, Scott AM, Clark J, To EJ, Jones M, Kitchener E, Fox M, Johansson M, Lang E, Duggan A, Scott I, Albarqouni L. Impact of COVID-19 pandemic on utilisation of healthcare services: a systematic review. *BMJ Open*. 2021 Mar 16;11(3):e045343. doi: [10.1136/bmjopen-2020-045343](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045343). PMID: 33727273; PMCID: PMC7969768.

Oltre al caso italiano, si hanno parecchie evidenze di strategie emergenziali simili in altri paesi europei: in Germania e in Portogallo, ad esempio, tutte le operazioni chirurgiche elettive non urgenti sono state posposte<sup>19</sup>; in Francia, circa un milione e 100.000 operazioni chirurgiche non urgenti sono hanno subito la stessa sorte<sup>20</sup>. Si è registrato un calo degli accessi persino al pronto soccorso, come è successo in Inghilterra, dove si è vista una riduzione del 29% rispetto all'anno precedente l'inizio della pandemia.<sup>21</sup>

Figure 1.19. Reduction in the volume of primary care consultations during the first wave of COVID-19



Fonte: Health at a Glance: Europe (2020)

Lo stesso Ministero della Solidarietà e della Salute, dell'Assicurazione Sanitaria e della Sanità Pubblica francese ha, in controtendenza rispetto a quanto appena detto, consigliato fortemente ai cittadini di “continuare a farsi curare”, e cioè a non rinunciare alle cure e alle visite ambulatoriali, ai consulti e, soprattutto, a non interrompere percorsi terapeutico-assistenziali rinunciando ai *follow-up*, specialmente qualora ci si trovi in una situazione di fragilità.<sup>22</sup> Il Ministero francese dimostra, con questo tipo di comunicazione e di messaggio, di aver compreso che i danni collaterali derivanti dall'interruzione dell'assistenza sanitaria primaria avranno pesanti ripercussioni nel futuro sulla capacità del sistema sanitario di far fronte a probabili acuzie e numerose complicanze causate proprio dalla discontinuità assistenziale. L'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) afferma

<sup>19</sup> [https://ec.europa.eu/health/system/files/2020-12/2020\\_healthatglance\\_rep\\_en\\_0.pdf](https://ec.europa.eu/health/system/files/2020-12/2020_healthatglance_rep_en_0.pdf)

<sup>20</sup> Santi, P. and E. Pineau (2020), Les inquiétants effets sanitaires collatéraux du coronavirus, Le Monde, [https://www.lemonde.fr/sciences/article/2020/07/13/diagnostics-prise-en-charge-traitements-le-coronavirus-a-deseffets-sanitaires-collateraux-tres-larges\\_6046098\\_1650684.html](https://www.lemonde.fr/sciences/article/2020/07/13/diagnostics-prise-en-charge-traitements-le-coronavirus-a-deseffets-sanitaires-collateraux-tres-larges_6046098_1650684.html).

<sup>21</sup> *Ibidem*, 15

<sup>22</sup> <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2020/covid-19-et-continuite-des-soins-continuer-de-se-soigner-un-imperatif-de-sante-publique#:~:text=formulaire%20ci%2Ddessous-Covid%2D19%20et%20continuit%C3%A9%20des%20soins%20%2D%20Continuer%20de%20se%20soigner,se%20faire%20soigner%20sans%20attendre.>



che, nei primi 5 mesi di pandemia, l'attività diagnostica oncologica in Italia ha subito un brusco freno: circa un milione e 400.000 screening in meno rispetto all'anno precedente<sup>23</sup>. Il presidente AIOM ha inoltre riportato che negli USA si stimano, per i prossimi 10 anni, 10.000 morti causate da tumore al seno e colon-retto, come anche in Inghilterra, dove si pensa che nei 5 anni a venire il 16,6% dei tumori al colon-retto e il 9,6% dei tumori alla mammella saranno significativamente correlati al ritardo dell'attività di screening. Il presidente Beretta, oltre a suggerire un aumento dei fondi destinati alla medicina territoriale e ai percorsi diagnostici e di *follow-up*, si è espresso con convinzione sui benefici che la telemedicina potrebbe apportare, specialmente in periodi di emergenza dove la presenza e il contatto fisico sono fortemente limitati.

Non a caso, la presenza di un'assistenza sanitaria territoriale basata su modelli a rete sufficientemente consolidati, congiuntamente ad un ampio utilizzo degli strumenti della telemedicina e del teleconsulto, hanno permesso di garantire la continuità assistenziale con attività di diagnostica e screening non compromesse dal fenomeno pandemico. In questo senso, Islanda e Slovenia non hanno subito particolari ripercussioni a causa della diffusione del Covid-19. Inoltre, questi due paesi, insieme a Francia e Regno Unito, hanno istituito delle strutture per l'assistenza alla comunità contro il contagio, potenziando l'attività di triage e fornendo allo stesso tempo assistenza per i pazienti non-Covid-19<sup>24</sup>. Un ruolo importante è stato giocato anche dall'assistenza domiciliare, nella quale Germania e Regno Unito si sono distinti, adoperando équipe multidisciplinari per le visite a domicilio, limitando così il rischio di ulteriori contagi e accessi impropri. L'altro pilastro della continuità assistenziale in questo periodo è stata la telemedicina, e soprattutto il teleconsulto, che ha visto il proprio utilizzo enormemente accresciuto già dal 2020: in Francia ne sono stati fatti 500.000 nel giro di una settimana, in Germania ne sono stati registrati 19.500 soltanto nel mese di marzo, in Norvegia la percentuale di teleconsulti sul totale dei consulti col medico di base è salita fino al 60%.

Da non sottovalutare è anche l'impatto psicologico che la pandemia e le misure di contenimento della stessa hanno causato: tra tutti, spiccano sintomi di stress post-traumatico e depressione, spesso esacerbati dal prolungato isolamento sociale, noia, la paura di contaminazione (sottotipo del

---

<sup>23</sup> <https://www.aiom.it/speciale-covid-19-tumori-un-milione-400mila-screening-in-meno-primi-5-mesi-2020-rischio-diagnosi-avanzate-servono-risorse-per-telemedicina/>

<sup>24</sup> *Ibidem*, 15.

disturbo ossessivo-compulsivo<sup>25</sup>), perdite economiche e stigmatizzazione<sup>26</sup>. Particolarmente a rischio gli anziani, specialmente se non conviventi, che nella maggior parte dei casi non sono in grado di sfruttare le moderne fonti di informazione. Si tenga presente che l'isolamento prolungato di soggetti fragili può aumentare le probabilità di morte di circa il 30%<sup>27</sup>. In questo ambito gran parte dei sistemi sanitari europei hanno retto all'impatto, predisponendo in tempi accelerati strumenti e protezioni speciali in grado di contrastare le ricadute psicologiche della pandemia, anche qui grazie all'ampio utilizzo della telemedicina. Ad esempio, a Madrid, pesantemente colpita dalla pandemia, sono stati istituiti tre servizi in collegamento con la psichiatria per poter fornire supporto e accompagnamento dei pazienti Covid, del personale medico contagiato e delle rispettive famiglie, con un contatto costante anche dopo l'eventuale morte di una persona cara.

La capacità della sanità territoriale di gestire e orientare l'utenza in un periodo caotico come quello della pandemia si è quindi dimostrata, forse più di altri fattori, essenziale per evitare l'ulteriore aumento dei contagi e il collasso delle strutture ospedaliere.

## **Ricognizione e analisi dei principali modelli sanitari: funzionamento e finanziamento.**

Prima di analizzare l'impatto della pandemia sui sistemi sanitari europei e al fine di meglio comprendere la storia del nostro SSN, è necessario prendere visione delle principali caratteristiche che contraddistinguono i diversi tipi di sanità consolidatisi in Europa. Questo breve paragrafo si concentrerà sulla suddivisione dei sistemi sanitari secondo la modalità di finanziamento degli stessi,

---

<sup>25</sup> <https://www.ipsico.it/news/paura-di-contaminazione-nel-disturbo-ossessivo-compulsivo/>

<sup>26</sup> Douglas, M. et al. (2020), "Mitigating the wider health effects of covid-19 pandemic response", The BMJ, Vol. 369, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m1557>

<sup>27</sup> *Ibidem*, 22.

la quale rappresenta, dato anche il grande interesse accademico che la circonda, il punto di differenziazione più elevato tra i vari Stati membri. I modelli di finanziamento sono quattro: il mercato semplice, l'assicurazione volontaria, l'assicurazione sociale obbligatoria e il modello universalistico. Si tenga presente che ormai è estremamente difficile trovare un sistema sanitario che si collochi perfettamente all'interno di un unico modello di finanziamento: al giorno d'oggi, il panorama del finanziamento sanitario europeo è costellato di sistemi a finanziamento misto. La trasformazione da modelli puri a modelli misti si è avuta principalmente negli anni '90, con l'adozione del paradigma del *New Public Management*, il cui concepimento e applicazione hanno suscitato pareri e opinioni non sempre univoche<sup>28</sup>.

Ecco il funzionamento dei diversi modelli<sup>29</sup>:

- Mercato semplice: i fornitori e i fruitori dei servizi sanitari interagiscono direttamente, senza la mediazione di terzi. Quindi le prestazioni vengono offerte a un certo prezzo corrisposto direttamente dai fruitori ai fornitori.
- Assicurazione volontaria: i singoli individui sottoscrivono liberamente e di propria spontanea volontà un pacchetto assicurativo che garantisce loro copertura in caso di spese mediche.
- Assicurazione sociale di malattia: in questo caso, la stipula di un contratto di assicurazione è imposta dal governo a determinate categorie di persone, e i soggetti con il quale dette categorie si interfacciano sono le casse di malattia, organizzazioni *no profit* incaricate di raccogliere i contributi da una specifica categoria di popolazione. L'attività e l'organizzazione delle casse è regolamentata dallo Stato.
- Il modello universalistico: come suggerisce la parola stessa, in questo caso il governo si impegna a garantire copertura sanitaria a tutti i cittadini, a prescindere dalla categoria economica o lavorativa di appartenenza. Il finanziamento non avviene attraverso contributi lavorativi, ma attraverso la fiscalità generale (che colpisce tutti i tipi di reddito, non solo quello da lavoro). Inoltre, tutti i cittadini hanno diritto al medesimo pacchetto di prestazioni, mentre nei due modelli sopra descritti, il ventaglio di prestazioni offerte può variare a seconda della cassa/assicurazione di appartenenza, come anche l'importo dei contributi versati. Ultima peculiarità: nel modello universalistico è lo stato a raccogliere e gestire gli introiti derivati dalla

---

<sup>28</sup> *Management pubblico*, Cucciniello, Fattore e al. **Libro di testo**.

<sup>29</sup> F. Toth, *Le politiche sanitarie: modelli a confronto*. Laterza, 2009.

fiscaltà generale, al contrario delle casse e delle assicurazioni private. Si badi al fatto che le casse di malattia, pur essendo soggetti *no profit*, hanno nondimeno natura privata.

Ognuno di questi modelli presenta vantaggi e svantaggi, esposti brevemente di seguito:

- Nel modello a mercato semplice, gli utenti pagano esclusivamente per i servizi che acquistano e, in regime di libera concorrenza, dovrebbe essere garantita elevata qualità e prezzi competitivi, fattori determinati anche dalla ricerca di un'organizzazione efficiente dell'offerta. Come è prevedibile, la grande criticità di tale modello è costituita dall'iniquità derivante dall'impossibilità, per le fasce di popolazione meno abbienti, di accedere alle prestazioni più costose. A questa caratteristica è strettamente connessa la configurazione della sanità come bene di merito, in quanto vero e proprio diritto della persona e interesse della comunità. Inoltre, un'altra critica, per così dire, classica rivolta alla credenza del perfetto funzionamento del libero mercato è quella della selezione avversa<sup>30</sup>, causata da una inalienabile e profonda asimmetria informativa tipica del mercato dei beni e servizi sanitari. Un altro ostacolo alla piena realizzazione di una sanità di libero mercato è l'avversione al rischio, per cui i soggetti preferiranno devolvere una parte del proprio reddito ad altri soggetti in grado di garantire loro il bene o il servizio desiderato nel momento del bisogno, piuttosto che correre il rischio —in questo caso, di subire un danno alla salute personale— e trovarsi a non avere le disponibilità economiche per poter porre rimedio al malanno, tenendo in debito conto anche il fatto che oltre al danno emergente, questi avvenimenti negativi comportano in certi casi anche un lucro cessante (incapacità di guadagnare reddito per un certo periodo)<sup>31</sup>.
- La tendenza a evitare spese straordinarie improvvise, che potrebbero avere luogo proprio in momenti della vita lavorativa in cui l'individuo non dispone le risorse necessarie per farvi fronte, può essere soddisfatta dal modello di assicurazione volontaria. In questo modello, il soggetto corrisponde un certo premio assicurativo all'impresa assicurativa, di modo che in caso di necessità essa copra almeno una parte delle spese richieste. Tuttavia, tale sistema non risolve i

---

<sup>30</sup> George a. Akerlof, 15 - The market for "lemons": quality uncertainty and the market mechanism, Editor(s): Peter Diamond, Michael Rothschild, Uncertainty in Economics, Academic Press, 1978, Pages 235-251, ISBN 9780122148507, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B978012214850750022X>

<sup>31</sup> <https://www.oikonomia.it/index.php/it/oikonomia-2005/febbraio-2005/551-equita-e-o-efficienza-economia-della-sanita-per-non-economisti#b27>

problemi di iniquità già presenti del regime di libero mercato. Se si considerano gli incentivi economici delle compagnie assicurative e il relativo ragionamento economico delle stesse, è agevole presupporre che esse tenderanno a preferire una clientela impiegata in un'attività lavorativa che non comporta grandi rischi per la salute o quantomeno per l'integrità fisica (si pensi ai lavoratori del settore terziario). Al contrario, assicurare un operaio edile o uno che lavora nel settore della metallurgia —o una qualsiasi occupazione particolarmente usurante— - presenta un rischio decisamente più alto per la compagnia, dal momento che la probabilità di incidenti sul lavoro o di sviluppare patologie lavoro-correlate è solitamente più elevata. Per poter ovviare a tale problema, la compagnia assicurativa imporrà all'operaio un premio assicurativo maggiore rispetto a quello richiesto ad altre categorie professionali. In poche parole, l'importo del premio altro non è che una forma di assicurazione per la compagnia assicurativa stessa, e può essere calcolato in base a diversi parametri: età, salario percepito, occupazione, stato di salute attuale, sesso ecc.

- Una criticità non di secondo piano è rappresentata anche dal fenomeno dell'azzardo morale, tratto distintivo dei sistemi assicurativi sanitari. In tale contesto, le prestazioni non vengono pagate in base al consumo effettivo delle stesse, dal momento che l'unico importo pagato dal fruitore è quello del premio assicurativo, che non equivale al prezzo della prestazione acquistata<sup>32</sup>. Questo crea un incentivo ad un consumo eccessivo di prestazioni sanitarie, a cui la compagnia reagirebbe razionalmente per mezzo di un aumento del premio assicurativo, e in ultima analisi tutto ciò potrebbe condurre alla insostenibilità del sistema. Quando si parla di assicurazione sociale di malattia (AMA), anche conosciuto col nome di modello bismarkiano, il sistema che si basa su di essa si distingue da quello dell'assicurazione volontaria sotto diversi aspetti, e questo significa che i vantaggi (e gli svantaggi) offerti sono diversi. Come già anticipato, l'AMA è obbligatoria e la scelta della compagnia assicurativa con la quale stipulare il contratto assicurativo non è libera. I criteri sui quali avviene l'individuazione della compagnia assicurativa di appartenenza per un certo individuo sono principalmente due: l'ente territoriale in cui il soggetto ha la residenza e la categoria lavorativa di appartenenza. Emblematico, in questo senso, il caso della Germania, che tuttavia nel 1996 ha avviato una riforma che ha reso libera la

---

<sup>32</sup> [https://www.uniba.it/docenti/vinella-annalisa/attivita-didattica/Barigozzi\\_RPE2006.pdf](https://www.uniba.it/docenti/vinella-annalisa/attivita-didattica/Barigozzi_RPE2006.pdf)

scelta della cassa di appartenenza, mantenendo comunque l'obbligo di iscrizione<sup>33</sup>. Nei sistemi a base AMA, le compagnie assicurative prendono il nome di casse di malattia, enti *no profit* di natura privata, a differenza delle compagnie assicurative private *for profit* in regime di assicurazione volontaria<sup>34</sup>. Un'ulteriore distinzione tra questo sistema e quello su base volontaria risiede nel calcolo dell'importo dei contributi dovuti da ogni singolo iscritto come premio assicurativo: se nel secondo l'importo viene calcolato su base individuale, e quindi sulle specifiche caratteristiche del singolo iscritto, nel caso dell'AMA il premio assicurativo è uguale per tutti coloro che hanno stipulato un contratto assicurativo con la medesima cassa. Il grande vantaggio di tale sistema è la maggiore equità, proprio perché i contributi non sono calcolati su base individuale, ma tutti gli iscritti alla medesima cassa hanno lo stesso tipo di trattamento. Tuttavia, il maggior livello di equità così ottenuto comporta la perdita della libertà di scelta della compagnia assicurativa e, senza adeguati meccanismi di compensazione tra i vari fondi, conduce ad una situazione in cui le casse a cui sono iscritti i cittadini con livello di reddito più alto offrono un trattamento nettamente migliore rispetto alle altre.

Come già detto prima, in Germania è stata garantita la libertà di scelta della cassa; tuttavia, se non accompagnata da meccanismi di riequilibrio adeguati, questo può portare ad una situazione altamente indesiderabile. Si supponga che un certo numero di lavoratori a reddito basso, provenienti dalla cassa deputata a raccogliere i contributi della categoria professionale di loro appartenenza, decidano di iscriversi ad una cassa la cui clientela è costituita da individui a reddito medio-alto. Tutto ciò, mantenendo fisso il principio del calcolo del premio assicurativo del modello bismarkiano: tutti pagano lo stesso ammontare, fintanto che iscritti alla medesima cassa. Si consideri inoltre il fatto che, molto probabilmente, le categorie lavorative a reddito più basso si contraddistinguono per un rischio maggiore di incorrere in infortuni sul lavoro o di sviluppare patologie lavoro-correlate anche croniche (ci si riferisce, ad esempio, ad operai edili, oppure a manodopera impiegata in settori produttivi dove viene fatto uso di sostanze nocive per l'organismo). Questa situazione presta il fianco al fenomeno della selezione avversa: se una

---

<sup>33</sup> <https://www.saluteinternazionale.info/2014/09/il-sistema-sanitario-tedesco/>

<sup>34</sup> In realtà, in Germania il sistema è ben più complesso. Oltre alle assicurazioni obbligatorie, vi è anche la possibilità di accedere, se si supera una certa fascia di reddito, alle assicurazioni volontarie, che garantiscono prestazioni integrative rispetto a quelle coperte dall'assicurazione obbligatoria.

cassa decide di alzare l'importo del premio assicurativo per potersi garantire dalle implicazioni di un contratto assicurativo più "rischioso", ossia quello dell'operaio edile, è verosimile pensare che la fetta di clienti con maggiore stabilità economica e minor rischio di ammalarsi non saranno disposti ad accettare un premio così elevato, e probabilmente cambieranno cassa, facendo aumentare ulteriormente il rischio complessivo per la stessa, che a sua volta sarà incentivata ad aumentare ancor di più la consistenza del premio. Questo *diabolic loop* è l'ingranaggio centrale della selezione avversa, che inevitabilmente porta ad un livello di iniquità del sistema piuttosto elevato. Questa è un'ipotesi verosimilmente improbabile, dato che tali dinamiche sono ben prevedibili dal legislatore, che vi porrebbe rimedio. Nonostante ciò, sembra quasi che ogni singolo modello abbia delle basi e dei principi su cui si regge, e la modifica di questi può comportare una situazione di instabilità e disequilibrio.

- Il principale vantaggio del modello universalistico è quello di ovviare ad un difetto particolarmente rilevante del modello bismarkiano che finora non si è trattato: nella sua versione più classica, il sistema ad assicurazione obbligatoria si lascia alle spalle una determinata fetta di popolazione, costituita da tutti coloro che, per un motivo o per un altro, non hanno un'occupazione. Rielaborata in termini più appropriati, questo vuol dire che vi sono alcuni gruppi di cittadini a cui non è fornita copertura sanitaria, perché impossibilitati dall'isciversi ad una cassa di malattia. Proprio per correggere questo difetto, sono stati istituiti dei meccanismi compensativi, chiamati "di copertura residuale"<sup>35</sup>. In sostanza, attraverso la fiscalità generale, lo stato garantisce le prestazioni sanitarie a tutti coloro che sono esclusi dal sistema assicurativo obbligatorio, allungando così la coperta troppo corta del modello bismarkiano. In un certo senso, il modello universalistico rappresenta l'applicazione generale degli schemi di protezione residuali. A tutta la popolazione è garantita copertura sanitaria, a prescindere dal livello di reddito, dall'occupazione (o disoccupazione), a prescindere dal luogo di residenza e da tutte le altre circostanze che potrebbero generare trattamenti diversificati e ineguali. Infatti, se il modello bismarkiano tollera una certa disparità di trattamento e di prestazioni a seconda della cassa di riferimento, nel sistema universalistico tutti i cittadini hanno diritto allo stesso identico set di prestazioni. Altro tratto distintivo: non esistono più enti che, in veste di provider della

---

<sup>35</sup> Titmuss, R. (1974), *Social Policy*, Allen & Unwin, London.

copertura sanitaria si frappongono tra lo Stato e il fruitore delle prestazioni, poiché il primo che si occupa direttamente di raccogliere e gestire le risorse ricavate dalla fiscalità generale.

Tre sono i principi sui quali si regge il modello: l'universalità, che, come si è già spiegato, impone l'estensione della copertura sanitaria a tutta la popolazione; l'uguaglianza, secondo la quale a tutti i cittadini, senza alcun tipo di differenziazione, viene garantito il medesimo livello di cure in forma gratuita o semi-gratuita (e questo rappresenta però anche un possibile fattore di criticità); la solidarietà, da cui deriva un sistema di finanziamento basato su aliquote progressive sul reddito, il che consente un'equa redistribuzione del carico fiscale tra i cittadini più ricchi e quelli meno abbienti. In breve, i primi garantiranno, per mezzo dei propri contributi, le prestazioni sanitarie anche a coloro con minore capacità reddituale. Il modello universalistico non è tuttavia esente da imperfezioni. In primis, lo Stato, assumendo sui propri apparati la raccolta, la gestione delle risorse finanziarie e, nei casi in cui la sanità pubblica è predominante, l'organizzazione dell'erogazione stessa delle prestazioni, rischia di contaminare l'attività di tutela della salute con i tipici mali dell'amministrazione pubblica, ossia l'inefficienza, la lentezza, la complessità burocratica e gli sprechi. In secondo luogo, si ripresenta un problema che affligge anche i modelli assicurativi: l'azzardo morale. Anche qui, il pagamento non è correlato all'effettivo consumo di prestazioni sanitarie, ed è invece legato al reddito individuale. Per cui, è facile che il fruitore richieda una quantità di prestazioni superiore a quella realmente necessaria, senza rendersi neanche conto del costo di produzione del servizio stesso.

Sorgono poi ulteriori problematiche legate allo specifico contesto nel quale viene calato il modello universalistico e i capisaldi ontologici. Se si ponesse sotto la lente l'innesto e l'evoluzione di tale modello in Italia, la lista di errori, difetti, cattive applicazioni e inefficienze prodotte sarebbe decisamente troppo estesa per poter essere trattata qui, ma è opportuno fornire quantomeno qualche dato. Se sulla carta il principio dell'universalismo è ben presente e riaffermato, la performance e i relativi dati dimostrano come esso risulti fortemente depotenziato. È di tutta evidenza che se le liste di attesa nel settore diagnostico raggiungono picchi di 190 giorni, l'utenza preferisca rivolgersi presso strutture private, in grado di fornire la medesima prestazione in tempi decisamente più brevi. Questo preoccupante dato dovrebbe già rendere l'idea di quanto le strutture sanitarie pubbliche faticino a tenere il passo con la domanda. Ma il vero problema che, de facto, mina alle fondamenta il principio



dell'universalismo è che non tutti i cittadini possono permettersi le corsie preferenziali del privato, a causa della minore capacità di spesa. Il risultato è che molti di questi si rassegnano ed accettano i tempi con cui la sanità pubblica opera, il che si ripercuote negativamente sull'appropriatezza del trattamento; alcuni, invece, semplicemente rinunciano alle prestazioni. Si badi anche al fatto che molte prestazioni, seppur assolutamente necessarie, costano all'incirca € 570 a testa perché non classificate come "urgenti"<sup>36</sup>. Al costante sgretolamento del principio dell'universalismo si affianca, come effetto parallelo delle inefficienze del sistema, una forma di uguaglianza a "più velocità". A 21 sistemi sanitari regionali, nati con un processo di riforme che è culminato con la legge costituzionale 3/2001, corrispondono —e non dovrebbero farlo— non tanto diversi livelli di tutela della salute, ma piuttosto un'offerta sanitaria che si colloca ben sotto i LEA, con punteggi insufficienti per Molise e Calabria, e regioni come Puglia, Sicilia, Campania e Sardegna con andamento decisamente oscillante e non di rado al di sotto del punteggio minimo<sup>37</sup>.

Seppur influenzabile da numerose variabili, la speranza di vita alla nascita è un indice che consente di farsi un'idea su quanto il sistema sanitario stia avendo successo nel fornire assistenza agli utenti, ma anche nell'educarli a stili di vita salutari. Ebbene, la differenza tra la stragrande maggioranza delle regioni del Centro-Nord e il Meridione è marcata, con una differenza di quasi tre anni se si pongono in comparazione Trento e Campania. Le disuguaglianze si presentano anche in rapporto al titolo di studio e alle condizioni economiche, variabili molto spesso correlate. Un tipico esempio è rappresentato dall'obesità, uno dei più importanti fattori di rischio per la salute futura, la quale interessa il 14,5% delle persone con titolo di studio basso e solo il 6% dei più istruiti. Anche considerando il livello di reddito gli squilibri sono evidenti: l'obesità è una condizione che affligge il 12,5% del quinto più povero della popolazione e il 9% di quello più ricco<sup>38</sup>. È soprattutto in questi segmenti sociali che l'educazione e la promozione della salute dovrebbero colmare questi dislivelli. Tornando alla disparità territoriale, e sempre in riferimento al fenomeno della rinuncia alle cure, i numeri parlano chiaro: la percentuale è del

---

<sup>36</sup> [https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=50526](https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=50526)

<sup>37</sup>

<https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=4747&area=Lea&menu=monitoraggioLea>

<sup>38</sup> [https://www.osservatoriosullasalute.it/wp-content/uploads/2018/02/Osservatorio-sulla-salute\\_Le-disuguaglianze-di-salute\\_15\\_02\\_2018.pdf](https://www.osservatoriosullasalute.it/wp-content/uploads/2018/02/Osservatorio-sulla-salute_Le-disuguaglianze-di-salute_15_02_2018.pdf)

48,8% al Sud e nelle Isole, contro l'11,3% del Nord Est, il 18,5% del Nord Ovest e il 21,4% del Centro Italia<sup>39</sup>. È conseguenza inevitabile che tale situazione generi un fenomeno di mobilità o migrazione sanitaria particolarmente forte e tendenzialmente a senso unico: in generale i migranti della salute che si spostano da Sud e Isole verso Nord sono 345mila, mentre quelli che dal Meridione vanno al centro sono 315mila. Le motivazioni che li spingono a muoversi sono nel 52% relative alla qualità delle cure, nel 31% alle liste d'attesa e nel 17% dei casi riguardano altri motivi di natura logistica<sup>40</sup>. Non ci si deve dimenticare che dietro agli spostamenti ci sono specifici costi da sopportare, e che quindi impediscono ad alcuni di recarsi nelle regioni desiderate. Ulteriore danno collaterale, prodotto dalla migrazione sanitaria, è quello del travaso di risorse dalle regioni di provenienza a quelle di arrivo, dato l'utilizzo dei DRG (Diagnosis Related Group) come parametro per retribuire le prestazioni erogate dalle strutture sanitarie, introdotto in Italia a partire dal 2013<sup>41</sup>. Del DRG se ne parlerà più approfonditamente nel prossimo paragrafo.

In ogni caso, nonostante tutte le falle che possono venirsi a creare nel modello universalistico, esso si difende ancora molto bene rispetto al modello bismarkiano.

---

<sup>39</sup> <https://www.tuttowelfare.info/sanita-welfare/salute-al-nord-e-un-diritto-al-sud-una-speranza>

<sup>40</sup> *Ibidem*, 35.

<sup>41</sup> <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2013/01/28/13A00528/sg>

Tabella 2 Percentuale di persone che dichiarano di stare male o molto male nella classe di età 25-64 anni rispetto alla tipologia del sistema sanitario e titolo di studio - 2015			
	Fino alla licenza media (1)	Laurea e oltre (2)	Diff (1)-(2)
<b>Bismarck</b>			
Paesi Bassi	18,1	3,2	14,9
Svizzera	10,7	1,7	9,0
Lussemburgo	14,6	1,5	13,1
Germania	17,3	2,9	14,4
Austria	17,1	3,5	13,6
<b>Beveridge</b>			
Norvegia	12,1	2,9	9,2
Finlandia	9,5	1,6	7,9
Danimarca	17,1	4,4	12,7
Islanda	10,8	2,2	8,6
Svezia	6,9	2,4	4,5
Italia	9,7	3,1	6,6
Dati Eurostat			

Fonte: Osservatorio salute (2019) <sup>42</sup>

In base ai dati del 2015, sembra che nella categoria di coloro che hanno ottenuto, al più, la licenza media, e che presumibilmente risultano essere percettori di un reddito nella media inferiore a quello dei laureati, Beveridge superi Bismarck di circa 11,7 punti percentuale (considerando la somma delle percentuali di entrambi i campioni). Viceversa, anche se in misura decisamente minore, il modello ad assicurazione obbligatoria performa meglio nella categoria dei laureati, con un distacco di 3,8 punti percentuale rispetto ai modelli universalisti. Inoltre, se si calcola in termini assoluti la differenza di popolazione tra il gruppo Bismarck e quello Beveridge, il risultato è di quasi 38 milioni in più per il primo<sup>43</sup>, il che, nonostante non sia trascurabile, non mette a repentaglio l'affidabilità di quanto detto pocanzi. Infatti, se si osservano le percentuali riportate nell'ultima colonna a destra, l'unica in grado di competere con i sistemi alla Beveridge è la Svizzera. A questo punto, verrebbe da pensare che i modelli universalistici si siano guadagnati queste onorificenze a caro prezzo o — meglio — costo. L'Italia dimostra tutto il contrario: se è vero, come alcuni fanno giustamente presente, che l'Italia sta attualmente impiegando una quantità di risorse compatibile con il suo PIL

<sup>42</sup> [https://www.osservatoriosullasalute.it/wp-content/uploads/2018/02/Osservatorio-sulla-salute\\_Le-disuguaglianze-di-salute\\_15\\_02\\_2018.pdf](https://www.osservatoriosullasalute.it/wp-content/uploads/2018/02/Osservatorio-sulla-salute_Le-disuguaglianze-di-salute_15_02_2018.pdf)

<sup>43</sup> Elaborazione di chi scrive, basata su dati Eurostat aggiornati al 01/01/2022.  
<https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>

pro capite (la spesa di una persona è in media di € 1.864 a fronte di un reddito che ammonta a circa € 28.690)<sup>44</sup>, è altrettanto innegabile che, in confronto ad altri Paesi membri dell'UE, possiamo definirci virtuosi. Nel *ranking* europeo ci posizioniamo al tredicesimo posto per spesa sanitaria sia in termini di valore pro capite che in rapporto al PIL. Queste sono le voci di spesa più importanti: gli ospedali assorbono il 44,3% del totale della spesa sanitaria, i servizi di assistenza ambulatoriale il 23,3% e le farmacie e altri fornitori di presidi medici il 16,5%. In aggiunta, il 6,3% è destinato alle strutture di assistenza residenziale a lungo termine.<sup>45</sup>

L'Italia rappresenta quindi un esempio di come il modello alla Beveridge sia tendenzialmente sostenibile, se si considera il profilo finanziario e un contesto demografico non dominato dalla popolazione anziana (a cui però il Belpaese si avvicina a grandi passi). Se si vuole fare un confronto con due casi limite caratterizzati da modelli sanitari opposti, si consideri che gli Stati Uniti, alfieri della sanità di libero mercato e dell'assicurazione volontaria (eccezion fatta per i programmi Medicare e Medicaid), registrano una spesa sanitaria media pro capite di 6.714 dollari che complessivamente corrisponde al 15,3% del PIL<sup>46</sup>. Insomma, la sanità offerta è di buona qualità e la speranza di vita è seconda soltanto al Giappone<sup>47</sup>.

### **Sanità privata in Italia: il secondo “pilastro” tra diffidenza e necessità.**

Malgrado ciò che è stato detto delle ultime righe del precedente paragrafo, come si è ampiamente discusso prima, i ritardi, le diseguaglianze e le inefficienze del sistema hanno portato a riconsiderare il valore del modello universalistico o, perlomeno, hanno fatto sorgere dubbi sull'opportunità o meno di mantenerlo allo stato attuale. Si è cominciato a pensare che forse la prospettiva di un sistema sanitario nazionale basato sulla fiscalità generale potesse essere rafforzato e sostenuto da alcune “stampelle” integrative: in parole povere, si è considerata la possibilità di reintrodurre, seppur in misura residuale, un sistema basato sulle assicurazioni volontarie. L'idea è quella di creare

---

<sup>44</sup> <https://www.lavoce.info/archives/67512/davvero-litalia-spende-poco-per-la-sanita/>

<sup>45</sup> [https://www.osservatoriosullasalute.it/wp-content/uploads/2021/05/RO-2020-confronti\\_europei.pdf](https://www.osservatoriosullasalute.it/wp-content/uploads/2021/05/RO-2020-confronti_europei.pdf)

<sup>46</sup> [https://www.epicentro.iss.it/politiche\\_sanitarie/ocse08#:~:text=Usa%20primi%2C%20Italia%20nella%20media,spesa%20all'anno%20pro%20capite.](https://www.epicentro.iss.it/politiche_sanitarie/ocse08#:~:text=Usa%20primi%2C%20Italia%20nella%20media,spesa%20all'anno%20pro%20capite.)

<sup>47</sup> [http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=57380](http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=57380)

quello che in letteratura è chiamato “dual layered system” o “two-tier healthcare”, anche se quest’ultimo termine viene spesso utilizzato per indicare un concetto cardine nel mondo della sanità, ossia, semplificando, la divisione dell’apparato erogatore dei servizi nei due livelli organizzativi tradizionali: l’assistenza territoriale e l’assistenza ospedaliera. Per tale motivo, all’interno del presente paragrafo si utilizzerà esclusivamente la prima denominazione. Rimandando a successive pagine la trattazione del two-tier healthcare — concetto centrale nella logica di questo elaborato e di cui si è peraltro detto qualcosa nell’introduzione — è essenziale cercare di stabilire una definizione, seppur dai contorni sfumati, del dual layered system (per comodità, DLS). In breve, il dual layered system rappresenta un sistema sanitario integrato, misto, imperniato su due logiche di finanziamento e funzionamento diverse, ma al tempo stesso complementari e sinergiche.

Se si prende ad esempio l’Italia, l’applicazione del DLS comporterebbe il ritorno delle casse mutue (argomento anch’esso approfondito nel prossimo paragrafo) e delle società di mutuo soccorso, ma anche di fondi assicurativi tipici di realtà sanitarie molto diverse dalla nostra, come quella americana. In realtà, è abbastanza difficile trovare un modello sanitario che si basi esclusivamente sull’assicurazione privata volontaria, essendo molto più comuni modelli bismarkiani con, appunto, integrazioni garantite da compagnie assicurative *for profit*: si pensi a Singapore, premiato dalla classifica *Health care efficiency* di Bloomberg come miglior sistema sanitario al mondo dopo Hong Kong<sup>48</sup>, il quale impone la classica assicurazione obbligatoria gestita dallo Stato (e dalle casse di malattia) e permette al contempo di integrarla con polizze private<sup>49</sup>. Discorso molto simile può essere fatto anche per la Germania con le assicurazioni complementari, finalizzate a coprire i costi di alcune prestazioni particolarmente onerose, come le cure dentistiche o i ricoveri in lungodegenza<sup>50</sup>. In Germania è anche possibile usufruire di un’assicurazione privata che sostituisce quella ordinaria, ossia quella di Stato; per accedervi, però, è necessario essere in possesso di certi requisiti, come percepire un certo livello di reddito. Naturalmente, il metodo di calcolo dei premi assicurativi è quello impiegato nel modello ad assicurazione volontaria, quindi tarato sul singolo individuo, contrariamente a quanto avviene per l’assicurazione obbligatoria.

Quando si parla di DLS e del ruolo che gioca la sanità privata al suo interno, comunemente chiamata “secondo pilastro”, è bene tenere a mente che essa ha dietro di sé un vero e proprio mercato nel

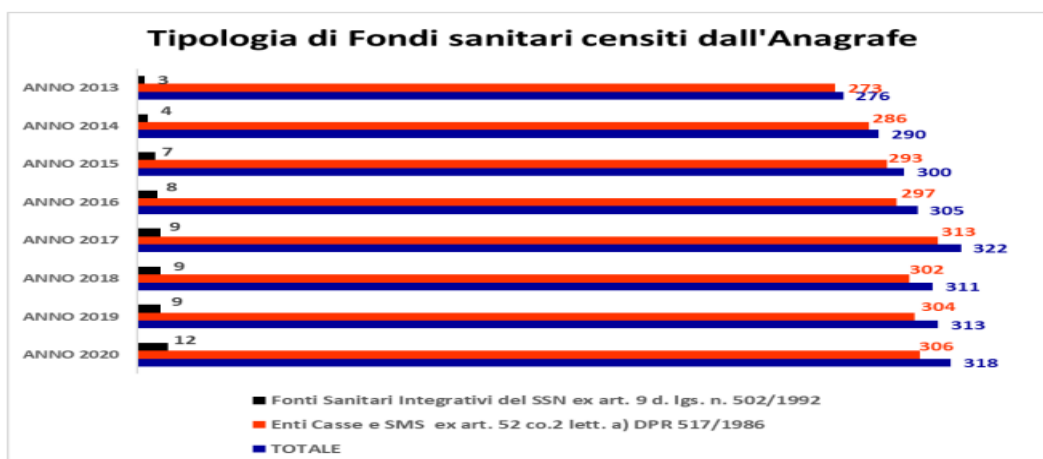
---

<sup>48</sup> <https://www.bloomberg.com/toaster/v1/charts/79fb96617b604712b356d11b070dd449>

<sup>49</sup> <https://www.assidai.it/sanita-nel-mondo-sistemi-confronto/>

<sup>50</sup> <https://www.krankenkassenzentrale.de/wiki/incoming-it#gkv>

quale i protagonisti e gli operatori economici sono molteplici: si pensi a tutto l’universo composto da tutti quei soggetti che si occupano di creare la “sovrastuttura” di una sanità privata, ossia le agenzie pubblicitarie e quelle di comunicazione, i provider di servizi di interfaccia con gli utenti, per non parlare di tutto il settore finanziario e speculativo<sup>51</sup>. Facile quindi intuire quanto il *trade-off* tra equità — di cui, nonostante tutto, si fa portatore il Servizio Sanitario Nazionale — ed efficienza — che dovrebbe essere la supposta benefica conseguenza dell’avvalimento sanitario — abbia come portato naturale una vasta moltitudine di interessi, sia comuni che contrastanti. Vogliano i lettori perdonare la forse eccessiva brevità con cui verrà anticipata la questione della sanità integrativa/sostitutiva in questo paragrafo, sicuramente tanto vasta quanto polarizzante e interessante. Essa troverà più consona sistemazione all’interno del prossimo paragrafo, nel quale si cercherà di ricostruire la storia della sanità italiana e le varie “ristrutturazioni” effettuate sul SSN. Ciò che è possibile fornire qui è qualche dato e alcune opinioni contrastanti che animano il dibattito italiano intorno alla sanità.



Fonte: Second Reporting System (2021)<sup>52</sup>

Il grafico mostra l’evoluzione, negli ultimi sette anni, del numero delle due tipologie di Fondi sanitari contemplate dall’ordinamento. Il regime giuridico a riguardo è innegabilmente a “maglie larghe” — per non dire lacunoso — nonostante alcuni tentativi e le Commissioni istituite per la produzione di una normativa di dettaglio che permettesse di meglio regolare lo sviluppo di tali soggetti nel mercato della sanità italiana. Come si nota dalla legenda del grafico, si hanno due tipi di Fondi: quelli

<sup>51</sup>[https://www.sanita24.ilsole24ore.com/pdf2010/Editrice/ILSOLE24ORE/QUOTIDIANO\\_SANITA/Online/Oggetti\\_Corr\\_elati/Documenti/2017/10/07/piperno.pdf?uuid=AE3xgVgC](https://www.sanita24.ilsole24ore.com/pdf2010/Editrice/ILSOLE24ORE/QUOTIDIANO_SANITA/Online/Oggetti_Corr_elati/Documenti/2017/10/07/piperno.pdf?uuid=AE3xgVgC)

<sup>52</sup>[https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_3215\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3215_allegato.pdf)

cosiddetti di categoria “A” e quelli di categoria “B”. I primi corrispondono ai veri e propri Fondi integrativi del Servizio Sanitario Nazionale, introdotti nella stagione delle grandi riforme del SSN e previsti dal d.lgs. 502/1992 (Riforma Amato); i secondi, invece, si presentano sotto molteplici vesti: Enti, Casse, Società di mutuo soccorso (SMS), i cui ambiti di intervento sono sanciti da una fonte più risalente, ossia dal d.P.R. 917/1986, col quale viene recuperata quella tradizione mutualistica tipica dell’Italia e di cui ne è stata a fondamento della sanità. I Fondi integrativi sono associazioni non riconosciute, dunque non dotate di personalità giuridica; parimenti si deve dire di tutti quei soggetti appartenenti alla categoria “B”. Nonostante la confusione e i pregiudizi che, specialmente in un paese a tradizione universalistica come l’Italia, fisiologicamente sorgono quando si parla di fondi sanitari, gli stessi interessati hanno affermato perentoriamente che nessuno di questi soggetti ha come finalità ultima il profitto. Insomma, sono tutti enti *no profit*<sup>53</sup>.

Dunque, perché la categorizzazione? La differenza risiede nel carattere “aperto” o “chiuso” dei fondi. Mentre gli appartenenti alla categoria “A” sono aperti a tutti i cittadini e non operano selezioni, quelli alla categoria “B” si rivolgono a una o più categorie di lavoratori<sup>54</sup>. Un’ulteriore discriminazione tra le due categorie è dato dal fatto che i Fondi integrativi, come già l’aggettivo fa presagire, *integrano*: questo significa che essi possono garantire all’iscritto il rimborso delle sole prestazioni non contemplate tra quelle rientranti nei LEA, e quindi erogate dallo Stato; le casse, le associazioni e le SMS offrono anche copertura *sostitutiva*, nel senso che il rimborso vale anche per prestazioni previste nei LEA, ma limitatamente per la parte di spesa a carico del singolo. Nonostante un leggero aumento in termini assoluti dei Fondi alla categoria “A”, quelli appartenenti alla “B” costituiscono quasi il totale dei Fondi sanitari in Italia.

Oltre ai due tipi di Fondi, in Italia sono anche presenti le compagnie assicurative che offrono una “classica” polizza assicurativa (sempre volontaria) di malattia. Ciò che le distingue nettamente dai soggetti di cui abbiamo appena parlato è la natura *for profit* della loro attività. È un fenomeno che sta sempre più prendendo piede nel nostro paese e che permette di aggirare le liste d’attesa e ottenere prestazioni sanitari di qualità e in tempi brevi, specialmente per far fronte a quelle patologie o situazioni cliniche che necessitano di un intervento quanto più celere possibile. Non sorprendentemente, questo tipo di copertura sanitaria si è diffuso molto più nel Centro-Nord che

---

<sup>53</sup> <https://www.fasi.it/leditoriale-di-marcello-garzia-2019-un-po-di-chiarzza-a-proposito-dei-fondi-sanitari-integrativi/>

<sup>54</sup> *Ibidem*, 48.

nel Sud. Ciò è facilmente spiegabile per due ordini di motivi: il primo è che nel Centro-Nord il reddito medio pro capite è più alto, e quindi sempre più famiglie possono permettersi una polizza assicurativa di malattia; il secondo si basa sul fatto che, per poter garantire un ampio ventaglio di prestazioni in tempi brevi, le compagnie assicurative devono cercare di stipulare un quantitativo di convenzioni — con ospedali, cliniche private, studi privati — adeguato al numero di assicurati presso la compagnia. È ormai noto ai più che regioni come il Lazio e la Lombardia hanno una presenza massiccia di sanità privata nel proprio territorio. La conseguenza è che, già nel 2016, al Nord circa il 9,6% delle famiglie sono detentrici di una polizza assicurativa di malattia; nel Centro abbiamo una percentuale pari a 8,3% delle famiglie; infine, al Sud, la percentuale di famiglie assicurate è decisamente minore: circa il 2,1%<sup>55</sup>. Se è vero che nel 2016, in un trend di crescita costante, il numero di famiglie italiane che hanno optato per questo tipo di copertura erano circa 1,7 milioni, è altrettanto vero che, nel complesso, la spesa sanitaria con regime di finanziamento basato sulle assicurazioni sanitarie private non è propriamente rilevante: secondo il report Istat del 2016, essa ammonterebbe allo 0,1% del PIL (1,5% della spesa sanitaria corrente complessiva), in confronto al 6,7%/PIL della PA (74,7%/SSC) e al 2%/PIL (22,7%/SSC) della spesa diretta o *out of pocket*<sup>56</sup>. Anche i Fondi sanitari (integrativi e complementari) non rappresentano che una fetta estremamente minoritaria delle modalità di finanziamento della spesa sanitaria.

In ogni caso, non si può non riconoscere che il “secondo pilastro” del sistema sanitario italiano stia pian piano crescendo, anche se a ritmi decisamente ridotti. Eppure, diverse personalità del mondo della sanità stanno denunciando un fantomatico *takeover* selvaggio della tutela della salute da parte dei Fondi e delle compagnie assicurative. Da una parte si collocano tutti coloro che si esprimono in maniera impietosa e perentoria sul fenomeno in questione, asserendo che l’Italia è arrivata ad un punto di flesso della funzione sanitaria, un *breaking point*, in cui tutti, dalla politica agli addetti al settore, hanno voltato le spalle al SSN e tradito l’art. 32 della Costituzione, proseguendo poi con un elenco di quelli che dovrebbero essere i gravi difetti del secondo — dipinto come quasi-primo — pilastro della sanità: l’iniquità, derivante, ad esempio, dalle detrazioni fiscali in base al contributo versato presso la cassa, fino ad un limite di circa € 3.615, per i quali il fisco si rivolgerà a coloro che non godono di tale trattamento di favore; l’inefficienza, originata dal comportamento delle mutue,

---

<sup>55</sup> <https://www.assiteca.it/2018/05/assicurazione-sanitaria-sempre-piu-diffusa-fra-le-famiglie/>

<sup>56</sup> <https://www.istat.it/it/files//2017/07/CS-Sistema-dei-conti-della-sanit%C3%A0-anni-2012-2016.pdf>



dei fondi e delle assicurazioni definiti come “induttori di prestazioni”, che spingono l’iscritto all’*overconsumption* di prestazioni sanitarie, generando così guadagni per le prime; la debolezza, causata dall’eccessiva frammentazione dell’arcipelago delle casse e dei fondi assicurativi che li rende supini dinnanzi alle inique condizioni imposte dai convenzionati, i quali ne traggono grandi benefici economici<sup>57</sup>.

Dall’altra, vi sono coloro che difendono a spada tratta la sanità integrativa, cercando di controbattere quello che chiamano “furore ideologico” o “ortodossia” attraverso un altro elenco: quello dei benefici che le casse, i fondi e le compagnie assicurative forniscono ai propri iscritti; quello dei correttivi che esse apportano ad un sedicente sistema sanitario di tutti e per tutti, ma che ha progressivamente perduto sempre più quote di universalismo, trasformatesi poi in spesa privata, che la sanità integrativa/sostitutiva sta mano a mano riassorbendo; quello delle controffensive agli attacchi dei detrattori del secondo pilastro, come il fatto che in realtà la stragrande maggioranza delle Forme Assicurative porta avanti la sua attività contrattuale per mezzo di cinque Centrali di acquisto, il che smentisce l’accusa di creare diseconomie e rafforza la loro posizione nei confronti delle istituzioni private erogatrici di prestazioni<sup>58</sup>.

Non è questo il appropriato per tentare di dirimere tale, oramai, annosa questione, anche perché — a parere di chi scrive — ad entrambe le fazioni vanno riconosciute alcune giuste osservazioni e preoccupazioni (o rivendicazioni), e sarebbe necessaria una base di dati ed evidenze molto solida e ricca, a sostegno di una valutazione che abbia una dimensione temporale di medio-lungo periodo, per potersi esprimere in maniera puntuale e intellettualmente onesta.

Detto questo, oltre all’efficienza di un certo *setting* organizzativo e gestionale bisognerebbe anche considerare la tradizione e l’interpretazione del concetto di tutela della salute e diritto alla salute in un determinato contesto storico e sociale. Senza dilungarsi troppo nei dettagli, è sensato affermare che la declinazione italiana del diritto alla salute non poteva trovare altro sbocco se non nel modello universalistico, dando vita al SSN. La nostra Carta costituzionale lo sancisce, i nostri valori ce lo impongono, e persino una certa influenza religiosa lo suggerisce<sup>59</sup>. Negare che il sistema sanitario italiano non sia, *ceteris paribus*, pronto per affrontare le sfide che scaturiranno dal combinato

---

<sup>57</sup> [http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=49298](http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=49298)

<sup>58</sup> [https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=50077](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=50077)

<sup>59</sup> [https://moodle.adaptland.it/pluginfile.php/4966/mod\\_resource/content/1/1674WP\\_07\\_44.pdf](https://moodle.adaptland.it/pluginfile.php/4966/mod_resource/content/1/1674WP_07_44.pdf)

disposto di ristrettezza di risorse e inverno demografico, sarebbe irresponsabile e — si voglia perdonare il termine — ipocrita. Tuttavia, non bisogna perdere il contatto con lo spirito che ha animato la stesura dell'articolo 32 della legge fondamentale della Repubblica: la salute è un diritto *fondamentale*, e deve essere garantito a *tutti*. Non è necessario riesumare i dettagli della diatriba giuridica attorno al significato dell'aggettivo *fondamentale*, tanto interessante quanto ondivaga<sup>60</sup>. Sia sufficiente riportare le ultime pronunce della Consulta sul tema, l'orientamento delle quali ha ribadito, senza possibilità di equivoci, che il diritto alla salute gode di una protezione costituzionale speciale, che gli consente di collocarsi in una posizione di *primus inter pares* nei bilanciamenti con gli altri diritti<sup>61</sup> e di risultare *incomprimibile* nel suo nucleo essenziale (grossolanamente individuabile nei LEA) persino dinnanzi alle “esigenze di bilancio”<sup>62</sup>.

In conclusione: abbiamo bisogno di una riqualificazione del sistema sanitario italiano, che deve essere aperto alle opportunità di ammodernamento e miglioramento, ma senza perdere la sua bussola morale. In questo senso, se ben regolato dal legislatore, l'utilizzo di altri “pilastri” è benvenuto, ma questo non deve compromettere la natura e la *mission* del SSN. Ci sono però vie ulteriori che un'iniziativa di riforma potrebbe percorrere, a patto che venga profuso il giusto impegno politico e finanziario, per migliorare certe criticità e ricalibrare il sistema in modo da ottenere la *preparedness* necessaria alle difficoltà del prossimo futuro. Per scovare dette vie, è però essenziale ripercorrere brevemente nel prossimo paragrafo quelle già battute.

---

<sup>60</sup> D.Morana, *La salute come diritto costituzionale*, Giappichelli Editore. Torino, 2020.

<sup>61</sup> <https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=2018&numero=58>

<sup>62</sup> <https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=2017&numero=169>,  
<https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=1999&numero=309>

## **Evoluzione dell’SSN: *vision* e organizzazione della riforma e della “riforma della riforma”.**

Come i lettori probabilmente sapranno, la configurazione organizzativa della tutela della salute italiana ancor presente al giorno d’oggi, seppur con non irrilevanti modifiche, è quella sancita dalla Legge 833/1978, approvata in 21 dicembre dello stesso anno con 381 voti a favore, 77 contrari e 7 astenuti. Il suo compito era quello di completare il processo di scardinamento del sistema mutualistico, il quale aveva dominato senza freni il mondo della salute italiana per circa trent’anni. Dopo la fine del regime fascista, che si impegnò in una lunga battaglia contro il sistema mutualistico consolidatosi soprattutto nel Nord, denunciandone la natura come “apertamente in contrasto coi fini nazionali” e sciogliendone la Federazione italiana già nel 1925<sup>63</sup>, le casse mutue non trovarono più alcun tipo di ostacolo politico per molto tempo, espandendo la loro presenza in tutto il territorio nazionale e arrivando a coprire, a metà degli anni ’70, il 92,7% della popolazione<sup>64</sup>. Complice di ciò, la doppia copertura costituzionale degli artt. 38 e 45 (tutta incentrata sul lavoro), dal momento che l’effettiva realizzazione del contenuto dell’art. 32 era stata liquidata, affibbiando ad esso l’aggettivo *programmatico*, rinviando quindi il concretizzarsi di tale diritto sociale *sine die*.

Tuttavia, l’eccessiva frammentazione dell’assistenza sanitaria — con un circuito assicurativo per le prestazioni di medicina di base, uno per la specialistica ambulatoriale e un altro ancora per l’assistenza ospedaliera — a sua volta separata dall’attività di prevenzione svolta dagli Uffici di Igiene dei Comuni rendeva il quadro piuttosto confuso, privo di qualsivoglia forma di integrazione. Proprio di questa, assieme al monitoraggio e controllo, avrebbe dovuto occuparsene il tanto agognato Ministero della Sanità, istituito con Legge 296/1958, che demandava ad esso ogni provvedimento in ambito sanitario che non fosse già di competenza di altre autorità<sup>65</sup>. L’istituzione del suddetto Ministero rappresentava un segnale incoraggiante per la creazione di una sfera di autonomia della sanità e della salute rispetto al lavoro, ma ben presto si capì che si trattava di un’autorità priva di strumenti efficaci: il Ministero dell’Interno controllava, attraverso i prefetti, la sanità pubblica, il Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale vigilava sugli enti mutualistici e il

---

<sup>63</sup> [https://mutuacesarepozzo.org/upload/73-News/storia-del-mutualismo\\_2017.pdf](https://mutuacesarepozzo.org/upload/73-News/storia-del-mutualismo_2017.pdf)

<sup>64</sup> F. Taroni, *Il volo del calabrone*, 40 anni di Servizio Sanitario Nazionale, Il Pensiero Scientifico Editore. Roma, 2019.

<sup>65</sup> [1. Evoluzione del SSN e del modello di welfare state 25-10-2021.pdf](#)

Ministero dei Lavori Pubblici controllava tutta l'edilizia ospedaliera<sup>66</sup>. La proliferazione incontrollata delle mutue, l'incapacità di mettere insieme i servizi e coordinarli e, ultima in ordine cronologico ma non per importanza, la forte recessione che ha segnato gli anni '70, hanno portato a porre in discussione la validità e la sostenibilità di quel modello organizzativo, paralizzato dai debiti con gli ospedali che lo Stato dovette estinguere nel 1974 attraverso un'operazione che oggi prenderebbe il nome di *bail-out*<sup>67</sup>.

Già con la Legge 386/1974 si era dato avvio al processo di smantellamento delle mutue e di istituzione delle USL, che avrebbero dovuto ereditarne le funzioni. L'obiettivo, raggiunto con qualche ritardo, era quello dell'estinzione totale del vecchio regime entro giugno dell'anno 1977. La riforma del 21 dicembre dell'anno successivo ebbe, tra i tanti meriti, quello di dare una risposta forte alla frammentazione e all'anarchia organizzativa del sistema mutualistico. L'art. 10 recita: "L'unità sanitaria locale è il complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi dei comuni, singoli o associati, e delle comunità montane, che in un ambito territoriale determinato assolvono ai compiti del servizio sanitario nazionale di cui alla presente legge". Tradotto in termini concreti, ci si trovava davanti ad un'imponente opera di completa integrazione verticale su base territoriale, sotto l'egida e la proprietà esclusiva del SSN, che sussume tutti i servizi della salute, ivi compresi quelli ospedalieri, che perdono la loro personalità giuridica e autonomia finanziaria e sono posti sotto il controllo delle Unità Sanitarie Locali<sup>68</sup>.

Come funzionava la governance di questa nuovo e immenso apparato? L'organo principale di riferimento è la USL, ente dotato di personalità giuridica, ma strettamente dipendente dai Comuni che andavano a costituire i membri dell'Assemblea Generale della Unità. Ogni Assemblea generale era ovviamente composta dai Comuni che rientravano nella giurisdizione territoriale della relativa USL. Dal punto di vista gestionale, la direzione era affidata ai Comitati di Gestione, i cui membri erano nominati dai Consigli comunali stessi. Stando all'art. 13, era compito dei Comuni assicurare che la governance della USL fosse coadiuvata dalla partecipazione degli operatori della sanità, dei rappresentanti delle formazioni sociali sul territorio e persino degli utenti direttamente interessati dai servizi (elemento, questo, sorprendentemente innovativo per l'epoca). La convinzione e la

---

<sup>66</sup> *Ibidem*

<sup>67</sup> <https://www.rivistaimulino.it/a/23-dicembre-1978>

<sup>68</sup> F. Taroni, *Politiche sanitarie in Italia*, Il futuro del SSN in una prospettiva storica, Il Pensiero Scientifico Editore. Roma, 2011.

volontà di realizzare questo tipo di gestione partecipativa non è stata, evidentemente, abbastanza forte, dal momento che fu rigettata qualsiasi proposta di “gestione per esperti”, rifiutando l’idea di porre a capo della direzione tecnica della USL una figura dotata di qualificazione medica e abolendo le già presenti tecnostrutture come i Consigli sanitari regionali e locali, insieme ad ogni rappresentanza presso il CSN<sup>69</sup>.

La rappresentanza degli utenti era provata dalla stessa composizione dei Comitati di Gestione, composti dai rappresentanti di tutti i partiti presenti nei Consigli comunali, a loro volta eletti democraticamente. In ogni caso, questa nuova configurazione su base territoriale e demografica (una USL ogni 50.000-200.000 abitanti, *range* invero molto ampio) mirava, oltre a erogare prestazioni a tutti i cittadini in regime di gratuità, alla perequazione dei dislivelli prestazionali causati dalle mutue sul territorio, e quindi alla parificazione quantitativo-qualitativa dell’offerta sanitaria. Il tutto, come già approfonditamente discusso nel paragrafo precedente, finanziato attraverso la fiscalità generale, le cui risorse venivano distribuite “a cascata” dal governo centrale secondo una ben definita programmazione sanitaria di cui strumento principe era — e dovrebbe tuttora essere — il Piano Sanitario Nazionale (PSN). Stando all’art. 59 della legge istitutiva, allo Stato spettava infatti la funzione di definizione delle norme riguardanti le prestazioni e le modalità di unificazione delle stesse, ossia di omogeneizzazione su tutto il territorio nazionale. Alle Regioni, allora estremamente deboli e prive di strumenti per controllare l’operato dei Comuni, rimaneva il compito di recepire il contenuto del PSN e tradurlo in un Piano Sanitario Regionale, che ha avuto sicuramente più fortuna del suo omologo nazionale. A dispetto della sua importanza, la programmazione è sempre stata uno dei grandi assenti della sanità italiana post ’78, e nessun PSN è stato adottato fino a che le preoccupanti condizioni finanziarie italiane, e il dissesto del SSN, non hanno portato al suo rafforzamento con la “riforma Amato” (d.lgs. 502/1992), che ha nuovamente sancito e rafforzato l’importanza del PSN. Infatti, negli anni successivi ci sono state, secondo gli intervalli di tre anni previsti, diverse edizioni del Piano, almeno fino al triennio 2004-2006<sup>70</sup>. Dal 2006 in poi, il PSN è stato via via sostituito da altri tipi di strumenti di programmazione e coordinamento della spesa sanitaria, come le intese e gli accordi, i quali però sono stati finalizzati alla mera redistribuzione delle

---

<sup>69</sup> *Ibidem*, 64.

<sup>70</sup> [https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?id=1298&area=programmazioneSanitariaLea&menu=vuoto](https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=1298&area=programmazioneSanitariaLea&menu=vuoto)

risorse e definizione dei LEA tra le Regioni, mancando un quadro programmatico generale che ancora oggi riconosce la sua sede giuridica nel Piano<sup>71</sup>.

In sintesi, si aveva un sistema dove il livello superiore si occupava di raccogliere e distribuire le risorse, oltre che — almeno in linea teorica — definire i grandi obiettivi di salute a livello nazionale, accompagnandoli con strategie che ne avrebbero assicurato il raggiungimento da parte di tutte le Regioni, nate da pochi anni; queste ultime costituivano il livello intermedio, con le sole funzioni di ricezione della normativa nazionale a livello regionale, distribuzione delle risorse “calate dall’alto” e controllo — evidentemente inefficace — dell’operato delle USL attraverso i Comitati di controllo, dal momento che la riforma del 1978 aveva sostanzialmente stralciato il controllo degli ospedali da parte della Regione (per assegnarlo alle USL), sancito con la celebre e avveniristica “Legge Mariotti” (Legge 132/1968); infine, il livello inferiore, ma dominante rispetto a quello appena superiore, incaricato di gestire ed amministrare concretamente, per mano delle Unità Sanitarie Locali, la sanità sul territorio, in quasi ogni sua declinazione operativa. La salda presa del Comune sulle USL derivava, in larga parte, anche dal fatto che avevano un bilancio unificato, e questo fa intuire quanto le Unità fossero preziosissime per gli enti locali, dal momento che ne gestivano risorse e patrimonio.

Nonostante le Regioni avessero, come detto pocanzi, la funzione di redistribuire i finanziamenti tra i vari enti locali, esse non si sono mostrate in grado di trasformare questa competenza in una leva capace di imporre la volontà regionale sui Comuni, e quindi sulle USL, riducendosi perciò a mero “scalo ferroviario” dei finanziamenti. Inoltre, ancorché il vecchio testo dell’art. 119 della Costituzione riconoscesse loro autonomia di entrata e di spesa, essa venne interpretata in senso fortemente restrittivo dalla Consulta, che concesse alle Regioni una mera competenza integrativa istituzionalizzata sulla materia, ponendola di fatto sotto il controllo dello Stato<sup>72</sup>. Quindi, niente risorse “regionali” con cui poter contrastare il potere dei Comuni. Benché le Regioni siano poi diventate le grandi protagoniste della sanità italiana dopo le riforme degli anni ’90, e siano state dotate di propria capacità impositiva, e quindi degli strumenti per raggiungere una potenziale autonomia finanziaria anche in ambito sanitario, in realtà esse sono ancora largamente dipendenti dalle risorse distribuite dallo Stato, e diverse sanità regionali si trovano *de facto* ancora all’interno di un regime di finanza derivata, ben lungi dall’aver raggiunto la tanto incoraggiata autonomia e

---

<sup>71</sup> <https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2015-10-22/che-fine-ha-fatto-piano-sanitario-100549.php?uuid=ACSiGFLB>

<sup>72</sup> A. D’Atena, *Diritto Regionale*, Giappichelli Editore. Torino, 2019.

responsabilizzazione. Prova inconfutabile ne siano i temutissimi Piani di Rientro, sorta di “cure dimagranti” con l’intento, da una parte, di far rientrare l’offerta di prestazioni sanitarie della sottoposta Regione all’interno dei LEA, e dall’altra di riportare la relativa spesa ad un livello sostenibile — obiettivo, quest’ultimo, a volte raggiunto a scapito del primo —. Sembra che nella maggior parte di casi i PdR funzionino, aumentando la capacità di ottimizzazione della performance e riduzione degli sprechi, e generando quindi risparmi da impiegare per il potenziamento dell’offerta, anziché dover ricorrere alla creazione di ulteriori titoli di entrata<sup>73</sup>. Tuttavia, i dati riferiti al primo decennio di questo secolo dimostrano che nelle regioni sottoposte a PdR la qualità percepita dall’utenza rispetto ai servizi erogati tende, anche se non in maniera netta, a calare<sup>74</sup>.

Ritornando al 1978, una volta esaminata, sia pur rapidamente, l’organizzazione della governance, le modalità di finanziamento e gli obiettivi che il nuovo sistema si prefiggeva, è esiziale, ai fini di questo scritto, capire come è stato organizzato tutto quell’insieme di servizi e prestazioni definibili come sanità territoriale. Particolare attenzione deve essere dedicata al dibattito sviluppatosi attorno al ruolo e alla posizione occupata dalla medicina generale all’interno del SSN. Stabiliti i criteri di distribuzione dei medici di medicina generale sul territorio (rapporto ottimale di un medico ogni mille pazienti, con un massimale di 1500 derogabile a 1800, rapporti rimasti peraltro immutati fino ad oggi) e lasciata alla Convenzione Unica Nazionale il compito di definire il trattamento economico, rimase da definire lo status del MMG nell’ambito del Servizio. L’esistenza della Convenzione Unica Nazionale farebbe pensare ad un chiaro recepimento dell’eredità mutualistica, con un’assistenza primaria basata su personale convenzionato. Pensiero errato, se si guarda la lettera della legge: con l’accoglimento della proposta del PCI e del PSI, la riforma aveva stabilito che l’assistenza medico-generica sarebbe stata prestata dal personale delle USL (quindi dipendente) e, solo in via complementare, da medici convenzionati. Il disegno originario prevedeva esattamente il contrario: lo “zoccolo duro” avrebbe dovuto essere costituito dalla medicina convenzionata, mentre la presenza integrativa di personale USL era prevista solo nelle aree afflitte da carenza assistenziale, la quale, col tempo, sarebbe stata risolta. Ci si trovava dinnanzi ad uno stallo. La Convenzione Unica e la norma erano logicamente e ontologicamente incompatibili. La soluzione è stata, molto

---

<sup>73</sup> <https://osservatoriocpi.unicatt.it/cpi-archivio-studi-e-analisi-i-piani-di-rientro-della-sanita-regionale-quali-risultati-finora>

<sup>74</sup> <https://link.springer.com/article/10.1007/s11205-013-0385-9#Sec3>

semplicemente, quella di ignorare il dettato normativo, e procedere con la formazione di un'assistenza territoriale convenzionata o, se si preferisce, parasubordinata.

Ciò che si voleva evitare era l'insurrezione degli ordini e delle associazioni di categoria, che avrebbero probabilmente lamentato un processo di "impiegatizzazione" e "burocratizzazione" della figura del medico: cosa che è effettivamente successa, se si osserva il tipo di messaggio che *Il Medico d'Italia*, l'organo ufficiale di stampa della FNOOMM (Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici), ha lanciato all'alba della riforma. La conservazione del rapporto convenzionato, tipico del sistema mutualistico, pareva fosse la soluzione ideale, anche se ad oggi sembra non aver funzionato granché<sup>75</sup>, tanto che sono gli stessi sindacati dei medici che ora chiedono a gran voce il passaggio alla dipendenza dal SSN<sup>76</sup>.

Col passare degli anni, l'idea di dare "tutto" a "tutti" senza alcun tipo di *discrimen* basato sull'effettiva incapacità dell'utente di provvedere di propria tasca al costo dell'assistenza, o sul suo reale bisogno di usufruire di quella specifica prestazione, aveva logicamente stimolato un consumo eccessivo e "irresponsabile" di healthcare, giacché grossomodo tutte le prestazioni erano erogate in regime di gratuità. Ben presto, in realtà già a partire dai primi anni '80, l'*overconsumption* fu fisiologicamente spiazzato dalla nascita del fenomeno delle "liste d'attesa", tuttora considerato una delle più grandi preoccupazioni ed è — quantomeno mediaticamente — il problema dell'SSN più "avvertito". La risposta iniziale fu quella di tentare di correggere il comportamento del cittadino razionalizzandone il consumo di prestazioni sanitarie, e per fare ciò si assistette in quegli anni alle primissime introduzioni dei *tickets* sanitari, che non sembrarono però sortire l'effetto considerato e non ebbero successo nel favorire un ripensamento sull'accusa che l'opinione pubblica già muoveva al SSN, considerato ormai una delle ragioni principali del dissesto coevo finanziario del Paese<sup>77</sup>. La situazione precipitò in brevissimo tempo, e prova ne furono i primi casi di scioglimento delle USL, come quelle calabresi di Taurianova e Locri con decreto del Presidente della Repubblica del 15 aprile 1987, suscitando scandalo per le condotte tenute dai membri dei relativi Comitati di gestione, sostanzialmente in mano a organizzazioni di stampo mafioso<sup>78</sup>. Sempre nello stesso anno, si iniziò a

---

<sup>75</sup> <http://www.psychomedia.it/pm/modther/psicodoc/mottola48.htm>, <https://www.ilgiorno.it/milano/cronaca/noi-medici-di-base-ridotti-a-burocrati-senzanima-1.6941873>,

<sup>76</sup> [https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo\\_id=95817](https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=95817)

<sup>77</sup> <https://www.abcdeidiriti.it/website/wp-content/uploads/2019/06/IL-SISTEMA-SANITARIO-ITALIANO-DALLE-SUE-ORIGINI-AD-OGGI.pdf>

<sup>78</sup> <https://www.senato.it/service/PDF/PDFServer/DF/295166.pdf>



contemplare concetti come “azienda sanitaria” e “Direttore Generale”, che avrebbe dovuto sostituire gli inefficienti e corrotti Comitati di gestione attraverso una forma monocratica di direzione della USL. Concetti, questi, che trovano la loro prima codifica normativa nel Ddl 1942/1987 presentato dall’allora Ministro della sanità Donat-Cattin, con il quale venne introdotta previsione di un Direttore Generale di USL, dotato di ampi poteri e con un rapporto di lavoro di tipo privatistico<sup>79</sup>. Nel frattempo, l’impegno delle istituzioni parlamentari e del Governo era richiesto anche dalla deplorable situazione debitoria degli enti ospedalieri, molto spesso causa di liquidazione degli stessi e quasi sempre di intervento dello Stato al fine di estinguere i detti debiti<sup>80</sup>.

Sarà proprio il Ddl 1942/1987 a fare da base per l’adozione del cruciale d.lgs. 502/1992, figlio dell’impostazione che Donat-Cattin aveva pensato per la sanità. Già a partire dai primi anni ’80 (“periodo d’oro” per il SSN) venne a instaurarsi, coerentemente con il mutato orientamento verso le politiche sociali inaugurato da Thatcher e Reagan, un clima generale di preoccupazione per le sproporzionate dimensioni e peso che il *welfare state* aveva acquisito nell’economia mondiale, specialmente dopo i due grandi arresti provocati dalle crisi petrolifere del 1973 e del biennio 1979-1980<sup>81</sup>. La successiva crisi del “Lunedì nero” del 1987 e quella del “Mercoledì nero” del 1992, che colpì la stabilità della moneta inglese e di quella italiana, costringendo l’allora Presidente del Consiglio Giuliano Amato ad effettuare un’imponente manovra finanziaria di 93 miliardi di lire, completarono il quadro<sup>82</sup>. Ed è proprio in quell’anno che avvenne quella che alcuni chiamano “riforma della riforma”, ovvero la “Riforma Amato-De Lorenzo”. Gli obiettivi principali della tale riforma erano:

- Riorganizzare le Unità Sanitarie Locali, attraverso la loro trasformazione in Aziende Sanitarie Locali, dotate di personalità giuridica pubblica e di un ampio *setting* di autonomie: organizzativa, amministrativa, patrimoniale (estremamente importante), gestionale, tecnica e contabile. La sanità italiana è stata tolta dalle mani dei Comuni e posta sotto regime di aziendalizzazione. Stesso trattamento venne riservato, negli anni a seguire, agli enti ospedalieri, anch’essi aziendalizzati e trasformati in Aziende Ospedaliere (AO) e Aziende Ospedaliere Universitarie

---

<sup>79</sup> <https://www.ordinemedicifrosinone.it/fr/osservatorio-delle-politiche-sanitarie-del-lazio/pubblicazioni-eventi/679-fine-di-una-rivoluzione-solo-sognata>

<sup>80</sup> [https://documenti.camera.it/\\_dati/leg09/lavori/stampati/pdf/45410001.pdf](https://documenti.camera.it/_dati/leg09/lavori/stampati/pdf/45410001.pdf)

<sup>81</sup> <https://www.oecd.org/social/soc/40836112.pdf>

<sup>82</sup> <https://ale-conomista.it/la-crisi-del-1992/>

(AOU), provviste, queste ultime, di una convenzione con l'Università alla quale forniscono locali e personale per la formazione.

- Valorizzare la Regione, con un forte potenziamento delle sue competenze in un qualche modo anticipatorio di quello che sarebbe avvenuto negli anni a cavallo tra il XX e il XXI secolo. A livello regionale di governo vennero riconosciute fondamentali funzioni legislative e amministrative in materia di assistenza ospedaliera, ma non solo: alle Regioni venne affidato il potere di nominare i Direttori Generali (DG) di ogni Azienda, rendendoli direttamente responsabili innanzi al Presidente della Regione e alla Giunta Regionale. Inoltre, se è vero che le Aziende sono dotate di autonomia organizzativa, la Regione ha competenza a stabilire i principi organizzativi, limitando quindi la prima. Esse non sono dotate, ovviamente, di autonomia finanziaria, dal momento che la quota principale di risorse necessarie all'adempimento delle loro funzioni viene assegnata sempre dalla Regione. Questo fatto potrebbe far insospettire alcuni lettori, poiché sembrerebbe che le (A)USL siano passate semplicemente da un padrone ad un altro. In realtà, l'autonomia gestionale loro riconosciuta permette loro di decidere da sole come impiegare le risorse ricevute, perseguendo una direzione aziendale che, potenzialmente, potrebbe anche discostarsi da quella voluta dall'Assessorato e dalla Giunta. Per fare un paragone — ancorché semplicistico — con una realtà che presenta dinamiche simili, è possibile immaginare il rapporto tra il Direttore Generale (quindi l'Azienda) e l'Assessore alla salute o il Presidente della Regione come una sorta di “coabitazione” alla francese: come per il Presidente della Repubblica in Francia e il Primo Ministro francese, ognuno ha la sua sfera di poteri e competenze, ma i contorni possono essere spesso sbiaditi dalle capacità manageriali, dall'esperienza e dal prestigio del DG, in grado così di imporre la propria *vision* alla “politica”, e non il contrario. Nonostante circostanze del genere possano verificarsi, si tenga ben presente che la Regione detiene comunque espliciti poteri di indirizzo nei confronti delle Aziende sanitarie.
- Creare condizioni di quasi-mercato, nel senso che le AO non ricevono più la loro quota di finanziamento secondo il classico criterio retrospettivo della spesa storica, ma sono le stesse ASL che si occupano di remunerare le prestazioni ospedaliere offerte ai propri assistiti attraverso i DRG (Diagnosis Related Group) a cui si faceva breve accenno nel precedente paragrafo (*vedi pag. 21*). I DRG costituiscono declinazione del principio del *money follow patient*: in sostanza, lo Stato

fissa un vero e proprio elenco contenente stime sui costi medi di ogni singola tipologia di prestazione ospedaliera, da quelle per acuti a quelle che rientrano nel regime di lungodegenza, e le regioni stabiliscono, sulla base di tale elenco, i propri tariffari per la remunerazione delle prestazioni. La definizione dei DRG è avvenuta, da ultimo, con il DM del 18 ottobre 2012. L'adozione dei DRG è legata alla volontà di calare le AO in un'arena concorrenziale (ecco il quasi-mercato) nella quale l'efficienza e la qualità delle prestazioni sono fondamentali per procacciarsi pazienti grazie ai quali aumenteranno, secondo il tariffario del Ministero, gli introiti dell'Azienda. Tuttavia, siccome tale sistema potrebbe portare a comportamenti opportunistici da parte delle Aziende e all'"inflazione delle prestazioni", le regioni hanno provveduto a porre tetti massimi di rimborsabilità o di budget<sup>83</sup>. Importante ricordare che in Italia non esistono veri e propri mercati sanitari regionali "chiusi", giacché ogni paziente è libero di farsi curare nella struttura che più gli aggrada: un'opportunità in più per le Aziende Ospedaliere, che non vedono la propria fetta di mercato ridotta alla sola popolazione regionale. Anche qui, sono state approntate delle leve tariffarie per poter orientare la produzione di ricoveri nelle aree più bisognose e incentivi per favorire l'assistenza alla popolazione locale anziché a quella esterna.

---

<sup>83</sup> F. Lega, *Economia e management sanitario*. Settore, sistema, aziende, protagonisti. Egea. Milano, 2020.

## Estratto di tabella contenente prestazioni ospedaliere e relativi costi

DRG	MDC	Tipo	Descrizione DRG (24 <sup>a</sup> rev.)	Ricoveri Ordinari durata di degenza > 1 giorno e entro soglia	Ricoveri Ordinari durata di degenza 0 - 1 giorno, Trasferiti o Deceduti	Ricoveri Ordinari con durata di degenza 0-1 giorno. Ricoveri Diurni	Giornate Oltre Valore Soglia
				(per episodio di ricovero)	(per giornata)	(per epis. di ric.: DRG chir.co; per giornata / accesso: DRG medico)	(per giornata)
1	1	C	Craniotomia, età > 17 anni con CC	15.085	3.616	-	314
2	1	C	Craniotomia, età > 17 anni senza CC	11.872	3.367	-	304
3	1	C	Craniotomia, età < 18 anni	8.860	2.370	-	213
6	1	C	Decompressione del tunnel carpale	589	569	654	118
7	1	C	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso con CC	10.658	2.383	2.585	252
8	1	C	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	2.326	1.331	2.585	196
9	1	M	Malattie e traumatismi del midollo spinale	3.589	522	329	219
10	1	M	Neoplasie del sistema nervoso con CC	4.332	445	298	152
11	1	M	Neoplasie del sistema nervoso senza CC	3.316	437	298	164
12	1	M	Malattie degenerative del sistema nervoso	2.850	367	196	131
13	1	M	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	1.419	331	188	96
14	1	M	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	3.891	442	239	159
15	1	M	Malattie cerebrovascolari acute aspecifiche e occlusione precerebrale senza infarto	2.967	427	234	156
16	1	M	Malattie cerebrovascolari aspecifiche con CC	4.553	477	226	147
17	1	M	Malattie cerebrovascolari aspecifiche senza CC	2.549	378	226	151
18	1	M	Malattie dei nervi cranici e periferici con CC	3.353	405	223	149
19	1	M	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	1.210	324	197	101
21	1	M	Meningite virale	2.629	308	215	143
22	1	M	Encefalopatia ipertensiva	2.989	576	298	199
23	1	M	Stato stuporoso e coma di origine non traumatica	2.489	430	263	175
26	1	M	Convulsioni e cefalea, età < 18 anni	1.729	376	231	154
27	1	M	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma > 1 ora	4.986	624	-	239
28	1	M	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età > 17 anni con CC	4.118	562	-	213
29	1	M	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età > 17 anni senza CC	3.180	478	-	216
30	1	M	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età < 18 anni	1.409	476	-	208
31	1	M	Commozione cerebrale, età > 17 anni con CC	3.087	557	337	243
32	1	M	Commozione cerebrale, età > 17 anni senza CC	2.042	492	337	225
33	1	M	Commozione cerebrale, età < 18 anni	1.224	483	321	214

Fonte: DM 18 ottobre 2012<sup>84</sup>.

Si potrebbe a buon diritto affermare che la storia del SSN, con il suo punto di svolta a cavallo degli anni '80 e '90, ben rappresenta il passaggio dalla predominanza del modello politico del "periodo comunale" a quella del modello economico-aziendale del "periodo regionale"<sup>85</sup>.

La concorrenza è aumentata anche per via del grande impulso che il d.lgs 502/1992 ha dato alla crescita dell'universo dei privati convenzionati, rallentata poi dal d.lgs. 229/1999, conosciuto anche con il nome di "Riforma Bindi", che doveva essere una sorta di correttivo della "Riforma Amato", accusata di non aver posto dei limiti alla proliferazione delle convenzioni, con conseguente crescente aumento delle spese per le ASL. Senza scendere troppo nello specifico, quello che la

<sup>84</sup> <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2013/01/28/13A00528/sg>

<sup>85</sup> Cucciniello, Fattore, Longo, Ricciuti, Turrini. *Management pubblico*, Egea. Milano, 2019.

“Riforma Bindi” fece fu subordinare l’autorizzazione e il convenzionamento di operatori sanitari privati in base alle risorse disponibili, al reale bisogno di un aumento dell’offerta e, soprattutto, in coerenza con la programmazione sanitaria regionale.

Si è parlato del sistema di finanziamento *fee for service* delle Aziende Ospedaliere; vi sono però altre modalità di finanziamento attualmente utilizzate. La prima, e forse la più importante dal punto di vista quantitativo, è quella a *quota capitaria*. In sintesi, alla ASL viene assegnato un certo ammontare di risorse in base, innanzi tutto, al numero degli assistiti residenti nell’area di sua competenza; la seconda parte del finanziamento viene conferita sulla base di parametri più specifici, come l’età, il sesso, i tassi di mortalità, indicatori epidemiologici territoriali ed altri. Quindi, questa parte di quota capitaria è calibrata in base al bisogno di salute del singolo territorio: ad esempio, è proprio in base a questo sistema che avviene la remunerazione dei MMG. Questa tipologia di finanziamento è considerata la più stabile e sicura, dal momento che un comportamento come il *disease mongering* (che prima abbiamo chiamato “inflazione delle prestazioni”) risulterebbe solo dannoso. Quello che forse potrebbe verificarsi è un’eccessiva tendenza al risparmio, in modo da massimizzare il differenziale tra il totale delle risorse ricevute e il totale delle spese effettuate, a scapito della popolazione assistita<sup>86</sup>. Inoltre, la quota capitaria è difficilmente soggetta a modifiche derivanti dalla discrezionalità del provider di risorse, e la distribuzione tra le singole Aziende sanitarie non varia molto. Il sistema *fee for service* basato sui DRG è stato già trattato, e si è già osservato come la quota di finanziamento in questo caso può variare, e come si sia posto rimedio a potenziali condotte opportunistiche.

Le altre due modalità di finanziamento per le istituzioni sanitarie territoriali sono i *finanziamenti diretti correlati all’attività* e *finanziamenti diretti straordinari*. I primi seguono il principio del *pay for performance* (P4P), secondo il quale determinate *tranches* di finanziamenti possono essere “sbloccate” sulla base del raggiungimento di certi *target* di *output* e *outcome*. Volendo fornire qualche esempio, nel primo caso, ossia quello dell’*output*, si potrebbe pensare al miglioramento quantitativo delle prestazioni (un aumento di volume), oppure al raggiungimento di determinati punteggi secondo certe misure di processo, come l’efficienza o la tempestività; sugli *outcomes* la questione diventa più complessa, perché in questo caso ad essere valutato è l’effettivo *public value*, risultato del prodotto di tutte le attività e della loro interazione con l’ambiente nel quale esse

---

<sup>86</sup> *Ibidem*, 78.

vengono implementate. Nonostante le batterie di indicatori forniteci dal *performance measurement*, questa è una dimensione che è indubbiamente difficile da misurare<sup>87</sup>. Ci si può immaginare che tale sistema premiante si attivi quando, ad esempio, a distanza di qualche anno dalla realizzazione di una campagna di sensibilizzazione sui danni prodotti dal fumo di sigaretta, la popolazione dei fumatori sia sensibilmente diminuita, o, ancora meglio, sia diminuita l'incidenza di casi di tumore ai polmoni. Un'ultima fattispecie di attività che può attrarre finanziamenti aggiuntivi è quella dei progetti. In questo caso, paradossalmente, non si tratta di "premi" assegnati per via del raggiungimento di un risultato, bensì di un vero e proprio finanziamento per la realizzazione di un progetto particolarmente ben costruito e capace di fornire una risposta efficace ed efficiente ad un preciso bisogno dell'utenza. Da quello che si è detto, risulta chiaro come la discrezionalità e la disomogeneità con cui tali risorse vengono distribuite sul territorio nazionale è piuttosto alta.

Per quanto riguarda invece i *finanziamenti diretti straordinari*, si tratta sostanzialmente di risorse contenute nei fondi di riequilibrio. Sono quote cosiddette di "riequilibrio", incluse nella quota capitaria che, come si è visto, racchiude la gran parte dell'ammontare totale di risorse che la Conferenza Stato-Regioni, tramite intesa "forte", decide di assegnare al FSN<sup>88</sup>. La funzione di questa quota è evidentemente perequativa, e quindi determinata e distribuita in base ai dislivelli qualitativi e quantitativi della tutela della salute tra i vari Servizi Sanitari Regionali.

Finora si è parlato di tutto ciò che riguarda l'ala ospedaliera della ASL, con le sue nuove modalità di finanziamento e la sua managerializzazione. Tuttavia, essendo il sistema sanitario italiano un perfetto esempio di *two-tier healthcare*, il SSN, e quindi quella "federazione" di Servizi Sanitari Regionali che rispondono alle stesse logiche organizzative di base, prevede un'ulteriore e complessa articolazione amministrativa che si occupa di erogare l'insieme di prestazioni sanitarie inerenti al territorio e la sua popolazione: il distretto. Esistente già dai tempi della 833 come articolazione territoriale della USL nel quale dovevano essere erogati i servizi di primo livello e di pronto intervento (art. 10), il d.lgs. 502/1992, all'art. 3-*quinquies*, specifica che il distretto sanitario è deputato all'erogazione di tutte quelle prestazioni rientranti nell'assistenza primaria, il cui nucleo è costituito dalla medicina generale, a cui si affiancano e devono essere coordinati la specialistica ambulatoriale, i servizi dipartimentali (ad es. la prevenzione) e tutte le strutture ospedaliere ed

---

<sup>87</sup> *Ibidem*, 79.

<sup>88</sup> [https://www.sis-statistica.it/old\\_upload/contenuti/files/pdf/2012/iii\\_2729\\_carlo\\_zocchetti.pdf](https://www.sis-statistica.it/old_upload/contenuti/files/pdf/2012/iii_2729_carlo_zocchetti.pdf)

extraospedaliere. Dal momento che il target di utenza del distretto è la proprio la popolazione locale, è chiaro che ad ogni ASL corrispondono più distretti, solitamente uno per comune, a seconda delle dimensioni demografiche di quest'ultimo. Oltre ad occuparsi dell'assistenza primaria sul territorio, coordinando e organizzandola medicina generale, il distretto svolge quindi un'importantissima funzione di collegamento con gli ospedali, dal momento che i *gatekeepers* delle prestazioni ospedaliere sono proprio i MMG (i quali svolgono il medesimo ruolo per quanto concerne le terapie farmacologiche). Il distretto sanitario occupa quindi una posizione fondamentale, se non principale, nell'assicurare il monitoraggio e la cura quotidiana della popolazione di riferimento, assicurando la continuità assistenziale e l'integrazione tra servizi sociali e sanitari, specialmente per i pazienti più fragili e/o non autosufficienti. Attraverso la medicina generale, esso costituisce il primo livello di assistenza, quello a contatto più stretto con la popolazione degli utenti, di cui conosce i bisogni e le caratteristiche epidemiologiche. Il distretto rappresenta anche un vero e proprio filtro per la domanda di assistenza, dal momento che, sempre attraverso gli MMG, si occupa di attivare PDTA e accessi alle strutture ospedaliere, fungendo quindi da primo e più importante garante dell'appropriatezza delle prestazioni, decidendo in sostanza le sorti di buona parte della spesa sanitaria.

Date le sue competenze e le sue responsabilità, il distretto sarà il luogo da cui avviare un processo di riorganizzazione e riorientamento del Servizio Sanitario Nazionale, soprattutto perché sarà la prima e — si spera — più efficace linea di difesa contro i nefasti effetti dell'invecchiamento della popolazione e dell'aumento delle patologie croniche che, date le caratteristiche demografiche italiane, potrebbe diventare endemico. Se chi scrive, nelle righe precedenti, è riuscito a trasmettere almeno un'idea di quanto sia esiziale il tema dell'assistenza primaria per il futuro della salute, allora i lettori avranno sicuramente compreso che se essa non dovesse reggersi all'impatto, certamente non reggerebbero neanche gli ospedali e tutti gli altri servizi sanitari. I lettori vorranno perdonare questi toni così catastrofisti, ma è assolutamente doveroso portare massima attenzione su queste prospettive.

Il prossimo capitolo sarà specificamente dedicato all'assistenza territoriale e ai processi di ammodernamento che in vari paesi l'hanno interessata, non ultima l'Italia. Si cercherà di guardare alle esperienze ed esperimenti pregressi di riconfigurazione dell'assistenza distrettuale, in primis

quello della Casa della salute, fino ad arrivare alla riforma contenuta nel PNRR, che fa perno sulle Case di comunità e sugli Ospedali di comunità.



## CAPITOLO II

### La sanità territoriale: definizione, storia e stato attuale in Italia.

#### L'assistenza primaria nella letteratura scientifica

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 la 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 a “la funzione centrale e il punto principale” dello stesso<sup>89</sup>. 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”<sup>90</sup>. 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.

---

<sup>89</sup> [https://www.asl.vt.it/Staff/Formazione/educazione/files/doc\\_org\\_mondiale/a%201978%20ALMA%20ATA.pdf](https://www.asl.vt.it/Staff/Formazione/educazione/files/doc_org_mondiale/a%201978%20ALMA%20ATA.pdf)

<sup>90</sup> [https://www.milbank.org/wp-content/uploads/2020/04/STARFIELD\\_et\\_al-2005-Milbank\\_Quarterly.pdf](https://www.milbank.org/wp-content/uploads/2020/04/STARFIELD_et_al-2005-Milbank_Quarterly.pdf)

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 è 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<sup>91</sup>. 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.

Senza dubbio, vi sono diversi studi che hanno dimostrato la reale efficacia di una solida PHC ben radicata sul territorio, come quelli condotti dal Dottor Leiyu Shi sulle differenze di incidenza di moltissime patologie, e quindi di morti, tra alcune aree degli Stati Uniti (paese nel quale sin dalla fine della Seconda Guerra Mondiale si era spinto molto per una maggiore specializzazione) in cui era vi era una maggior presenza di *primary care physician* e quelle dove ve ne erano di meno<sup>92</sup>. Eppure, l'assistenza primaria è stata privata per lungo tempo delle dovute attenzioni, soprattutto perché il reparto ospedaliero è sempre stato considerato la *top priority* in moltissimi paesi, tra cui si annovera anche il nostro. Una priorità che però è stata col tempo accantonata per ragioni di contenimento della spesa pubblica: si è passati da 1381 istituti di cura (compresi quelli privati) nel 1998 a circa 1000 nel 2017, con un calo dei posti letto da 311 mila (1998) a 191 mila (2017)<sup>93</sup>. Con questi numeri, le strutture ospedaliere, pubbliche e convenzionate, si trovano a dover affrontare un numero di ricoveri particolarmente elevato: solo nel 2019, e con riferimento esclusivo all'attività per acuti, sono stati registrati circa 5.909.010 ricoveri, con una prevalenza del 16,7% di malattie collegate al sistema circolatorio (il cui periodo di degenza corrisponde al 18,6% del totale delle giornate di soggiorno presso la struttura), seguita dai tumori (10,9%), malattie dell'apparato digerente e

---

<sup>91</sup> <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2805%2967454-5>

<sup>92</sup> *Ibidem*, 83.

<sup>93</sup> <https://www.agi.it/fact-checking/news/2020-03-14/coronavirus-rianimazione-posti-letto-7500889/>

dell'apparato respiratorio (entrambe 9,8% sul totale dei ricoveri)<sup>94</sup>. Nella maggior parte dei casi, le patologie legate al sistema circolatorio e ai tumori rientrano proprio nella categoria delle malattie croniche. Dunque, è facile intuire quanto un'adeguata attività di *screening*, e quindi di prevenzione, e un efficiente sistema di presa in carico e *follow-up* sin dal primo stadio della malattia rappresenti un formidabile strumento per alleggerire il carico di pazienti cronici sulle strutture ospedaliere, evitando quindi ingenti costi — che in questo caso potrebbero definirsi “sprechi” — originati dalle numerose giornate di degenza.

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

La situazione è quindi 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 2015 è di 53.610 unità (con un leggero aumento di circa un migliaio nel 2016), il che, tradotto in termini di rapporto sulla popolazione, vuol dire 88,3 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 sopra la Spagna e il Regno Unito, rispettivamente con 74 e 78 MMG per 100 mila abitanti<sup>95</sup>. Con queste numeriche, il contesto italiano sembra mostrare criticità particolarmente rilevanti, a meno che non si presti attenzione all'età anagrafica media del personale. Qui entra in gioco il fenomeno dei pensionamenti, già aggravato dal blocco delle assunzioni degli anni '90 e da quello dei *turnover* a decorrere dal 2008, che ha contribuito ad un aumento medio di 4 anni dell'età anagrafica dei dipendenti pubblici<sup>96</sup>. Conseguenza: nei prossimi 5 anni, il 36% dei medici di medicina generale verrà congedato dal servizio<sup>97</sup>. Indi per cui, sarebbe quantomeno opportuno mobilitarsi sin da subito al fine di rinfoltire i ranghi del personale sanitario territoriale.

---

<sup>94</sup> [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_3073\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3073_allegato.pdf)

<sup>95</sup> <https://www.infodata.ilsole24ore.com/2018/02/21/medici-italiani-quant-oggi-quant-saranno-fra-10-anni/>

<sup>96</sup> <https://osservatoriocpi.unicatt.it/cpi-archivio-studi-e-analisi-blocco-e-sblocco-del-turnover-gli-effetti-sulla-pa>

<sup>97</sup> <http://www.pkegroup.it/html/blog/quant-medici-ci-sono-in-italia.asp>

Un intervento, questo, che si scontra tuttavia con un altro annoso problema, situato a metà del percorso formativo della medicina generale: il famigerato “imbuto formativo”. Questa condizione di ristrettezza deriva, come è risaputo, dalla mancanza di sufficienti risorse e strutture presso le scuole di specializzazione (la cui frequentazione è necessaria anche per chi sceglie la carriera di medico di base), il che causa a sua volta la messa a disposizione di un numero di posti inferiore all’output annuale di laureati presso il corso di Medicina e Chirurgia di sei anni. Un esempio tra i tanti aiuta a farsi un’idea delle proporzioni dell’imbuto: al concorso SSM relativo all’anno 2020/2021, ossia il concorso per poter accedere ai posti messi a disposizione dal MIUR presso le scuole di specializzazione, hanno partecipato circa 22.000 laureati in Medicina e Chirurgia, di cui circa 12.000 neolaureati e 10.000 “camici grigi”, termine utilizzato per indicare proprio coloro che non sono riusciti ad accedere al primo tentativo alle scuole di specializzazione. Il numero di questi “dottori a metà” incastrati nel limbo tra università e scuole di specializzazione è sufficiente a comprendere l’enorme peso che la diga del numero limitato di posti ha nel rallentare la formazione medica. Infatti, per quel concorso, i posti messi in palio erano solo 10.000, a fronte di una domanda complessiva di 22.000, senza considerare che per gli anni accademici 2019/2020 e 2020/2021 il numero complessivo di posti è stato aumentato rispettivamente di 5.400 e 1.000 unità, per cercare di accelerare la formazione data la situazione emergenziale causata dalla pandemia<sup>98</sup>.

In tutto ciò, la risposta del MIUR è stata quella di proporre un aumento dei posti a numero chiuso della facoltà di Medicina e Chirurgia, il che non solo non risolverebbe nella maniera più assoluta il problema, ma, potenzialmente, lo aggraverebbe pure, perché il divario tra i neolaureati e i posti nelle scuole di specializzazione sarebbe ancora maggiore. Dato il contesto emergenziale e la carenza di personale, ci si sta orientando verso una soluzione “tampone”: permettere l’assunzione nel SSN di medici neolaureati e abilitati con “mansioni non specialistiche”<sup>99</sup>. Nonostante questa proposta possa rappresentare un’ottima occasione per permettere ai giovani neolaureati di far pratica sul campo, essa rimane pur sempre una soluzione provvisoria: è impensabile che la grave carenza di medici e il ritardo che pesa sulla loro formazione possa essere risolto in questo modo.

---

<sup>98</sup> [https://www.anaao.it/public/aaa\\_2939216\\_studio\\_anaao.pdf](https://www.anaao.it/public/aaa_2939216_studio_anaao.pdf)

<sup>99</sup> [https://www.anaao.it/public/aaa\\_8125014\\_cs\\_1aprile2019.pdf](https://www.anaao.it/public/aaa_8125014_cs_1aprile2019.pdf)

Andamento dell'imbuto formativo tra il 2020 e il 2024. I laureati attesi per il 2020 sono dati dalla somma della stima dei laureati nell'AA precedente e il 50% di quella nell'AA in corso, per effetto della nuova laurea abilitante; per gli anni successivi i laureati attesi sono dati dalla somma del 50% della stima dei laureati nell'anno precedente e il 50% di quella dell'anno in corso. Sono considerati solo i contratti di formazione specialistica attualmente finanziati. Le proiezioni dal 2020 delle borse per la Medicina Generale rappresentano una stima. Con "Posti SSM" sono indicati i contratti finanziati dallo Stato, dalle Regioni e dai privati. Viene stimato un 5% annuo di contratti persi per abbandono o rinuncia.



Fonte: Anaa Assomed (2020)

Aldilà di questi ostacoli che l'assistenza primaria deve superare — e non aggirare — per poter essere pienamente funzionante e in condizioni di rispondere ai bisogni di salute della popolazione, vi è un'ulteriore problematica legata alla desiderabilità della professione di medico di base: la percezione diffusa tra i professionisti convenzionati è che la remunerazione non sia ben proporzionata rispetto al complessivo carico di lavoro.

Mettendo a confronto la retribuzione di un medico di medicina generale e un operatore sanitario ospedaliero, il primo non pare potersi definire "sottopagato": l'operatore ospedaliero guadagna circa dai 2.000 ai 4.000 euro lordi mensili, mentre il generalista può arrivare anche fino ai 7.500 euro al mese (sempre lordi)<sup>100</sup>. Tuttavia, quando si fanno delle valutazioni sulla retribuzione percepita dai MMG, bisogna anche prestare attenzione all'anzianità di servizio e al numero dei pazienti a lui affidatisi. Si considerino due medici di medicina generale: il primo medico ha meno di tre anni di servizio, mentre il secondo può vantare dieci anni di esperienza alle spalle. Ebbene, il primo guadagna circa 71.500 euro lordi all'anno, mentre il "veterano" può arrivare anche a 150.000

<sup>100</sup> [https://www.repubblica.it/salute/2022/03/02/news/e\\_vero\\_che\\_i\\_medici\\_di\\_famiglia\\_lavorano\\_troppo\\_poco-339962829/](https://www.repubblica.it/salute/2022/03/02/news/e_vero_che_i_medici_di_famiglia_lavorano_troppo_poco-339962829/)

euro<sup>101</sup>. Altre fonti citano numeri persino più alti: un medico di medicina generale con pochi pazienti può arrivare a percepire circa 84.000 euro lordi all'anno<sup>102</sup>. Di fronte a questi numeri, un esterno potrebbe anche farsi tentare dall'esprimersi in maniera caustica sulle lamentele dei sindacati, i quali da sempre rispondono per le rime alle accuse rivolte ai medici di base, solitamente riguardanti la loro non soddisfacente performance lavorativa<sup>103</sup>. A tutto ciò si aggiunga il fatto che molti giovani, appena completato il corso di Medicina e Chirurgia, tendono a non optare per una carriera di medico di base, poiché meno remunerativa rispetto alle altre specializzazioni, come la chirurgia plastica, l'odontoiatria o la dermatologia, ovviamente nel privato.

Inoltre, se si allarga lo sguardo verso l'orizzonte europeo, saltano subito all'occhio le marcate differenze retributive rispetto ai colleghi d'oltralpe. Nel 2021, in ordine ascendente si ha la Francia, con uno stipendio medio di circa 118.000 dollari, il Regno unito (122.000 dollari), la Germania (200.000 dollari) e, non sorprendentemente, gli Stati Uniti, che superano la Germania con un surplus di 42.000 dollari. Sotto l'Italia vi sono, ad esempio, la Spagna, che si attesta a circa 55.000 dollari e altri paesi meno ricchi<sup>104</sup>. Spesso si sente qualcuno che fa presente la possibilità di riempire i posti vacanti con risorse provenienti dall'estero. È certamente possibile, ma, sempre per rimanere in tema di retribuzione, sarebbe opportuno capire quanto sia effettivamente desiderabile venire a esercitare la professione di medico in Italia. Innanzi tutto, dalle informazioni a nostra disposizione, non pare che vi siano medici di base provenienti dall'estero che praticano nel nostro paese; anzi, sembra che si stia verificando un deflusso di risorse, parte della più generale "fuga di cervelli" di cui l'Italia soffre da anni. Solo nel 2012, 2.500 giovani MMG, frustrati anche dal divario retributivo rispetto ai loro colleghi specialisti, hanno deciso di partire alla volta del Regno Unito dove, come si è appena detto, li aspetta una ben più lauta busta paga<sup>105</sup>.

Vi sono però delle testimonianze — invero preoccupanti — di medici e altri operatori sanitari di origine straniera nella sanità privata. Stando alla lettera del contratto Cimop (Confederazione Italiana Medici Ospedalità Privata), la paga oraria varia da un minimo di 18,36 euro lordi ad un

---

<sup>101</sup> <https://rcmedici.eu/quanto-guadagna-un-medico-di-famiglia/#:~:text=In%20Italia%2C%20mediamente%2C%20un%20medico,150.000%20euro%20lordi%20l'anno.>

<sup>102</sup> <https://medicidiguardia.it/blog/quanto-guadagnano-i-medici/quanto-guadagna-un-medico-di-famiglia>

<sup>103</sup> *Ibidem*, 93.

<sup>104</sup> <https://www.medscape.com/slideshow/2021-international-compensation-report-6014239?reg=1#4>

<sup>105</sup> <https://www.ilfattoquotidiano.it/2013/11/07/anche-medici-di-base-in-fuga-allestero-discriminati-siamo-di-serie-b/764813/>

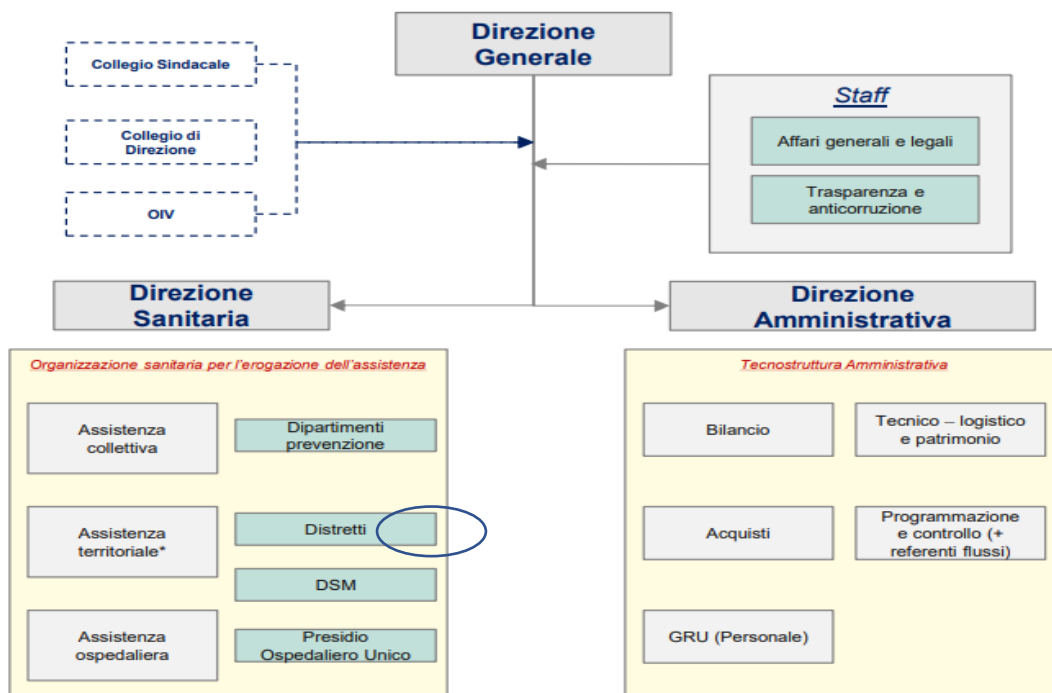
massimo di 30,81 euro, sempre lordi. Secondo la segnalazione mandata da 70 medici e 50 infermieri, tutti di origine straniera, al presidente dell'Associazione medici di origine straniera in Italia (Amsi) Foad Aodi, la retribuzione oraria arriva a toccare picchi minimi di soli sette euro<sup>106</sup>. Questa non è sicuramente una carriera lavorativa a cui, dopo almeno circa dieci anni di formazione, un giovane aspira.

## **L'organizzazione della sanità territoriale: il Distretto sociosanitario e le sue funzioni**

Malgrado questa lunga lista di 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. Questo fattore facilita la disamina della struttura e del funzionamento del Distretto, anche per mezzo di esempi di singole realtà.

---

<sup>106</sup> [https://www.ansa.it/canale\\_saluteebenessere/notizie/sanita/2019/04/29/-medici-stranieri-in-italia-sottopagatifino-7-euro-ora-7000dcef-1c8d-4594-b1ad-3a3c14174d8e.html](https://www.ansa.it/canale_saluteebenessere/notizie/sanita/2019/04/29/-medici-stranieri-in-italia-sottopagatifino-7-euro-ora-7000dcef-1c8d-4594-b1ad-3a3c14174d8e.html)



Fonte: [PROGETTO RIFORMA.pdf](#)

Il grafico sopra riportato rappresenta l'organizzazione interna standard di una ASL: come si può vedere, il Distretto si trova nel quadrante giallo a sinistra, collegato all'assistenza territoriale. 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 costituisce 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 coadiuvano 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<sup>107</sup>.

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. 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<sup>108</sup>. 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

---

<sup>107</sup>

<https://www.salute.gov.it/portale/ehealth/dettaglioContenutiEHealth.jsp?lingua=italiano&id=5554&area=eHealth&menu=cup>

<sup>108</sup> <https://saluteugualepertuttis.org/2019/11/21/i-dipartimenti-delle-aziende-sanitarie-organizzazione-e-requisiti/>

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<sup>109</sup>. 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<sup>110</sup>. 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

---

<sup>109</sup> <http://www.aimabiella.it/files/note-su-retta-rsa.pdf>

<sup>110</sup> <https://www.inps.it/prestazioni-servizi/accertamento-sanitario>

risentano, specialmente se le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria non vengono delegate dal Comune alla ASL.

- 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.

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 contemplatesse, 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<sup>111</sup>; altri ritengono che queste professionalità siano diventate il capro espiatorio delle inefficienze della sanità regionale<sup>112</sup>. 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<sup>113</sup>.

Come si è tentato di spiegare nell'introduzione a questo breve scritto, le 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 ha raggiunto il massimale<sup>114</sup>. 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

---

<sup>111</sup>

[https://www.repubblica.it/cronaca/2021/09/22/news/le\\_regioni\\_i\\_medici\\_di\\_famiglia\\_non\\_funzionano\\_piu\\_devono\\_diventare\\_dipendenti\\_-318865930/](https://www.repubblica.it/cronaca/2021/09/22/news/le_regioni_i_medici_di_famiglia_non_funzionano_piu_devono_diventare_dipendenti_-318865930/)

<sup>112</sup> [https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=98559](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=98559)

<sup>113</sup> <https://www.dimensioneinfermiere.it/riforma-dei-medici-famiglia-dovranno-lavorare-38-ore-settimanali/>

<sup>114</sup>

[https://www.salute.gov.it/portale/ministro/p4\\_5\\_2\\_4\\_2.jsp?id=569&label=uffCentrali&lingua=italiano&menu=uffCentrali](https://www.salute.gov.it/portale/ministro/p4_5_2_4_2.jsp?id=569&label=uffCentrali&lingua=italiano&menu=uffCentrali)

di distanza; ancora peggio se egli non è in grado di recarvisi da solo<sup>115</sup>. 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.

### **Un caso limite: l'esperienza del Distretto di La Maddalena**

La Dottoressa Anna Maria Sanna, Dirigente del Distretto sanitario di La Maddalena, si è espressa in maniera rassicurante su entrambi i fronti appena trattati<sup>116</sup>. “La libertà di scelta del proprio medico è ancora salvaguardata e garantita”, assicura la Dottoressa, “anche perché i contratti dei MMG prevedono dei meccanismi, come la ricongiunzione familiare e le liste d'attesa, che consentono, anche se con un po' di ritardo, di essere assistiti dal medico prescelto”. Passando all'ipotesi successiva, ossia quella della scelta “indiretta” dei propri pazienti da parte del medico, la Dott.ssa Sanna ha precisato che, in realtà, essa risulta essere piuttosto limitata. Limitazione derivata dalla programmazione regionale. In breve, gli ambulatori messi a disposizione dalle Aziende sanitarie, in ossequio all'art. 20 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, difficilmente sono collocati in aree dove l'offerta medica è già sufficiente a rispondere in maniera adeguata ai bisogni della popolazione<sup>117</sup>. “In sostanza”, spiega la Dottoressa, “le varie Aziende presenti sul territorio regionale comunicano, dopo un'attenta valutazione che vede come parametro centrale il rapporto ottimale di un MMG ogni 1.000 assistiti, quali sono le carenze nel loro territorio all'Assessorato, il quale predispone in seguito una programmazione finalizzata all'istituzione di ambulatori per MMG nelle suddette aree.

---

<sup>115</sup> <https://www.olbia.it/telti-mancano-medici-di-base-dottore-in-pensione-si-rende-disponibile->

<sup>116</sup> Intervista alla Dott.ssa Anna Maria Sanna in data 11 maggio 2022.

<sup>117</sup> [https://ape.agenas.it/documenti/Normativa/C\\_18\\_normativa\\_3\\_listafila\\_file\\_0\\_linkfile.pdf](https://ape.agenas.it/documenti/Normativa/C_18_normativa_3_listafila_file_0_linkfile.pdf)

Ora, per ottenere una posizione come medico di base in una certa area, è necessario innanzitutto aver conseguito un attestato di abilitazione dopo un corso di tre anni, e partecipare, successivamente, al concorso bandito dalla Regione, nel quale sono messi in palio proprio quegli ambulatori ricavati dalla programmazione. La scelta del medico è quindi limitata all'espressione di una lista di preferenze, senza avere certezza di poter accedere alla prima: questo, infatti, dipende dai titoli e dal punteggio conseguito.

Come affermato dalla Dott.ssa Sanna, è la programmazione regionale a garantire un certo equilibrio nella distribuzione dei medici convenzionati sul territorio, il che impone al generalista un ventaglio di opzioni ristretto. Chiaramente, l'opera programmatica deve anche tenere conto dell'effettiva possibilità per il MMG di percepire una busta paga che consenta la sostenibilità dell'attività esercitata dallo stesso in quella specifica area, e quindi una retribuzione equa che risponda agli standard stabiliti nella convenzione stipulata a livello regionale. Se così non fosse, si verificherebbe, con tutta probabilità, un forte fenomeno di richieste di trasferimento, assieme a diversi attriti tra Regione e associazioni di rappresentanza della categoria professionale, la quale peraltro ha sempre potuto contare su un considerevole potere contrattuale. La Dott.ssa Sanna ha però sottolineato il fatto che il personale continua ad assottigliarsi e l'età media dei MMG ad aumentare.

Per rendere più chiara la situazione, la Dottoressa ha portato l'esempio del suo Distretto. Come alcuni sapranno, La Maddalena è a tutti gli effetti "un'isola nell'isola", il che comporta significativi problemi logistici, oltre che prezzi generalmente più alti che nel resto del territorio dell'Azienda sanitaria (Olbia), il che rende questa meravigliosa località piuttosto indesiderata dai MMG. "La popolazione over 65 costituisce all'incirca un quarto della popolazione residente totale, e i MMG che attualmente operano in pianta stabile sull'isola sono quattro — il più giovane con 59 anni e il più anziano prossimo ai 70 — ognuno con 1.800 pazienti (il massimo assoluto di assistiti per un medico di base)". "Fortunatamente", continua la Sanna, "vi sono dei progetti in corso di elaborazione per attuare forme di integrazione e collaborazione tra i MMG presenti, che si sono dimostrati volenterosi di partecipare a queste iniziative".

La Dottoressa però evidenzia che La Maddalena è un caso piuttosto particolare, anche se non unico, e questo potrebbe in un qualche modo aver portato i medici di base presenti a collaborare per la gestione dell'assistenza primaria sul territorio. Ha inoltre aggiunto che è molto improbabile che dei medici così avanti con l'età, e quindi abituati ad operare con un certo setting organizzativo che non

prevede alcuna forma di collaborazione con altri colleghi, decidano di dare la propria disponibilità a prendere parte a questo tipo di sperimentazioni, rinunciando quindi ad un *modus operandi* che ha contraddistinto la loro intera carriera. Insomma, un classico fenomeno di *path dependency*.

## Distretto di La Maddalena



Il territorio rappresentato nella cartina corrisponde all'area di competenza della ASL Olbia, comprendente tre distretti:

- Olbia, che occupa la parte orientale estendendosi anche a nord e a sud;
- Tempio, nella zona situata a nord-est, confinante sul versante occidentale col distretto di Olbia;
- La Maddalena, evidenziata e cerchiata in rosso.

Fonte: ASL Olbia (2022)<sup>118</sup>

In conclusione, la Direttrice ha rimarcato la singolarità del caso di La Maddalena, sia per i lati positivi che per quelli negativi. È lo stesso contesto svantaggiato e penalizzato dalle sue stesse caratteristiche che ha resa impossibile proseguire con l'erogazione delle prestazioni dell'assistenza primaria senza una collaborazione tra i pochissimi medici presenti, anche considerando le costanti incertezze sul futuro del presidio ospedaliero dell'isola, l'ospedale "Paolo Merlo". Non è difficile immaginare quali conseguenze si verificherebbero qualora un paziente anziano, affetto da una patologia cronica e non adeguatamente monitorato, si acutizzasse e avesse bisogno urgentissimo di assistenza ospedaliera, ma il presidio non ci fosse: bisognerebbe utilizzare il sistema di elitransporto, con tutti i rischi che comporta per il paziente in termini di inappropriata tempore del trattamento, che spesso richiede tempestività. Come si diceva prima, è difficile trovare medici di

<sup>118</sup> <https://www.aslobia.it/distretti/lamaddalena.html>



base con una certa anzianità di servizio disposti, in un contesto normale, a fare diversamente da come hanno sempre fatto. La conclusione — condivisa dalla Dott.ssa Sanna — è che, al netto di interventi straordinari in grado di rivoluzionare l'organizzazione della medicina di base, bisogna puntare sulle giovani leve e subito abituarle ad un *setting* organizzativo basato sulla collaborazione e gestione condivisa del carico lavorativo, sull'integrazione con le altre professionalità dell'assistenza primaria (e quindi sulla multidisciplinarietà) e sul paradigma della Sanità d'iniziativa, di cui si parlerà a breve. Proprio per aree come quelle di La Maddalena, è necessario introdurre strategie *ad hoc* capaci di raccogliere e convogliare tutte le energie presenti sul territorio al fine di superare le intrinseche difficoltà che la zona presenta. Non si deve commettere l'errore di marginalizzare queste aree e sminuirne le problematiche, perché è proprio da lì che arrivano la maggior parte delle segnalazioni di disagi e disservizi, come attesta il servizio di assistenza al cittadino di Cittadinanzattiva: in base ai dati raccolti, la sanità territoriale rappresenta la criticità più avvertita dai cittadini in ben sette regioni<sup>119</sup>.

## **La medicina associativa: storia di numerose iniziative e pochi risultati**

Il vero ingranaggio disfunzionante della macchina sanitaria che sta producendo danni alla salute dei cittadini e diffusa inappropriata delle prestazioni — oltre che considerevoli sprechi di risorse — è quello che fa da ponte tra il territorio e il presidio ospedaliero. Insomma, il vero problema dell'assistenza primaria odierna è quello di non riuscire a svolgere in maniera efficiente ed efficace la propria funzione di "filtro" e gestione/monitoraggio degli assistiti. I lettori sono pregati di prestare particolare attenzione a questo passaggio, perché esso cercherà di definire quanto più chiaramente possibile la grande criticità del SSN e, al tempo stesso, il vero motivo per cui, dal 2007 ad oggi, si ha assistito ad una serie di tentativi di riorganizzazione della sanità territoriale. Si consideri una situazione in cui un assistito accusa uno stato di malessere non particolarmente grave: per esempio, un fastidioso mal di stomaco, magari accompagnato da una forte nausea. Non riesce a capire quale sia il motivo di tale mal di stomaco e non saprebbe nemmeno quali farmaci utilizzare per attenuare almeno il dolore. In alcuni casi, se è in condizione di farlo, si reca o si fa accompagnare presso lo

---

<sup>119</sup> [https://play.google.com/books/reader?id=sInCDwAAQBAJ&pg=GBS.PT30.w.1.0.95\\_126&hl=it](https://play.google.com/books/reader?id=sInCDwAAQBAJ&pg=GBS.PT30.w.1.0.95_126&hl=it)

studio del suo medico curante al fine di ottenere una prescrizione farmacologica o, perlomeno, ricevere istruzioni su come comportarsi in questi casi. Cosa succede se, proprio in quell'orario, l'ambulatorio del medico ha già chiuso i battenti<sup>120</sup>? E se, dopo svariati tentativi, non si riesce a reperirlo neanche telefonicamente? La risposta è semplice: ci si reca al primo presidio ospedaliero disponibile. In parole povere, al pronto soccorso. All'inizio del periodo precedente, si è specificato che questo avviene in alcuni casi. In altri, tutti i passaggi intermedi vengono bypassati e ci si reca direttamente in ospedale. Stesso ragionamento potrebbe essere applicato per altri casi lievi, come una leggera ustione che non necessita delle cure offerte dal pronto soccorso. A meno che il mal di stomaco non sia sintomo di qualcosa di ben più grave, non è difficile ammettere che il comportamento di quel cittadino abbia avuto come effetto un accesso inappropriato alle prestazioni ospedaliere. In termini infermieristici, secondo il sistema di valutazione Triage, si parla di "codice bianco": non c'è nessuna urgenza – il paziente non è in pericolo e non ha bisogno dell'intervento del pronto soccorso e può rivolgersi al proprio medico<sup>121</sup>. Ora i colori sono stati sostituiti da numeri, ma la sostanza è sempre la stessa. Il paziente però si trova lì, e non è facile persuaderlo affinché torni a casa. Quindi egli si mette in fila, affolla i corridoi e consuma risorse destinate a ben altri bisogni.

*Ça va sans dire* che non si può addossare la colpa al cittadino, magari preso dal panico e certamente non rassicurato dal fatto che non riesca a contattare il proprio medico, dimostrando peraltro molto più senso di responsabilità rispetto a chi si precipita direttamente in ospedale. A onor del vero, bisogna precisare che, in base ai dati del 2017, i codici bianchi rappresentavano "solo" il 12,97 % degli oltre 20 milioni di accessi ospedalieri: poco meno di 2.300.000 casi – forse il numero assoluto appare meno rassicurante della percentuale – solo in quell'anno<sup>122</sup>. E allora la responsabilità di questo spreco di risorse è forse da imputare ai medici di medicina generale? In parte, e solo eventualmente. In parte perché, come detto prima, un medico di base con più di mille scelte dovrebbe tenere aperto il proprio ambulatorio per un minimo di 15 ore settimanali, anche se lo

---

<sup>120</sup> Si tenga presente che il monte ore minimo in cui il MMG deve tenere aperto il proprio ambulatorio è di 5 ore se il numero di assistiti non è superiore a 500, 10 ore se non superiore a 1.000, 15 se superiore a 1.000. Tuttavia, questi minimi orari non hanno grande valore se li si usa per stimare l'attività svolta dal MMG nell'arco della settimana. Si consideri un medico massimalista che decide di tenere aperto il proprio ambulatorio per tre ore ogni giorno. Se nell'arco di queste tre ore accede all'ambulatorio un numero di pazienti che, per essere assistito, ne richiede un numero superiore, il medico non può cessare la sua attività ambulatoriale prima di aver assistito tutti i pazienti in attesa.

<sup>121</sup> [http://www.prontosoccorso.it/codice\\_colore.htm](http://www.prontosoccorso.it/codice_colore.htm)

<sup>122</sup> [https://www.agi.it/data-journalism/pronto\\_soccorso\\_attese\\_dati-6002922/news/2019-08-11/](https://www.agi.it/data-journalism/pronto_soccorso_attese_dati-6002922/news/2019-08-11/)

stesso Accordo Nazionale suggerisce, indicativamente, 40 ore settimanali per 1500 assistiti. La scelta del monte ore settimanale e la distribuzione di queste nei cinque giorni (obbligatorie) alla settimana spetta al medico stesso. Vi è un accordo, ed egli/ella si sta semplicemente limitando a rispettarlo. Questa parte di colpa si può ricondurre al medico di base solo se l'ambito territoriale in cui opera sorge su un territorio favorevole alle forme sperimentali e volontarie di integrazione e collaborazione tra i MMG. Infatti, qualora il medico si accorgesse di non riuscire a garantire un grado di reperibilità adeguato al numero dei propri assistiti e alla frequenza con cui essi sviluppano bisogni assistenziali, sarebbe opportuno che egli/ella, avendone la possibilità, cercasse di collaborare con un collega che ha pianificato la propria attività su un orario complementare rispetto al suo. In questo modo, la copertura oraria ne risulterebbe molto migliorata. Questo implicherebbe, naturalmente, una deroga importante al rapporto di fiducia tra l'assistito e il medico di sua scelta. Tuttavia, si tratta esclusivamente di una deroga che si attiva nel momento in cui l'assistito ha necessità di contattare il proprio medico in una fascia oraria nella quale egli non esercita. Inoltre, nonostante manchi il rapporto di fiducia instaurato col proprio medico, l'assistito è cosciente del fatto che il professionista a cui si affida può facilmente accedere alla sua cartella e reperire tutte le informazioni necessarie per valutare il caso e offrire la migliore assistenza possibile.

Quindi, se tali presupposti ecologici sussistono, parte della condanna dovrebbe cadere solo sul medico che, in conclusione, si avvale della sua libertà professionale per evitare utili forme di aggregazione. Se invece non sussistono, la responsabilità è da ricondurre a *tutti* i medici presenti nell'area, dal momento che la carenza di basi per costruire una medicina generale associativa è da imputare in grandissima parte alla mancanza di una volontà e di una cultura condivisa che vede nell'associazionismo e nelle aggregazioni territoriali un formidabile strumento per migliorare notevolmente la qualità dell'assistenza primaria a costi relativamente molto bassi.

Tuttavia, vi è un'ulteriore porzione di accessi impropri al di fuori dei codici bianchi. Il termine *improprio*, in queste circostanze, è adoperato da chi scrive in modo — si perdoni il gioco di parole — improprio. Ci si riferisce ora agli episodi di acutizzazione di pazienti affetti da patologie croniche conclamate che non vengono monitorati e assistiti con l'attenzione e la costanza necessarie a evitare che suddette patologie si aggravino col tempo, fino ad arrivare all'urgenza. Come si diceva, il termine *improprio* è sicuramente errato quando si va a giudicare un accesso al presidio ospedaliero in queste condizioni. Se si prende in considerazione una BPCO (broncopneumopatia cronica ostruttiva) o una

cardiopatia ischemica, una loro riacutizzazione può avere conseguenze molto gravi: nel primo caso si potrebbe verificare una grave insufficienza respiratoria; nel secondo caso, la riacutizzazione può comportare l'insorgere di varie manifestazioni cliniche della patologia di base, che vanno dall'*angina pectoris* (costrizione dei vasi coronarici) all'infarto miocardico (vera e propria necrosi delle cellule cardiache), che possono esitare in insufficienza/scompenso cardiaco. Tra l'altro, la cardiopatia ischemica è la principale causa di morte nei paesi occidentali<sup>123</sup>. È di tutta evidenza, anche a chi non possiede una formazione medica, che tali manifestazioni della patologia necessitano di cure ad alta intensità clinica che solo una struttura ospedaliera può offrire. Ciò nondimeno, questi episodi certamente non si verificherebbero con la stessa frequenza e gravità se l'assistenza primaria fosse organizzata diversamente, ossia in modo tale da assicurare un costante monitoraggio dell'andamento della patologia attraverso il lavoro di un'equipe multidisciplinare e la costruzione di un percorso terapeutico specifico nel quale viene garantita una comunicazione continua col paziente e un regolare *follow-up*. Ecco cosa si intende, in questo caso, per accesso improprio: un accesso la cui probabilità di verificarsi è drasticamente più bassa, qualora la patologia cronica di base sia stata monitorata e trattata con l'approccio appena descritto.

In sintesi, per dare risposte efficaci e limitare il fenomeno degli accessi impropri, sono necessari due tipi di integrazioni: una *orizzontale*, che veda quindi la gestione della medicina generale in un'ottica di collaborazione tra più MMG, in un'unica struttura o in un'aggregazione di strutture che operano il medesimo bacino di assistiti, garantendo loro maggiore continuità assistenziale attraverso una pianificazione congiunta dell'attività e un sistema di condivisione delle informazioni cliniche; una *verticale*, nel senso che essa deve avvenire tra tutte le componenti fondamentali dell'assistenza primaria, quindi la medicina di base, la specialistica ambulatoriale, la medicina di continuità assistenziale (guardia medica) e la categoria infermieristica. Contatti e collegamenti, ovviamente, esistono già tra la medicina di base e la specialistica, ma qui si parla di un'integrazione e collaborazione costante e strutturale, anche all'interno del medesimo edificio, dove la gestione di un singolo caso è concertata e i suoi sviluppi seguiti in maniera sincronizzata. Per comprendere meglio il punto, si passerà ora alla disamina degli esempi meglio riusciti di organizzazione della sanità territoriale, basati appunto sull'aggregazione e integrazione di più professionalità nella gestione del singolo paziente.

---

<sup>123</sup> <https://www.topdoctors.it/dizionario-medico/cardiopatia-ischemica>

La storia dei tentativi di riassetto della sanità territoriale parte dalla Accordo nazionale del 2000, nel quale, all'art. 40, comma 6, sono contemplate tre forme associative, mentre al comma 4 sono esposte le condizioni e gli obblighi che i MMG/PDL/MCA devono osservare sia nella fase di istituzione della forma di associazione, sia durante lo svolgimento in atto della propria professione all'interno dell'associazione.

Il comma 4 indica innanzi tutto i soggetti che possono scegliere di esercitare in forma associata. Essi sono i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e i medici di continuità assistenziale, la cui iniziativa associativa viene formalizzata per mezzo della stesura di un atto costitutivo, disciplinante la vita e le dinamiche interne della forma associativa. Per acquisire validità e sancire quindi l'effettiva istituzione della forma associativa, l'atto costitutivo deve essere approvato entro 15 giorni dal Direttore Generale dell'Azienda sanitaria. Il comma prosegue specificando che la sede rappresentativa della forma associativa è unica e va comunicata ai loro assistiti, insieme alle modalità organizzative del servizio stesso. Il numero minimo di professionisti necessario ad istituire la forma associativa è di tre, e ognuno di essi si impegna, fermo restando il diritto della libera scelta e il rapporto di fiducia tra l'assistito e il suo medico curante, a garantire l'assistenza anche nei confronti degli assistiti degli altri colleghi associati, "anche mediante l'accesso condiviso agli strumenti di informazione di ciascun medico". Per quanto riguarda la copertura oraria e la disponibilità di accesso ambulatoriale, il comma precisa che ogni medico associato ha l'obbligo di garantire la propria presenza per cinque giorni alla settimana, e gli orari di ciascun professionista devono essere coordinati in modo da assicurare un orario di apertura giornaliera di almeno 6 ore. Vigè inoltre un criterio di rotazione interna, per un periodo non superiore ai 30 giorni, qualora si presentassero esigenze formative, come la partecipazione ai congressi o a corsi di aggiornamento. Per quanto concerne le spese di gestione dello studio, la loro distribuzione viene liberamente concordata tra i componenti della forma associativa. Un'altra importante previsione è quella che sancisce l'obbligatorietà di effettuare delle riunioni periodiche tra i medici associati, al fine di constatare i risultati raggiunti in termini assistenziali e prendere decisioni cruciali sulla gestione dei percorsi di determinati pazienti. Questo ultimo punto, oltre a introdurre una procedura di *peer-assessment*<sup>124</sup>, rappresenta, a parere di chi scrive, il vero cambio di passo rispetto all'assetto "monadico" precedente: medici, da sempre abituati a lavorare da soli e a chiudersi nelle loro

---

<sup>124</sup> <https://www.celt.iastate.edu/teaching/assessment-and-evaluation/peer-assessment/>

opinioni e convinzioni professionali, si aprono alle osservazioni e suggerimenti di altri colleghi, generando così un circolo virtuoso di miglioramento reciproco e di codecisione, la quale rafforza l'etica lavorativa dell'operare in equipe e la consapevolezza di lavorare per raggiungere i medesimi obiettivi. Infine, con riguardo alla scelta di un rappresentante per le relazioni esterne intrattenute con il Distretto, con la componente della categoria professionale presso l'Ufficio di Coordinamento delle attività Distrettuali (*vedi* pag. 48) e con la ASL di riferimento, esso viene nominato di comune accordo tra i membri stessi della forma associativa.

All'interno di questo quadro organizzativo generale sono incardinate, come previsto dal comma 6 dell'art. 40, tre tipi di forme associative, ognuna con i suoi tratti distintivi:

- La medicina di associazione: si caratterizza per l'organizzazione in più studi medici nello stesso ambito territoriale, quindi non vincolati ad una sede unica, anche se può essere previsto lo svolgimento a rotazione di determinate attività presso una o più sedi designate; è garantita, nell'arco della settimana lavorativa, l'apertura di almeno uno di tali studi fino alle ore 19:00; il numero massimo di medici associabili è di 10, fatte salve alcune situazioni particolari dove può arrivare anche a 14; è prevista la creazione di linee guida diagnostico-terapeutiche per il trattamento di determinate patologie a maggior prevalenza, oltre che momenti di valutazione della qualità e dell'appropriatezza dell'attività prescrittiva (elemento imprescindibile per chi riveste il ruolo di *gatekeeper* delle prestazioni sanitarie).
- La medicina in rete: questa forma associativa presenta tendenzialmente gli stessi caratteri della medicina di associazione, introducendo però ulteriori elementi, come l'accesso e la gestione condivisa, tra i vari studi associati, della scheda sanitaria dell'assistito attraverso l'utilizzo di software informatici tra loro compatibili; l'impegno di strumenti informatici è funzionale anche all'attività di comunicazione con gli uffici del Distretto deputati alla prenotazione delle prestazioni e alla raccolta di dati epidemiologici e prescrittivi.
- La medicina di gruppo: questa tipologia di formazione associativa è quella che presenta il grado più alto di integrazione, poiché connotata, dal punto di vista propriamente strutturale, da un'unica sede, che poi è articolata in vari studi medici. A differenza dei modelli precedenti,

in questo caso la sede principale è, per così dire, sovraordinata rispetto ai singoli studi, che altro non sono se non delle mere articolazioni della prima. Tanta è l'importanza dell'attività svolta presso le articolazioni della sede unica, che l'attività svolta dai medici associati presso altri studi, non rientranti nella forma associativa, deve avere carattere residuale, ossia deve collocarsi al di fuori delle ore obbligatorie stabilite per la sede unica. Il numero di studi collegati deve essere pari ad almeno la metà dei medici associati, con possibilità di uso promiscuo. È prevista anche l'utilizzo condiviso di supporti tecnologici e strumenti comuni per determinate attività, come quella diagnostica. Infine, dato il particolare grado di integrazione delle attività, è possibile per i medici avvalersi del supporto di personale di segreteria e infermieristico, per meglio coordinare e programmare l'attività.

In sintesi, queste tre forme associative incarnano i processi, le modalità gestionali e gli obiettivi che l'integrazione orizzontale tra i professionisti della sanità territoriale mira a conseguire. Evidentemente, c'è una netta linea di demarcazione tra le prime due forme e l'ultima, presentando questa un grado certamente maggiore di integrazione rispetto alle precedenti: prova ne sia la totale assimilazione dei singoli studi nella sede unica, anche se già la medicina in rete prevede una sede unica dove svolgere alcune attività.

Malgrado queste previsioni, la scelta di associarsi o meno rimane puramente volontaria. Come è prevedibile, molti professionisti hanno deciso di non sperimentare queste forme associative e continuare a svolgere la propria attività individualmente. È anche vero però che molti altri hanno optato per una delle tre forme, tant'è che nel 2019 ben il 68% dei MMG opera in regime associativo<sup>125</sup>. Tuttavia, bisognerebbe chiedersi quante di queste associazioni siano costituite da medici che genuinamente intendono svolgere la loro professione con spirito cooperativo e aperto al confronto, al giudizio e al cambiamento. Il dubbio potrebbe legittimamente sorgere, dal momento che la costituzione di una forma associativa implica alcune agevolazioni e vantaggi, come l'aumento della quota capitaria, distribuzione dei costi di mantenimento dello studio e contributi per il costo del personale amministrativo e infermieristico.

Cinque anni dopo, il contenuto dell'intesa Stato-Regioni del 29 luglio 2004 viene recepito nell'Accordo nazionale del 2005, che prevede l'istituzione delle Utap (Unità territoriali di assistenza

---

<sup>125</sup> <https://welforum.it/il-punto/verso-un-welfare-piu-forte-ma-davvero-coeso-e-comunitario/la-grande-incompiuta-lassistenza-primaria/>

primaria), definite come “strutture territoriali ad alta integrazione multidisciplinare ed interprofessionale, in grado di dare risposte complesse al bisogno di salute delle persone”<sup>126</sup>. Questa volta, l’iniziativa passa in mano alla Regione e alle Aziende sanitarie che, in base alla loro programmazione dell’assistenza primaria, disciplinano l’attività, l’organizzazione e il funzionamento delle Utap all’interno degli Accordi regionali previsti all’art. 14, ossia strumenti negoziali per mezzo dei quali viene definita in via pattizia l’attività dei medici di medicina generale anche in forma associativa e complessa. L’ambito distrettuale nel quale collocare la Utap viene individuato dal Direttore di Distretto in accordo coi professionisti coinvolti. A parte questa non rilevantisima differenza, il grande distacco dalle forme primordiali di associazionismo assistenziale primario avviene con l’introduzione, all’interno delle équipes operanti nelle Utap, della specialistica ambulatoriale, della medicina dei servizi e degli operatori che si occupano di erogare prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, per garantire “l’intersettorialità e l’integrazione degli interventi socio-sanitari nell’ambito territoriale di riferimento”. Un altro obiettivo del processo di istituzione delle Utap è quello di raggiungere una continuità assistenziale totale, ossia garantita 24 ore su 24 e sette giorni su 7, pensata per un bacino di utenza che varia dalle 10 mila alle 20 mila persone. Con questo tipo di assetto organizzativo e con la vasta gamma di prestazioni offerte, si prevedeva un forte effetto deflattivo sugli accessi al pronto soccorso<sup>127</sup>.

Insomma, si stavano venendo a formare le prime forme di integrazione *verticale*, più complesse e sempre più estese a tutto il mondo dell’assistenza primaria, comprese le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria. L’obiettivo era quello di costituire dei punti di riferimento sul territorio in grado di rispondere a tutti i bisogni assistenziali (sempre a livello primario) della popolazione e implementare la programmazione regionale e aziendale. In particolare, la presenza all’interno della Utap di tutta una serie di servizi come la prevenzione e cura delle dipendenze da droga, alcool e farmaci, la tutela della salute mentale, l’attività consultoriale per la famiglia, la tutela dei disabili e degli anziani, mostra particolare attenzione all’aspetto sociale della patologia, dimostrando di aver raggiunto la consapevolezza dell’imprescindibilità dell’integrazione tra prestazioni sanitarie e prestazioni sociali. Attraverso la presenza di équipes in grado di svolgere valutazioni multidimensionali sui singoli casi, si poteva già parlare di una vera e propria presa in carico del

---

<sup>126</sup> [https://www.sisac.info/aree/www.sisac.info/resources/MEDICINA\\_GENERALE/ACN\\_testo\\_integrato.pdf](https://www.sisac.info/aree/www.sisac.info/resources/MEDICINA_GENERALE/ACN_testo_integrato.pdf)

<sup>127</sup> Cilione, Umberto. *Diritto sanitario*. Santarcangelo di Romagna: Maggioli Editore, 2019.



paziente, inserito all'interno di uno specifico percorso diagnostico terapeutico, sulla delineazione dei quali la programmazione regionale e gli Accordi nazionali avevano da sempre insistito.

Non sorprendentemente, vedendosi sottrarre la palla passata in mano alle regioni, i medici di base hanno espresso le loro preoccupazioni in merito alla creazione delle Utap<sup>128</sup>. Hanno innanzi tutto sostenuto il fatto che, a causa di un processo di “spersonalizzazione”, il rapporto di fiducia tra medico e paziente ne sarebbe risultato sgretolato. In relazione a tale osservazione, ci si chiede allora perché non si fosse paventato tale rischio quando già l'Accordo nazionale del 2000 aveva previsto le prime forme di gestione collettiva degli assistiti, in deroga al principio del rapporto di fiducia tra medico curante e paziente. Inoltre, da una parte i MMG, specialmente quelli più anziani, hanno condannato il sistema di turnazione per garantire la copertura oraria, spaventati dall'idea di perdere il riposo notturno e di diventare così dei “Medici di medicina generali notturni”; dall'altra, hanno lamentato l'integrazione all'interno della Utap della Guardia Medica, spesso generatrice di beghe giudiziarie, le quali a quel punto ricadrebbero anche su di loro. La contraddizione è piuttosto difficile da non notare. Più in generale, essendo loro da sempre liberi professionisti, ogni tentativo di affidare alla mano pubblica il potere di organizzare e disciplinare il modo in cui essi svolgono la loro professione difficilmente è salutato con favore. In ogni caso, come anche la lettera dell'Accordo mette in evidenza, l'adesione o meno dei medici/pediatri rimane comunque libera e volontaria.

### **La prima riforma organica: il “decreto Balduzzi” e la sua travagliata applicazione**

Tornando al versante organizzativo di queste nuove strutture, esse sono state, in buona parte dei casi, raffinate in forme organizzative ben consolidate, come le Case della Salute; in altri, il decreto legge n.158 del 2012 (più comunemente conosciuto col nome di “decreto Balduzzi”) vi ha sovrapposto o sostituito le AFT e le UCCP.

Più precisamente:

- le AFT, ossia le Aggregazioni Funzionali Territoriali, vanno a includere tutte quelle forme associative ad integrazione orizzontale, ossia quelle che prevedono esclusivamente

---

<sup>128</sup> <https://zamperini.tripod.com/utap.htm>

l'integrazione tra le attività di più MMG/PDL e altro personale convenzionato, che d'ora innanzi, per comodità, si chiameranno *monoprofessionali*. Ogni MMG/PDL appartiene ad una sola AFT, a cui sono riconducibili, di norma, circa 20 medici, con una popolazione di riferimento di più o meno 20.000 utenti. L'assistenza è garantita dalle ore 8:00 alle ore 24:00, sette giorni su sette. La quantità di ore nella quale ogni medico afferente alla AFT deve svolgere l'attività per conto dell'Aggregazione stessa (e quindi nei confronti di tutti i 20.000 utenti) decresce al diminuire delle proprie scelte. In questo modo, il carico di lavoro è equamente distribuito e tutti i membri dell'Aggregazione hanno modo di acquisire maggiore esperienza. Tutti i medici aggregati sono connessi da una rete clinica che consente il governo integrato di tutte le loro attività. Ogni AFT possiede un coordinatore, nominato dal Comitato Aziendale della ASL di riferimento.

Analogamente dal ruolo svolto dal rappresentante/referente nelle prime forme di medicina associazionistica, il Coordinatore funge da interfaccia della AFT con l'Azienda, assicura il rispetto dei livelli organizzativi da parte di ogni medico aggregato, esercita il governo clinico, convoca le riunioni tra i medici aggregati e tra di loro e il personale delegato dell'Azienda, assicura l'adozione di linee guida per l'attività prescrittiva e per l'impiego dei PDTA. Per quanto riguarda la struttura, la più adatta è quella tipica della medicina di gruppo (*vedi pag. 60*).

- Ogni Aggregazione Funzionale Territoriale è funzionalmente collegata ad una UCCP, acronimo che sta per Unità complessa di cure primarie. Le UCCP vanno ad includere tutte le forme associative che prevedono la collaborazione tra più professionalità della dimensione assistenziale territoriale, proprio come le Utap, e la presenza di personale anche dipendente tramite l'istituto del comando. Sempre per comodità e per osservanza della terminologia adoperata dal "decreto Balduzzi", ci si riferirà a queste come aggregazioni *multiprofessionali*.

Infatti, le UCCP costituiscono a tutti gli effetti dei poliambulatori organizzati in rete, in grado di garantire una copertura oraria completa. Si parla quindi di sedi fisiche che concentrano al suo interno un'ampissima varietà di servizi. Le UCCP sono dotate di strumentazione di base, aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata, nonché nei giorni prefestivi e festivi con idonea turnazione, che operano in coordinamento e in collegamento telematico con le strutture ospedaliere. In particolare, erogano, in coerenza con la programmazione regionale, prestazioni

assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio sanitario nazionale, degli infermieri, delle professionalità ostetrica, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitari. In sintesi, le UCCP rappresentano un presidio davvero in grado di rispondere a praticamente tutte le esigenze della popolazione nei limiti delle prestazioni offerte dalla sanità territoriale. La multiprofessionalità è data anche dall'integrazione, come più volte anticipato, delle cure primarie con le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, permettendo una presa in carico globale dell'utente e della sua eventuale patologia. Un esempio lampante di questa integrazione potrebbe essere rappresentato da una UCCP che si avvale del supporto degli operatori della Croce Bianca per poter recarsi presso le abitazioni di utenti non deambulanti, prelevarli e trasportarli fino all'Unità.

Il “decreto Balduzzi” può essere considerato come il primo tentativo del legislatore nazionale di operare un riordino generale e organico della sanità territoriale. Di tale intento si trova riscontro nella formulazione dell'art. 1, comma 1, nel quale si precisa che “Le Regioni, avvalendosi di idonei strumenti informatici, assicurano l'adesione obbligatoria dei medici all'assetto organizzativo e al sistema informativo nazionale [...]”<sup>129</sup>.

In verità, il periodo appena riportato potrebbe risultare sibillino, innanzi tutto perché non è ben specificato cosa si intenda per “assetto organizzativo”, ma anche per il fatto di delegare alle regioni il compito di assicurare l'adesione dei medici a tale assetto. Ci si potrebbe chiedere se il carattere di obbligatorietà dell'implementazione della riforma a livello regionale, e quindi del completo assorbimento delle risorse della sanità territoriale all'interno delle forme organizzative AFT e UCCP, sussista o meno. In fondo, il decreto si limita a raccogliere i prototipi di assistenza territoriale integrata già in essere sul territorio nazionale senza molto aggiungere: la sua rilevanza (e quindi la vera cesura rispetto al passato) risiede nella volontà di applicare questi modelli su tutto il territorio nazionale in forma organica e obbligatoria, donde l'appellativo di *riforma*. Da ciò che rileva dalle pubblicazioni e dagli studi fatti sulle forme aggregative e sul decreto stesso, si può affermare con

---

<sup>129</sup> <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto.spring?id=43801&completo=true>

sicurezza che l'obbligo per le regioni di provvedere al riassetto della sanità territoriale sussistesse<sup>130</sup>. Tuttavia, l'adesione obbligatoria degli operatori convenzionati vale esclusivamente per le AFT, e non già per le UCCP, alle quali esse sono funzionalmente collegate. In ogni caso, è del tutto evidente che l'obbligo è stato rispettato in maniera a dir poco disomogenea.

REGIONE	Modelli	AFT - UCCP già operative	AFT UCCP DA REALIZZARE
ABRUZZO	SI	NO	Programmate
BASILICATA	SI	NO	NO
CALABRIA	SI	Solo 2 UCCP sperimentali a Catanzaro	Programmate in via di realizzazione
CAMPANIA	SI	NO	Programmate
EMILIA ROMAGNA	SI	NO n. 72 Case della salute	Programmate nella Case salute
FRIULI V.G.	SI	Istituite 48 Aft, attivi solo i Cap	In via di realizzazione
LAZIO	SI	Istituite 712 "ibridi" denominate UCP	Programmate - in realizzazione
LIGURIA	SI	Previste 20 Aft a Genova	In via di realizzazione
LOMBARDIA	SI	NO	NO
MARCHE	SI	NO	Programmate
MOLISE	SI	NO - solo Case della salute	Programmate
PIEMONTE	SI	Sperimentazione Case della Salute	NO
PUGLIA	SI	NO seppure in fase di realizzazione	Programmate
SARDEGNA	SI	NO	Programmate
SICILIA	SI	NO	AIR firmato solo nel 2018
TOSCANA	SI	100 AFT - 20 UCCP	In via di riorganizzazione
TRENTINO	SI	NO	25 AFT Trento 20 a Bolzano
UMBRIA	SI	38 AFT	In via di definizione
VALLE D'AOSTA	SI	NO	NO
VENETO	SI	NO - UTAP - 58 Medicine di Gruppo	Programmate

Fonte: QuotidianoSanità (2019)<sup>131</sup>

Il panorama regionale frastagliato rappresentato nella tabella soprastante è aggiornato al 2018. Il maggiore ostacolo che l'implementazione della riforma ha trovato a livello regionale è stato quello dei ritardi con cui le varie giunte hanno provveduto a siglare gli accordi integrativi con le diverse categorie professionali della sanità territoriale; in aggiunta, si tenga in considerazione che molte realtà sanitarie territoriali erano sprovviste delle necessarie strutture e strumentazioni per poter realizzare una reale integrazione che permettesse di rispondere ai bisogni, anche complessi, dei cittadini: carenza, questa, dovuta ad una inadeguata programmazione regionale precedente<sup>132</sup>. Sempre alle regioni spettava il compito di stabilire i criteri organizzativi e gli standard prestazionali delle forme di aggregazione. Il problema è che alcune regioni hanno sfruttato intensamente i margini di delega loro concessi, snaturando in certi casi l'assetto voluto dal decreto. Infatti, le AFT

<sup>130</sup> <http://www.fimmg.org/index.php?action=pages&m=view&p=4049&lang=it>,  
[https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=73643](https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=73643)

<sup>131</sup> [https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=66839](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=66839)

<sup>132</sup> <http://www.dirittoesalute.org/wp-content/uploads/2020/10/Diritto-e-Salute-3-del-2019-30-Dicembre-2019.pdf>

sono aree territoriali della medicina generale, non sono quindi forme associative ma aree geografiche ed organizzative. Eppure, ad esempio, la Regione Emilia-Romagna le ha trasformate in delle quasi-UCCP, diventate poi Case della Salute<sup>133</sup>. Come si può notare, la mancata implementazione e la diversa interpretazione della riforma sul territorio nazionale ha generato una situazione di confusione e disorientamento generale, tale per cui la ricostruzione delle tappe evolutive della sanità territoriale è ostica e non brilla per chiarezza e linearità.

Il Patto per la salute 2014-2016 insiste sulla necessità di applicare il modello Balduzzi su tutto il territorio nazionale, auspicando la completa esplicazione della riforma entro il termine della permanenza in vigore dello stesso, ribadendo i tratti organizzativi e strutturali sia delle AFT che delle UCCP, ed elencandone le funzioni e gli obiettivi. Viene persino prevista una Cabina di regia facente perno sul NSIS (Nuovo Sistema Informativo Sanitario), ma non sembra che essa sia servita a fornire il giusto stimolo agli attuatori della riforma<sup>134</sup>.

Il disegno alla base del “decreto Balduzzi” scaturisce dalla piena consapevolezza che qualora non si fosse riusciti a realizzare la riforma in tempi consoni, il medesimo atto con forza di legge avrebbe probabilmente arrecato danni indifferenti ai livelli qualitativi e quantitativi del SSN. Fu lo stesso decreto a prevedere, infatti, l’assestamento del rapporto tra numero dei posti letto e abitanti alla cifra di 3,7, quindi uno snellimento della capacità di degenza dei presidi ospedalieri. A una diminuzione di questi, doveva corrispondere un potenziamento della sanità territoriale, in grado di sopperire alla diminuzione dei posti letto con un aumento della quantità e della qualità delle prestazioni, ora integrate e inserite all’interno di percorsi assistenziali in grado di garantire la presa in carico completa del paziente e la continuità assistenziale.

---

<sup>133</sup> [https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=30571](https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=30571)

<sup>134</sup> <https://www.camera.it/temiap/2014/07/16/OCD177-369.pdf>

## **Strade divergenti: il modello lombardo a confronto con la realtà veneta ed emiliano-romagnola**

Possiamo quindi presumere che, per alcune regioni, il risultato finale di questa trafila di Accordi, Intese e decreti non sia stato estremamente positivo. In particolare, gravi difficoltà sono state riscontrate non tanto nella istituzione delle AFT, le quali raccoglievano in pieno una realtà già largamente testata e rodata, quanto nella creazione delle UCCP, che andavano effettivamente a rivoluzionare i dettami della sanità territoriale. Per concludere, è bene fare una brevissima carrellata di quelli che sono stati i casi di realizzazione totale o parziale della riforma, seppur ognuno presenti determinate peculiarità per via della delega “a maglie larghe” dello Stato alle Regioni sulla definizione dei criteri e standard organizzativi del nuovo volto della sanità territoriale regionale. In questa sede, ci si limiterà a prendere in analisi tre casi: la Lombardia, il Veneto e l’Emilia-Romagna, regione, quest’ultima, che ha rappresentato un grande laboratorio per la sperimentazione e il consolidamento del modello della Casa della Salute.

- Come è risaputo, la sanità lombarda si è nel tempo contraddistinta per la forte apertura all’ingresso del privato nella costruzione del proprio Sistema sanitario. Tuttavia, anziché sfruttare l’apporto del privato alla creazione di una forte sanità territoriale, il modello lombardo ha puntato moltissimo su una visione di sanità ospedalocentrica. A partire dal 2002, la Regione ha optato per un certo ribilanciamento dell’assetto fino ad allora sviluppato, prevedendo il rafforzamento del Distretto, considerato ora come l’articolazione aziendale col compito di svolgere le funzioni di analisi, committenza ed acquisto delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali dagli erogatori presenti sul territorio. Vengono inoltre prevista la possibilità di creare Gruppi di Cure Primarie. Tuttavia, il ruolo del Distretto non sembra decollare. Anzi, esso viene ancor più esautorato con l’istituzione delle ASST (Aziende sociosanitarie territoriali) prevista dalla LR 23/2015, che da una parte fornisce una mappatura delle AFT sul territorio lombardo, ma dall’altra sembra che le ASST vadano progressivamente sostituendosi al Distretto stesso. Nel 2019, le UCCP devono ancora essere individuate.

- Di tutt'altra fattura è il modello veneto, che ha colto l'importanza del territorio sin dagli ultimi anni del secolo passato. Proprio in questa regione prende piede e si diffonde notevolmente il modello UTAP (Unità Territoriale di Assistenza Primaria), di cui si è fatto accenno in precedenza: una forma associativa, sviluppata tra il 2005 e il 2008, nella quale operano MMG, PDL, personale infermieristico e specialisti ambulatoriali: una forma di integrazione assistenziale molto avanzata per quegli anni e sicuramente in largo anticipo rispetto ad altre realtà regionali. La sanità territoriale veneta ha raggiunto il suo punto di maturazione con il Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016, col quale ha fatto il suo ingresso il concetto di "filiera della salute", comprendente tutte le strutture coinvolte nell'assistenza al paziente. Il concetto di filiera è estremamente calzante nella logica del potenziamento della sanità territoriale, perché esso è strutturato in modo da garantire continuità assistenziale (che va a comprendere le cure domiciliari e palliative) e un ferreo collegamento tra ospedale e territorio: il risultato è la creazione, come in una filiera di produzione, di un vero e proprio *valore* che va oltre alla salute intesa come completo stato di benessere psicofisico e sociale dell'individuo, giacché la stessa salute che produce externalità positive sulla comunità del territorio e sulla sua crescita socioeconomica. Una concezione decisamente avveniristica. Investire sulla salute equivale ad investire sullo sviluppo umano e sul benessere socioeconomico. Dal punto di vista organizzativo, la novità è rappresentata dalle MGI (Medicine di Gruppo Integrata) con caratteristiche perfettamente in linea con quelle previste per le AFT del "decreto Balduzzi", ma con l'aggiunta della presenza di specialisti ambulatoriali, MCA, infermieri e assistenti sociali. Quindi, una sorta di AFT multiprofessionale, a riprova della varietà di declinazioni del contenuto della riforma. Non solo: le MGI si impegnano a rispettare gli standard di appropriatezza clinica e prescrittiva stabiliti nella programmazione regionale al fine di garantire la sostenibilità economica del Sistema Sociosanitario Regionale, in un processo di responsabilizzazione dei MMG all'interno del loro ruolo di *gatekeeper*<sup>135</sup>.
- In risposta alla direzione indicata dal decreto, l'Emilia-Romagna ha istituito i NCP, ossia i Nuclei di Cure Primarie, già contemplati, per la verità, nell'Accordo integrativo regionale del 2006: "I Nuclei di Cure Primarie, attraverso l'azione congiunta dei medici di medicina generale

<sup>135</sup> <https://bur.regione.veneto.it/BurVServices/pubblica/DettaglioDgr.aspx?id=298802>

(assistenza primaria e continuità assistenziale), pediatri di libera scelta, specialisti territoriali, infermieri, ostetriche ed operatori socio-assistenziali, rendono possibile lo sviluppo del modello di reti integrate, fondato su di un sistema di autonomie e responsabilità e finalizzato a rispondere alle differenti esigenze assistenziali sanitarie e sociali dei cittadini<sup>136</sup>. Tuttavia, al fine di non generare confusione, si precisa che i NCP sono costituiti “soltanto” da MMG, PLS, MCA, infermieri e ostetriche, mentre la specialistica ambulatoriale, nonostante sia strettamente collegata ai Nuclei, non vi è stata inserita a livello organico<sup>137</sup>. Di conseguenza, i NCP assomigliano più alle AFT monoprofessionali che ad un organismo multiprofessionale. Nonostante ciò, è prevista una vera e propria sede fisica adeguatamente equipaggiata allo scopo di ospitare le attività degli NCP, soprattutto per l’assistenza infermieristica, l’assistenza ostetrica e l’assistenza in forma associativa. Anche il NCP è dotato di un Coordinatore Medico, individuato dal Nucleo stesso, con le stesse identiche funzioni del Coordinatore AFT, tra le quali quella di fungere da interfaccia tra NCP e il DCP, ossia il Dipartimento per le Cure Primarie, avente le stesse funzioni e i compiti di un Distretto sociosanitario. Probabilmente, la scelta dipartimentale è dovuta al fatto che la ASL, in questa regione, rimane saldamente al comando sia della sanità territoriale che della sanità ospedaliera, e quindi tale modello organizzativo permette un maggiore livello di astrazione e controllo da parte della Azienda stessa.

Per quanto riguarda le UCCP, esse sono state identificate con le già esistenti Case della Salute, progettate nel Piano Sociale e Sanitario Regionale 2008-2010 dove l’idea di fornire un punto di riferimento sociosanitario omnicomprensivo per il cittadino è dominante. Si potrebbe dire che la CdS rappresenta la più consolidata forma di superamento della sanità territoriale “compartimentalizzata”, priva di forme di integrazione e disorientante agli occhi dell’utente. Il fatto che tutta l’assistenza sociosanitaria sia ricondotta ad un’unica struttura ben identificabile a cui il cittadino può rivolgersi senza essere costretto a rimbalzare da un ufficio all’altro è sicuramente un grande vantaggio che riqualifica la sanità e la rende molto più accessibile.

---

<sup>136</sup> <https://salute.regione.emilia-romagna.it/normativa-e-documentazione/leggi/regionali/accordi/accordo-regionale-per-la-disciplina-dei-rapporti-con-i-medici-di-medicina-generale-ottobre-2006>

<sup>137</sup> [https://bibliotecamedica.ausl.re.it/allegati/nucleidicureprimarie\\_101116101727.pdf](https://bibliotecamedica.ausl.re.it/allegati/nucleidicureprimarie_101116101727.pdf)



Traendo le conclusioni da questa brevissima disamina dell'evoluzione della sanità territoriale, bisogna rimarcare con fermezza l'unico punto certo che l'esperienza ha messo in evidenza: non esiste una vera e propria sanità territoriale omogenea su tutto il territorio nazionale, ma soprattutto non vi è traccia di un impegno concreto, seppur diversificato nel contenuto e nelle proposte, in diverse regioni. Il fisiologico portato di questa eredità consiste in una sanità territoriale a più velocità, con aree dove è già possibile riscontrare i risultati degli sforzi fatti e pensare al potenziamento di solide basi che sono già state gettate da più di un decennio, e altre dove ci si trova ancora al punto di partenza, senza la benché minima prova dell'esistenza di modelli integrati di vera assistenza sociosanitaria. Questo rappresenta un altro imponente ostacolo all'implementazione della riforma prevista nel PNRR, il cui piano per la realizzazione concreta delle strutture e della riorganizzazione del personale deve tenere conto che in determinate regioni bisognerà costruire il tutto partendo da zero e che le resistenze saranno particolarmente alacri. Più agevole e lineare sarà invece l'attuazione della riforma in quelle regioni che hanno già conseguito considerevoli progressi in questo campo, specialmente nell'Emilia-Romagna, in Veneto e in Toscana. Tra l'altro, il modello della Casa di Comunità su cui fa perno la riorganizzazione della sanità territoriale del PNRR trae i suoi fondamentali proprio dal simbolo dell'integrazione sociosanitaria di Toscana ed Emilia-Romagna, ossia la Casa della Salute. In realtà, come si vedrà meglio nel capitolo successivo, la differenza che intercorre tra CdS e CdC non è particolarmente significativa, e infatti tali appellativi sono spesso interfungibili per gli operatori del settore, che li utilizzano come sinonimi. Ed effettivamente, la struttura e l'organizzazione interna delle Case della Salute è praticamente la stessa della Casa di Comunità, se non fosse per il fatto che l'istituzione di quest'ultima ha come obiettivo dichiarato — e lo si capisce dal nome — anche il riavvicinamento della popolazione di utenti o, meglio, di cittadini al mondo della sanità, per mezzo di canali e strumenti che ne favoriscono la partecipazione alla gestione e all'orientamento dell'attività verso i nuovi bisogni di salute.

Oltre alle Case della Salute/Case della Comunità, nella riforma della sanità territoriale è contemplata un'ulteriore struttura, che si distingue da quelle sia per la sua collocazione all'interno sistema sanitario, sia per la sua funzione principale: l'Ospedale di Comunità. L'Ospedale di Comunità occupa una posizione intermedia tra l'universo della sanità territoriale e quello della sanità ospedaliera, e il suo compito è quello di fungere da collegamento tra le due: esso raccoglie tutti i pazienti che vengono dimessi dalle strutture ospedaliere ma che corrono il rischio di incorrere in un successivo

aggravamento dovuto alle loro condizioni particolarmente instabili. In breve, esso assicura una dimissione sicura per il paziente. La struttura è dotata di posti letto e di personale infermieristico, socioassistenziale e medico, necessari per il monitoraggio delle condizioni dei soggetti. L'*outcome* dell'Ospedale di Comunità è quindi la riduzione di accessi ai presidi ospedalieri a causa di riacutizzazioni prevedibili, dovute a dimissioni affrettate e/o alla inidoneità del domicilio del paziente per il suo recupero e riabilitazione.

Al di là di questa cruciale funzione, l'Ospedale di Comunità va incontro anche ad un altro tipo di esigenza: quella di garantire una sede per il ricovero di pazienti che sperimentano un riacutizzarsi della propria patologia cronica. Infatti, spesso questi ultimi si precipitano presso il presidio ospedaliero, ma altrettanto spesso le prestazioni ospedaliere non sono necessarie. È sufficiente un ricovero presso una struttura che offra un'assistenza e interventi sanitari a bassa intensità clinica, erogabili addirittura presso il domicilio. Alcune di queste prestazioni richiedono però un monitoraggio costante, al fine di tenere sotto controllo i parametri vitali e intervenire tempestivamente in caso di emergenza. A meno che il domicilio del paziente non sia adeguatamente attrezzato e situato in un luogo ove gli operatori dell'emergenza-urgenza possano giungere in tempi brevissimi, è necessario che tale tipo di assistenza venga erogata all'interno di una struttura come l'Ospedale di Comunità.

Se si volesse esprimere con una parola l'obiettivo che questa struttura vuole raggiungere e garantire, allora essa sarebbe certamente l'appropriatezza dei trattamenti. L'Ospedale di Comunità, come si sarà intuito dalla descrizione appena fornita, non è assimilabile alla categoria delle strutture residenziali, e può avere una sede propria, oppure può essere incardinato in una Casa della Salute/Casa di Comunità, che chiaramente dovrà dimostrare di possedere i requisiti logistici e strutturali idonei a ospitarlo. Infatti, l'OdC deve essere dotato di servizi generali, di opportuni spazi organizzativi e articolati in modo tale da garantire lo svolgimento delle attività necessarie al funzionamento dello stesso. Perciò, al suo interno devono essere presenti dei locali ad uso amministrativo, per la ristorazione e relativi locali accessori, per la lavanderia e stireria e per il servizio mortuario. A decidere sull'appropriatezza dell'accesso di un determinato paziente presso l'Ospedale di Comunità sono il medico di medicina generale, il medico di continuità assistenziale, il pediatra di libera scelta, il medico del pronto soccorso e il medico specialista ambulatoriale interno ed ospedaliero. A seconda della posizione di partenza del paziente, che sia l'ambulatorio del suo

medico curante oppure un reparto ospedaliero, sarà il relativo professionista sanitario a decidere sulla necessità dell'assistenza dell'OdC o meno.

Rimandando al prossimo capitolo la trattazione specifica sia delle Case della Salute/Case della Comunità che dell'Ospedale di Comunità, si conclude il capitolo con una tabella che permette di osservare come i vari contesti regionali si apprestano ad attraversare la realizzazione della riforma, tenendo conto che questi sono i numeri dichiarati da ogni Ente regionale nell'anno 2020, e che ci potrebbero essere delle imprecisioni e disguidi riguardo il reale significato di Casa della Salute e di Ospedale della Comunità. Il caso della Sardegna è emblematico: nel 2015, le Case della Salute risultano essere, secondo i dati in mano alla Regione, quattro, con 13 in fase avanzata di realizzazione e 5 previste in futuro<sup>138</sup>. Da una prima ricerca, risulta che due di quelle quattro CdS realizzate sono state chiuse per mancanza di servizi primari, un'altra è semplicemente una guardia medica, mentre su quella restante non si trovano informazioni riguardo la sua esistenza o meno. Quindi, di nuovo, si osservino questi dati con estrema cautela.

---

<sup>138</sup> [https://www.regione.sardegna.it/documenti/1\\_46\\_20151112121606.pdf](https://www.regione.sardegna.it/documenti/1_46_20151112121606.pdf)

Regione/PA	Case della Salute dichiarate attive	Ospedali di Comunità dichiarati attivi	
	N	N	PL
Valle d'Aosta	-	-	-
Bolzano - Alto Adige	-	-	-
Trentino	-	-	-
Piemonte	71	5	30
Lombardia	-	20	467
Veneto	77	69	1.426
Friuli Venezia Giulia	-	-	-
Emilia-Romagna	124	26	359
Liguria	4	1	20
Toscana	76	20	245
Marche	21	14	616
Abruzzo	N.C.	5	-
Lazio	22	-	-
Umbria	8	-	-
Molise	6	2	-
Basilicata	1	-	-
Puglia	-	-	-
Campania	-	1	-
Calabria	13	-	-
Siciliana	55	-	-
Sardegna	15	-	-
<b>Totale</b>	<b>493</b>	<b>163</b>	<b>3.163</b>

Fonte: Camera dei deputati (2021)<sup>139</sup>

<sup>139</sup> [http://documenti.camera.it/leg18/dossier/testi/AS0207.htm?\\_1619198796640#\\_Toc65504912](http://documenti.camera.it/leg18/dossier/testi/AS0207.htm?_1619198796640#_Toc65504912)

## CAPITOLO III

### La riforma del PNRR: quali conseguenze?

#### La mission 6 del PNRR

Prima di trattare in maniera diretta delle novità organizzative della riforma, conviene soffermarci un po' di più sulle criticità che vuole eliminare e gli obiettivi che ha intenzione di raggiungere o, perlomeno, avvicinare. In questo modo, si avrà un quadro più ampio di quello che il Governo ha intenzione di realizzare in questo campo.

Il testo del PNRR, in corrispondenza della mission Salute, pone in luce tre aspetti critici della tutela della salute in Italia:

- disparità territoriali in termini di erogazione di prestazioni sanitarie, specificamente di tipo preventivo e assistenziale;
- l'inadeguata integrazione tra le due grandi dimensioni della sanità, ossia quella ospedaliera e quella territoriale, scoordinate anche rispetto agli interventi di assistenza sociale;
- tempi di attesa estremamente elevati per alcune prestazioni;

In realtà, il Piano sottolinea anche un quarto punto di debolezza del nostro SSN, ossia l'incapacità di porre in atto strategie sinergiche che coinvolgano attori al di fuori del puro contesto sanitario, e tuttavia essenziali per perseguire gli obiettivi di salute nell'ottica dell'approccio One Health. Stiamo parlando di una collaborazione strutturale tra il mondo della sanità e quello della tutela dell'ambiente, ma anche tra sanità e istruzione/educazione, e ancora tra sanità e *urban planning*. Insomma, ciò che si lamenta è una sanità chiusa in sé stessa, o che comunque è immersa in un ambiente in cui questo tipo di pensare e agire non è stimolato.

In ogni caso, è evidente come il legislatore si sia reso conto dell'insostenibilità di una sanità territoriale atrofizzata, e ha deciso di intervenire attraverso una riorganizzazione e potenziamento generale del settore con due iniziative costituenti i due componenti della mission:

- *Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale*: questo vuol dire un ammodernamento delle strutture e degli strumenti utilizzati per le attività di tutela della salute, un maggiore investimento nella formazione del personale sanitario e un utilizzo più massiccio dei *tools* messi a disposizione dall'innovazione tecnologica e informatica, come il Fascicolo Sanitario Elettronico (fondamentale per l'attuazione del progetto Casa di Comunità).
- *Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale*: questa è la componente che riguarda più direttamente il fulcro del presente elaborato, perché implica il rafforzamento della sanità territoriale mediante la creazione di strutture innovative come la Casa di Comunità e l'Ospedale di Comunità, insieme al potenziamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).

Il termine rafforzamento non deve trarre in inganno: non si tratta di aumentare il numero di prestazioni erogate semplicemente replicando e incrementando quantitativamente l'assetto organizzativo attuale. Si tratta piuttosto, come già chiarito, di un riordino organizzativo che pone l'accento su un cambiamento qualitativo della concezione di assistenza territoriale. D'altronde, si è già evidenziato che buona parte dei problemi della sanità extraospedaliera non sono efficacemente affrontabili se ci si fossilizza nel sistema monadico dei MMG.

Nonostante il portato estremamente innovativo e degno di interesse della componente *Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale*, risulta necessario, ai fini della trattazione, concentrarsi sulla parte riguardante le reti di prossimità. Lo stanziamento previsto per la realizzazione dell'intervento è di 7,00 miliardi di euro, come di seguito ripartiti:

- Investimento 1: Case della Comunità e presa in carico della persona → 2,00 mld;
- Investimento 2: Case come primo luogo di cura e telemedicina → 4,00 mld;
- Investimento 3: Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità) → 1,00 mld.

Rimandando al terzo paragrafo la trattazione specifica della Casa di Comunità, è importante dedicare alcune righe alla comprensione del ruolo e degli *outcomes* che ci si aspettano dall'Investimento 2 e Investimento 3.

Per quanto riguarda il primo, il testo del Piano fa esplicitamente richiamo alle raccomandazioni della Commissione europea del 2019<sup>140</sup>, nelle quali si legge che, nonostante la performance italiana in campo sanitario sia complessivamente buona, vi è un problema centrale: "l'assistenza sanitaria varia notevolmente da una regione all'altra, con ripercussioni sull'accesso, l'equità e l'efficienza". Per ovviare a tale situazione, la Commissione non propone come strada maestra l'aumento immediato e indiscriminato della spesa sanitaria, e raccomanda invece di intervenire su alcuni ambiti della tutela della salute ancora troppo poco sviluppati, spiccando tra tutti l'assistenza domiciliare. L'obiettivo è allinearsi alle migliori esperienze europee, arrivando entro il 2026 a prendere in carico, attraverso questo tipo di assistenza, almeno il 10% della popolazione over 65. La lettera del Piano mette correttamente in rilievo il grande vantaggio che ne deriverebbe: una consistente diminuzione degli accessi ospedalieri inappropriati.

Ritornando però alle parole utilizzate dalla Commissione sui divari qualitativi e quantitativi tra Regioni, ci si accorge che un'assistenza domiciliare ben strutturata e diffusa su tutto il territorio nazionale potrebbe rimuovere un ulteriore fardello per gli utenti: gli spostamenti. Prevenire ricoveri inappropriati vuol dire anche evitare alla famiglia della persona non autosufficiente spostamenti alla lunga insostenibili, sia in termini di costi che in termini di tempo. In diverse realtà rurali, recarsi presso un ospedale adeguatamente attrezzato non è semplice, ancor meno se la realtà in questione è scarsamente abitata e mal collegata ai centri nevralgici del territorio, nei quali è solitamente collocata la struttura ospedaliera di riferimento. A determinare questo quadro è stata la politica di deospedalizzazione portata avanti sin dagli ultimi anni del XX secolo (*vedi* pag. 43), tra l'altro ironicamente simile nei contenuti e nei propositi a quella messa in atto dal PNRR: riduzione dei ricoveri inappropriati e potenziamento dell'assistenza territoriale. Curiosamente, dall'analisi dell'Agis sui dati Istat risulta che la spesa sanitaria è cresciuta sia in termini assoluti che in rapporto al PIL,

---

<sup>140</sup> [https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/file\\_import/2019-european-semester-country-specific-recommendation-commission-recommendation-italy\\_it.pdf](https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/file_import/2019-european-semester-country-specific-recommendation-commission-recommendation-italy_it.pdf)

eppure lo stato dell'arte dell'assistenza territoriale (inclusa l'assistenza a domicilio) ha ancora bisogno di una riforma strutturale.

In ogni caso, per garantire il corretto funzionamento e monitoraggio nell'erogazione di tale tipo di assistenza, è prevista l'istituzione di 602 Centrali Operative Territoriali (COT) svolgenti sia la funzione di monitoraggio dei pazienti in regime di assistenza domiciliare, sia di interfaccia con le strutture ospedaliere e la rete di emergenza-urgenza. Le COT in realtà non sorgono come strutture interamente nuove, bensì risultano dall'accorpamento dei Punti Unici di Accesso (PUA) variamente collocati all'interno del distretto<sup>141</sup>. Inoltre, registrano e coordinano qualsiasi cambiamento di *setting* socioassistenziale del paziente e ne gestiscono il lato operativo. Nonostante la descrizione piuttosto breve presente nel PNRR, le COT andranno a svolgere un ruolo a dir poco centrale nel nuovo assetto organizzativo della sanità territoriale, poiché fungeranno da vero e proprio centro di coordinamento di tutto il sistema. Tutte le prese in carico in corso passano attraverso la Centrale operativa territoriale, che si occupa di coordinare e realizzare i cambi di *setting* assistenziale, come il passaggio da un'assistenza domiciliare ad un ricovero in ospedale, oppure dal presidio ospedaliero vero e proprio ad un Ospedale di Comunità. In sostanza, esse rappresentano i primi garanti dell'appropriatezza prestazionale.

I PUA, come si è detto nel Capitolo II, sono articolati in un *front office*, che si occupa di interfacciarsi con gli operatori che vi accedono, e un *back office*, che invece esamina le domande e i bisogni presentati al fine di elaborare una risposta appropriata, coinvolgendo uno o più professionisti (e, quindi, strutture) a seconda della complessità del caso. Se, per esempio, il bisogno espresso dall'utente è un bisogno complesso, necessitante di un esame multiprofessionale, il PUA è incaricato di valutarlo attraverso il coinvolgimento di professionalità sanitarie di diversa provenienza, e quindi stabilire un Percorso Assistenziale Individuale ad hoc (PAI). Le COT ereditano le funzioni e competenze dei PUA, e a quelle aggiungono un portale informatico per la condivisione e gestione integrata dei dati concernenti i pazienti che usufruiscono dell'assistenza distrettuale. Inoltre, l'accorpamento in un'unica sede di tutti questi servizi permette un accesso più facile da parte degli utenti, oltre che una gestione dei profili clinici più ordinata.

---

<sup>141</sup> [http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=100742](http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=100742)



Ultimo punto dell'Investimento 1, ma non per importanza, è proprio la telemedicina, inestricabilmente collegata alle nuove forme di assistenza domiciliare. Il percorso assistenziale viene traslitterato in termini, appunto, "telemedici": tele-assistenza, tele-consulto, tele-monitoraggio, tele-refertazione. La telemedicina ha come condizione operativa e, allo stesso tempo, come target il potenziamento del Fascicolo Sanitario Informativo, essenziale per poter monitorare in tempo reale gli sviluppi della condizione clinica del paziente, al quale concorrono le Centrali Operative Territoriali. Inoltre, sempre per rispondere alle esigenze di uniformità nell'erogazione delle prestazioni, già ricordate dalla Commissione europea, tutte le attività incluse nella assistenza tramite telemedicina devono essere armonizzate a livello nazionale, evitando così che si creino forme di assistenza a due o più velocità. Queste sono condizioni necessarie per accedere ai fondi che andranno ad alimentare i progetti di implementazione della telemedicina. Oltre a presentare notevoli vantaggi in termini di risparmio sulla spesa sanitaria e tempestività nell'accesso a dati e informazioni sui pazienti, la telemedicina, come posto in luce nelle Linee Guida prodotte dal Tavolo di lavoro per la Telemedicina presso il CSS<sup>142</sup>, presenta un portato innovativo anche nella gestione delle patologie croniche: "il Telemonitoraggio può migliorare la qualità della vita di pazienti cronici attraverso soluzioni di auto-gestione e monitoraggio remoto, anche ai fini di una de-ospedalizzazione precoce". O ancora: "la Telemedicina può essere di supporto alla dimissione protetta ospedaliera, alla riduzione delle ospedalizzazioni dei malati cronici, al minor ricorso ai ricoveri in casa di cura e di riposo degli anziani, alla riduzione della mobilità dei pazienti alla ricerca di migliori cure".

Se dal Telemonitoraggio semplice si passa poi alla Telesalute, particolarmente idonea al trattamento di patologie croniche, nella quale il rapporto che intercorre tra personale sanitario (MMG) e paziente si connota in termini cooperativi e di apprendimento: i dati derivanti dal Telemonitoraggio (incluso nella Telesalute) non fungono esclusivamente da materiale di interpretazione e decodifica da parte del medico, ma devono essere, per così dire, spiegati al paziente al fine di adottare una strategia di cura condivisa e consapevole. L'educazione, la responsabilizzazione e, più in generale,

---

<sup>142</sup> [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2129\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2129_allegato.pdf)

l'*empowerment* del paziente sono centrali nella nuova ottica della sanità, basata sulla cooperazione tra paziente e medico e non più sul recepimento passivo di istruzioni e prescrizioni. La comprensione della propria condizione e la conseguente capacità di decidere il percorso terapeutico da intraprendere sono due capisaldi del modello *Patient-Centered Primary Care*<sup>143</sup>.

Sul piano operativo e organizzativo, la Telemedicina richiede la presenza di tre soggetti: il Centro erogatore, il Centro servizi e il paziente. Il primo corrisponde alla struttura sanitaria, indipendentemente dalla sua natura pubblica o privata, o al singolo professionista (per esempio, un MMG). Il Centro erogatore lavora a stretto giro con il Centro servizi, ossia quella struttura che si occupa di rendere operativo, attraverso l'utilizzo di strumenti e tecnologie, il rapporto di Telemedicina tra il paziente e il Centro erogatore, unitamente alla circolazione e condivisione dei dati clinici. Il Centro servizi è inoltre deputato all'installazione presso luogo remoto delle necessarie apparecchiature e alla formazione degli utenti per il corretto utilizzo delle stesse, fattore, quest'ultimo, assolutamente non trascurabile a causa del *digital divide*.

Descritto brevemente il portato estremamente innovativo e vantaggioso della Telemedicina, è la volta del contenuto dell'Investimento 3, ossia gli Ospedali di Comunità (OdC). Il PNRR ne prevede l'istituzione in numero di 381, dotati complessivamente di circa 7.700 posti letto. Prima di analizzare la composizione del personale e le sue funzioni, conviene comprendere il posizionamento strategico dell'OdC, pensato e progettato come anello di congiunzione tra l'ospedale e il territorio. La domanda più naturale da porsi è quella sulle caratteristiche che dovrebbero contraddistinguere gli OdC da altri istituti già presenti sul territorio.

In primo luogo, a differenza delle Case della Comunità, come vedremo tra poco, la funzione di "filtro" avverso i ricoveri inappropriati presso le strutture ospedaliere è decisamente più marcata. È pur vero, d'altra parte, che la realizzazione degli OdC non avverrà grazie alla costruzione di nuove strutture, ma troverà nella quasi totalità dei casi collocazione presso ospedali riconvertiti, Case della

---

<sup>143</sup> Brambilla Antonio, Maciocco Gavino. *Le Case della Salute, innovazione e buone pratiche*. Fano (PU): Carocci Editore, 2016.

Salute già esistenti e, presumibilmente, anche presso le nuove Case della Comunità. Tra le righe di queste opzioni, ben si potrebbe leggere l'intento del legislatore di restituire valore e importanza a quella miriade di ospedali ormai obsoleti e, in certi casi, fatiscenti, che altrimenti non avrebbero altra destinazione se non quella della chiusura. Nonostante ciò, deve essere preso per assodato il fatto che si tratti di istituti dotati ognuno di autonomia funzionale, e quindi non sussumibili l'uno nell'altro. Le Case della Salute e, di conseguenza, le Case della Comunità nascono come istituti per l'erogazione di assistenza territoriale primaria, e non prevedono, in linea di massima, la presenza di posti letto per ricoveri, anche se a bassa intensità di cura. Tuttavia, la presenza di personale sanitario proveniente dai due istituti ma accomunati dalla stessa struttura potrebbe presentare degli importanti vantaggi, anche in termini di coordinamento e risposta immediata ai setting prestazionali suggeriti dal personale della CdS e CdC.

In secondo luogo, è importantissimo precisare che l'Ospedale di Comunità non è in alcun modo riconducibile al *genus* delle strutture residenziali per non autosufficienti, ovvero alle comuni case di riposo. Bisognerebbe piuttosto immaginarli come strutture che agiscono in una logica bidirezionale con il settore ospedaliero: da una parte, come istituti realmente capaci di filtrare, primariamente sulla base dell'intensità di cura richiesta dal singolo caso e della criticità, le domande di accesso al ricovero ospedaliero, evitando così accessi inappropriati; dall'altra, come garanti della gradualità del processo di dimissione ospedaliera, poiché svolgono il delicato compito di tenere "sotto osservazione" pazienti suscettibili di riacutizzarsi in tempi brevi. Da una parte, un grande aiuto per le famiglie, che ora possono "avere il tempo necessario per adeguare l'ambiente domestico e renderlo più adatto alle esigenze di cura dei pazienti". Dall'altra, un evidente ridimensionamento della logica del *day hospital*.

## **Chronic Care Model, Sanità di iniziativa e One Health**

Nel precedente paragrafo si è parlato del profilo organizzativo di buona parte della riforma sanitaria introdotta dal PNRR, delle sue particolarità e tratti distintivi rispetto all'assetto attuale. Ora urge comprendere i principi e paradigmi di pensiero che animano tale cambiamento. Se l'approccio One Health è espressamente richiamato dal testo del Piano e proposto come nuova bussola per orientare

il contenuto della pianificazione sanitaria (specialmente quella legata alla prevenzione), questo non esclude che ve ne siano altri, seppur non scritti o richiamati. A dire il vero, pare, a chi scrive, che l'approccio One Health non giochi un ruolo assolutamente centrale nella ideazione e progettazione dei grandi mutamenti nella sanità territoriale. Vi sono plurime definizioni di One Health, peraltro tutte molto simili tra loro; quindi, si tenga in considerazione la definizione più generale e neutra fornita dalla World Health Organization: "'One Health' is an approach to designing and implementing programmes, policies, legislation and research in which multiple sectors communicate and work together to achieve better public health outcomes". Più nello specifico: "The areas of work in which a One Health approach is particularly relevant include food safety, the control of zoonoses (diseases that can spread between animals and humans, such as flu, rabies and Rift Valley Fever), and combatting antibiotic resistance (when bacteria change after being exposed to antibiotics and become more difficult to treat)."<sup>144</sup>. In un tentativo di riassumere la portata del concetto di cui trattasi, si potrebbe dire che il suo obiettivo è quello di dischiudere il mondo della sanità ponendolo in una logica di interdipendenza con altre dimensioni sociali dalle quali non si può più prescindere, come la tutela dell'ambiente, il controllo animale e il settore alimentare. In altre parole, per ottenere il massimo output possibile dalle iniziative e attività di igiene e prevenzione, occorre operare includendo nell'equazione fattori come il rischio di trasmissione di malattie infettive da parte della fauna selvatica, oppure la presenza di determinate condizioni ambientali che favoriscono l'insorgenza di alcune patologie, dovute, per esempio, all'inquinamento industriale.

In effetti, l'approccio One Health appare in linea con la Mission 2 del PNRR, specialmente con la componente M2C2 e M2C4, dedicati rispettivamente all'energia rinnovabile e alla tutela del territorio. Tuttavia, non vi sono dei richiami specifici tra la Mission 6 Salute e la Mission 2 Rivoluzione verde e transizione ecologica. Ci si chiede allora il significato dell'introduzione stessa del concetto di One Health, dal momento che non sembra valorizzato, attraverso le altre missioni del Piano, il suo contenuto precipuo. Sarebbe stato più opportuno recuperare il paradigma del quale l'approccio One Health è derivazione, ossia quello della Salute Globale, per il quale "salute e malattia sono considerate risultati di processi non solo biologici ma anche economici, sociali, politici, culturali e ambientali, trascendendo e superando le prospettive, gli interessi e le possibilità delle singole

---

<sup>144</sup> <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/one-health>

nazioni.”<sup>145</sup>. Affermare il fatto che la salute deriva anche da condizioni sociali ed economiche, oltre che fisiche e psichiche, ha numerosi risvolti, soprattutto nella reinterpretazione del ruolo della sanità all’interno del contesto sociale. Alcuni segmenti della popolazione necessitano di sensibilizzazione e educazione verso il tema della tutela della salute, e in questo senso la nuova sanità territoriale può fare la differenza prendendo l’iniziativa, senza aspettare che sia l’utente a presentarsi alla propria soglia.

Questa considerazione permette di introdurre un altro concetto, non espressamente citato nel Piano, eppure essenziale per definire il nuovo posizionamento della sanità territoriale: la cosiddetta Sanità di iniziativa. La Sanità d’iniziativa si colloca esattamente agli antipodi rispetto al modello di sanità maggioritario in Italia, basato invece sulla medicina d’attesa. Si badi bene ai termini impiegati. “sanità” è una parola dotata di una comprensività sicuramente maggiore rispetto al termine “medicina”: sanità vuol dire prevenzione, promozione della salute, educazione, oltre che assistenza e terapia. Più ampia ne risulta anche la pletera degli attori coinvolti: MMG, PLS, Igienisti, MCA, eccetera. La capacità degli operatori sanitari di anticipare la manifestazione della malattia attraverso campagne di promozione e di educazione alla salute non solo garantirebbe livelli di salute e benessere generale più alti, ma consentirebbe in misura altrettanto consistente un risparmio sulla spesa sanitaria, specie quella ospedaliera, migliorando la capienza, l’efficienza e l’efficacia delle strutture e dei processi erogativi. Per riassumere sinteticamente: “La sanità d’iniziativa mira sia alla prevenzione che al miglioramento della gestione delle malattie croniche in ogni loro stadio e riguarda dunque tutti i livelli del sistema sanitario, con effetti positivi attesi sia per la salute dei cittadini che per la sostenibilità stessa del sistema.”<sup>146</sup>. Anche in questo caso, la preoccupazione che ha portato all’elaborazione della Sanità d’iniziativa è l’aumento costante della speranza di vita alla nascita, quindi un incremento della popolazione anziana sulla quale, come si è a più riprese illustrato, l’incidenza delle malattie croniche è molto forte.

Oltre alla prevenzione dell’insorgenza delle malattie croniche, si è detto che la Sanità d’iniziativa dovrebbe essere funzionale all’inclusione di determinate fasce di popolazione che, per condizioni

---

<sup>145</sup> <https://www.iss.it/salute-globale-e-diseguaglianze#:~:text=L'approccio%20di%20salute%20globale,%2C%20multi%20metodologico%20e%20transnazionale.>

<sup>146</sup> <https://www.ars.toscana.it/aree-d'intervento/problemi-di-salute/malattie-croniche/news/1578-che-cose-la-sanita-diniziativa.html#:~:text=Per%20sanit%C3%A0%20d'iniziativa%20si,in%20rapporto%20al%20livello%20di>

sociali o personali, non sono in grado di provvedere alla tutela della propria salute o, meglio, non conoscono le caratteristiche e le problematiche derivanti da una propria eventuale condizione patologica. Non essendosi informati sulle implicazioni della propria malattia, è improbabile che i soggetti in questione si attivino in tempo per poter prevenire l'aggravarsi della patologia. In alcuni casi, il soggetto addirittura non si accorge di esserne affetto proprio perché non ne riconosce i sintomi. Quando la malattia entra in uno stadio nel quale i sintomi si manifestano in maniera più acuta, allora ci si reca subito presso il pronto soccorso dell'ospedale, e solitamente si viene classificati come codici bianchi. Ignorare, sopravvalutare o sottovalutare la propria condizione patologica, unitamente alla non conoscenza delle strutture e delle tipologie di prestazioni che il Sistema sanitario mette a disposizione, comporta un disorientamento tale da richiedere, da parte di queste fasce di soggetti, l'erogazione di prestazioni non appropriate a cui consegue una bassa efficacia clinica e un costo di produzione non commisurato al beneficio ricevuto.

La carenza di conoscenze di base sulla propria malattia, sulle risposte offerte dall'assistenza territoriale e ospedaliera e, alle volte, l'inconsapevolezza stessa della malattia hanno sicuramente contribuito all'emergere di una situazione di insostenibilità ed inefficienza. Per questi motivi, l'educazione sanitaria è uno strumento chiave: attuare dei cambiamenti organizzativi e gestionali non è sufficiente se non si persegue una parallela linea di intervento che valorizzi e renda l'utente protagonista attivo della tutela della propria salute.

L'approccio della Sanità d'iniziativa ha riscosso molto successo in diverse regioni italiane, specialmente in Emilia-Romagna e in Toscana, che infatti sono anche le regioni dove più ha attecchito il modello della Casa della Salute, istituto che conferisce forma organizzativa al contenuto del Chronic Care Model e della Sanità d'iniziativa stessa. Prendendo ad esempio la Toscana, i risultati conseguiti grazie alla sperimentazione della Sanità d'iniziativa si sono rivelati incoraggianti, specialmente se si considera il relativamente alto tasso di partecipazione e attivazione dei cittadini: nell'arco di sei anni (dal 2010 al 2016) si è registrata un'adesione al progetto iniziale sempre crescente, fino ad arrivare a toccare il 59% degli assistiti<sup>147</sup>. Sul piano dei risvolti clinici, ve ne sono stati alcuni chiaramente positivi, ed altri che, a prima vista, potrebbero far pensare ad una contraddizione. Tra i primi, si annoverano un tasso di mortalità diminuito per tutti gli arruolati che hanno seguito il progetto per almeno 4 anni; una valutazione estremamente positiva da parte degli

---

<sup>147</sup> <https://www.toscana-notizie.it/-/sanita-d-iniziativa-ecco-il-modello-rinnovato-e-potenziato>

MMG aderenti (45%) e molto negativa solo dal 6% di essi. Con riguardo ai risultati “ambigui”, tra di essi spicca un tasso di ospedalizzazione maggiore. La Regione Toscana si premura però di sottolineare come il numero maggiore degli accessi sia dovuto ad un recupero del sommerso, ossia di tutta quella parte di cittadini che, come si è lungamente parlato prima, non sono realmente consapevoli delle proprie condizioni patologiche, ancor peggio se croniche. Proprio il fatto di averle portate allo scoperto permette di affrontarle con percorsi personalizzati basati su un monitoraggio costante, fondamentale per evitare acutizzazioni improvvise e continui ricorsi alle prestazioni ospedaliere. In ogni caso, i nuovi accessi registrati presentano, secondo i dati posseduti dalla Regione, un grado di appropriatezza maggiore. Si può ipotizzare che l’approccio della Sanità d’iniziativa, unito alla capacità di erogazione di prestazioni più complesse presso le Case della Salute maggiori, abbia permesso ai MMG di selezionare con più accuratezza i casi veramente necessitanti di ospedalizzazione.

Tutto considerato, sembra sicuro affermare che, ove implementata con le giuste forme e con adeguato impegno e disponibilità da parte dei vari stakeholders, la Sanità d’iniziativa ha portato numerosi vantaggi, da un lato coinvolgendo, sensibilizzando ed educando i cittadini, anche quelli tra i meno recettivi, e dall’altro allentando la pressione sulle strutture ospedaliere o, per lo meno, riqualificandone la domanda.

Infine, dopo aver descritto il concetto e le applicazioni dell’approccio della Sanità d’iniziativa, si deve risalire al principio da qui ella stessa deriva, che ha ispirato l’istituzione delle Case della Salute prima, e delle Case della Comunità poi. Trattasi del *Chronic Care Model* (CCM), il principio più determinante all’interno di questo riposizionamento strategico della sanità all’interno della comunità. Più che un principio, il CCM costituisce un vero e proprio modello che va a ridisegnare i processi di gestione delle malattie croniche, valorizzandone però anche la prevenzione. La consapevolezza che patologie acute ed infettive non rappresentano più il maggiore rischio per la salute dei cittadini, accompagnata dallo sforzo di trovare un metodo in grado di gestire e addirittura prevenire le malattie croniche (anche per ragioni economiche), ha portato gli studiosi e gli operatori sanitari statunitensi all’elaborazione e sperimentazione di procedure ad hoc per determinate patologie croniche. Dallo studio di queste procedure è derivato un modello comune, con caratteristiche che lo contraddistinguono dalla medicina tradizionale, ma che allo stesso tempo presentano un grado di applicabilità che lo rende un vero e proprio *tailored-based model*.

Il CCM rappresenta uno schema adattabile a quasi tutti i contesti sanitari, proprio perché non fornisce uno specifico set di modifiche da applicare e interventi da implementare, bensì indica quali sono le aree nelle quali è necessario un cambiamento e suggerisce alcuni orientamenti che poi dovranno essere declinati in base al contesto del caso. Per sintetizzare, il CCM “ [...] is a framework in which improvement strategies can be tailored to local conditions”<sup>148</sup>. Quali sono le aree di intervento a cui il CCM fa espresso riferimento?



Fonte: Glasgow, Russell (2001)<sup>149</sup>

Come illustrato dal grafico, le aree di intervento, o componenti, sono sei, raggruppate in due grandi insiemi, ossia la *Community* e l'*Health System*. Nel secondo rientrano i componenti più tecnici della dimensione gestionale e preventiva delle malattie croniche, traducibili come Organizzazione dell'assistenza sanitaria, Supporto all'autocura, Modalità e mezzi di erogazione, Supporto decisionale, Sistema di gestione delle informazioni cliniche; nel primo invece trova collocazione

149

[https://www.researchgate.net/publication/227675340 Does the Chronic Care Model Serve Also as a Template for Improving Prevention](https://www.researchgate.net/publication/227675340_Does_the_Chronic_Care_Model_Serve_Also_as_a_Template_for_Improving_Prevention)



tutto ciò che riguarda la sfera pubblica, le sue risorse, le policies che le gestiscono e che ne determinano le interazioni col mondo della salute. L'idea è quella di ridisegnare questi aspetti secondo una logica di attivazione ed educazione del cittadino da una parte, e la creazione di team di medici di base, specialisti e infermieri in grado di stimolare il paziente attraverso la condivisione di informazioni adeguate, consulenze miranti all'individuazione di un percorso terapeutico specifico per il singolo caso e una presa ferma sul *follow up*. Come si è detto, il CCM ha come obiettivo non solo la revisione delle procedure di gestione delle malattie croniche, ma anche la loro prevenzione.

Alcuni studiosi hanno cercato di dimostrare in che modo i sei componenti debbano essere interpretati per permettere al CCM di applicarsi all'attività di prevenzione.

Cominciamo con l'Organizzazione sanitaria: gli autori sottolineano che il problema principale è la mancanza di una leadership forte che sia genuinamente convinta del fatto che gli obiettivi di prevenzione sono centrali nella più ampia strategia di tutela del bene salute. Se è vero che questa criticità debba trovare soluzione anche in una diversa formazione dello stesso personale sanitario, è però presumibile che difficilmente questo tipo di cambiamento possa manifestare i suoi effetti nel breve periodo. Si può a tal proposito agire sul sistema di incentivi che caratterizza l'assistenza primaria, ottenendo dei cambiamenti probabilmente più rapidi. In questa ottica, Glasgow denuncia il sistema di remunerazione basato sulla *capitation*, che in termini nostrani corrisponde al pagamento per ogni utente iscritto sulla base delle tariffe previste nella convenzione, ossia alla quota capitaria fissa. Questo strumento di remunerazione è stato attaccato sia da coloro che da sempre lo contestano e definiscono come una sorta di rendita, percepita a prescindere dall'effettiva quantità di prestazioni eseguita; ma anche dalle stesse associazioni rappresentative dei medici di base, come ad esempio la Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale (FIMMG), che lamenta l'incapacità della quota capitaria di stimolare il MMG, aumentando la remunerazione a seconda dei nuovi obiettivi assistenziali che egli decide di perseguire. In generale, per riportare qualche dato, la remunerazione variabile, dovuta all'iscrizione di pazienti che versano in condizioni complesse e che quindi necessitano, per esempio, di visite a domicilio, o ancora a "prestazioni di particolare impegno professionale", come somministrazione di vaccini, suture e medicazioni, ammonta ad un massimo del 20% della remunerazione complessiva lorda del MMG<sup>150</sup>. Stesso identico ragionamento potrebbe applicarsi all'introduzione, nel carico di lavoro del MMG, di

---

<sup>150</sup> <http://www.fimmg.org/index.php?action=pages&m=view&p=41&lang=it>

obiettivi di prevenzione, che stimolino l'operatore sanitario ad intraprendere un approccio di Sanità d'iniziativa, portandolo ad "inseguire i propri pazienti", assicurando un'attività di controlli e screening costante, seguita a sua volta da un rigoroso monitoraggio e *follow up*.

Per riassumere, quindi, una modifica della struttura degli incentivi e un potenziamento dell'attività di *counselling* sono entrambi elementi cruciali per poter ottenere un'Organizzazione sanitaria (da intendere come organizzazione degli obiettivi dell'assistenza primaria) all'altezza delle odierne sfide della prevenzione.

Passando all'analisi del secondo componente, la parola chiave da sottolineare è l'autogestione. Nell'ambito del Supporto all'autogestione della patologia, la capacità dell'individuo e della sua famiglia di comprendere l'importanza che le informazioni, ricevute tramite un confronto con i *providers*, possono rivestire nella vita di tutti i giorni conta moltissimo. L'obiettivo è quello di minimizzare le difficoltà che derivano dall'impatto emotivo ed economico della disabilità dovuta alla patologia cronica. In tale contesto, al di fuori delle tradizionali valutazioni cliniche e visite di check-up, il CCM suggerisce la creazione di appositi percorsi di *training* sulle competenze di base fondamentali per convivere con la malattia, ma anche di strumenti idonei a fornire supporto psicologico al paziente e ai suoi *caregivers*. Per svolgere al meglio la loro funzione di guida e supporto verso i propri pazienti, i MMG dovrebbero mettersi in una posizione di ascolto con l'obiettivo di ottenere un quadro quanto più ampio e dettagliato della situazione in cui versa il malato, cosicché la terapia venga impostata sulla base di queste evidenze e altrettanto si faccia per i suggerimenti forniti al paziente. Nella logica delle interazioni produttive, il risultato che ci si aspetta è una presa di coscienza da parte del malato e dei suoi *caregivers* di come la patologia modifica spazi, tempi, abitudini e possibilità nella propria vita, unita ad una preparazione adeguata fornita dal personale sanitario, ma sempre tenendo presente la necessità di modellare tale preparazione sulle informazioni apprese attraverso il dialogo con l'utente.

Dal punto di vista della prevenzione, il Self-management support è finalizzato alla promozione della salute, intesa come diffusione di informazioni e pratiche comportamentali che hanno come fine la riduzione al minimo del rischio di insorgenze patologiche. Inoltre, qualora un determinato soggetto si trovi in una condizione di particolare rischio, come può essere una persona che magari è geneticamente predisposta ad essere colpita da una certa patologia, il supporto informativo fornito

dal personale sanitario può essere determinante, sia per capire l'entità del rischio in termini di probabilità di verificarsi, sia per acquisire indicazioni su come scongiurare tale eventualità.

La componente che riguarda le Modalità e i mezzi di erogazione dell'assistenza primaria presenta un profilo organizzativo non di poco conto. Ciò che il CCM spinge a realizzare qui è la formazione di una vera e propria squadra di professionalità scelte appositamente per offrire la miglior esperienza di cura ed efficacia assistenziale nell'ambito delle malattie croniche. Ad esempio, è fortemente consigliata l'introduzione, all'interno di tale team, di specialisti, farmacisti, infermieri *case management* (figura centrale nel funzionamento sia della CdS che della CdC) ed educatori sanitari. Questo riassetto consentirebbe di offrire una risposta completa e coordinata in grado di coprire tutti i bisogni del paziente, e al tempo stesso fornirebbe a quest'ultimo un punto di riferimento centrale e, per quanto possibile, unico nel percorso di gestione della propria patologia. Dal punto di vista dei mezzi di erogazione delle prestazioni afferenti all'assistenza primaria, ci sono evidenze che dimostrano l'efficacia di strumenti diversi dalla classica visita presso lo studio del *provider*: un esempio è costituito dalle chiamate telefoniche, massicciamente utilizzate nella fase di *follow up*, che permettono di raggiungere il paziente senza obbligare quest'ultimo a presentarsi fisicamente per un check up, e consentendogli anche di risparmiare tempo.

Nell'ambito della prevenzione, questo cambiamento si traduce in un impiego di mezzi e personale che si differenzia da quello tradizionale. I *providers* tendono ad avvalersi in maniera diffusa delle visite di gruppo, specialmente nel campo della prevenzione pediatrica. Questo comporta un sicuro miglioramento dell'esperienza del servizio, dal momento che permette di confrontarsi anche con altre realtà ed esprimere preoccupazioni e dubbi che vanno al di là del singolo caso, ma implica anche un'opportunità da non sottovalutare per il personale sanitario, ora in grado di ricavare informazioni su gruppi di pazienti e rendersi così conto di quali siano i punti di debolezza e di forza dello stato di salute della comunità di riferimento. Un'altra possibilità è quella di demandare lo svolgimento di alcune attività di prevenzione a personale non medico, a cui il medico di base può deferire un paziente necessitante di un consulto sulle sue abitudini e comportamenti nocivi, come ad esempio il fumo. Altri mezzi innovativi che possono essere impiegati con successo per rintracciare e attivare il cittadino sono la posta elettronica, ma sempre con un contenuto specifico per quel paziente. In generale, il CCM spinge il servizio ad ampliare il repertorio di mezzi a disposizione della prevenzione,

sia per migliorare l'esperienza di cura, sia per recuperare fasce più ampie di popolazione non seguibili attraverso le tradizionali modalità di erogazione. Chiaramente, questo cambiamento non sarebbe operabile senza un solido sistema informatico che sia capace di registrare grandi moli di dati sullo stato di salute dei membri della comunità.

Il Sistema di gestione delle informazioni cliniche è infatti un'altra componente essenziale del modello. Possedere un registro, facilmente accessibile e velocemente consultabile, è fondamentale per poter studiare lo stato di salute della comunità di riferimento e poter costruirci sopra strategie di assistenza e prevenzione adatte ai bisogni dei cittadini. L'idea di uscire dalla logica dell'assistenza puntiforme per poter elaborare programmi assistenziali e preventivi che guardino alla salute come risultato di fattori anche ambientali e sociali, non potrebbe concretizzarsi senza una conoscenza approfondita del contesto in cui l'istituzione è incardinata. La creazione di registri che permettano di raggruppare i pazienti in macro-aggregati sulla base di parametri clinici e comportamentali consente di stabilire profili terapeutici specifici per quel tipo di gruppo, senza, ovviamente, abbandonare il paradigma dell'assistenza personalizzata. Il Sistema di gestione delle informazioni consente inoltre di identificare quali patologie o comportamenti nocivi per la salute abbiano incidenza maggiore all'interno del bacino d'utenza, e rende possibile, di conseguenza, impostare campagne e attività di prevenzione e promozione della salute non generiche, ma agenti su quelle che sono i punti deboli della salute in quel determinato contesto. La capacità di stabilire delle priorità strategiche e di scandire i tempi dell'attività di assistenza e prevenzione, per esempio creando calendari per le visite e i controlli, rappresenta un salto di qualità considerevole nell'organizzazione del servizio, anche con riguardo alla possibilità di venire incontro al paziente e alle sue esigenze per trovare delle collocazioni temporali ideali.

Passando al Supporto decisionale, non molte cose si diranno in più rispetto a quanto già fatto per l'Organizzazione dell'assistenza sanitaria. Il punto è che la medicina di base (general practitioners) deve abbandonare il proprio isolamento rispetto alle altre branche della medicina, in particolar modo quelle specialistiche. Con l'aumentare della complessità delle patologie croniche che affliggono la popolazione, la miglior risposta viene da una collaborazione a stretto giro tra la

medicina generale e quella specialistica. In realtà, almeno per quanto riguarda il nostro paese, i contatti tra gli MMG e gli specialisti esistono, ma questo non implica che non vi sia bisogno di un potenziamento degli stessi. Ad esempio, il CCM prevede nuove forme di collaborazione tra medicina di base e specialistica che, come già accennato nelle considerazioni sull'Organizzazione sanitaria, includono le cosiddette *joint visits*, ossia le visite a cui presenza sia il medico di base che i vari specialisti, ma anche infermieri incaricati di costruire un percorso assistenziale ad hoc per il paziente. Elementi, questi, tutti presenti, tra l'altro, all'interno delle Case della Salute. In buona sostanza, per supporto si intende il contributo fornito da altre professionalità sanitarie ai fini della scelta della terapia da seguire: una scelta che, in ossequio al principio dell'alleanza terapeutica e alla filosofia *Nothing about me without me*, va presa in maniera congiunta da paziente e medico<sup>151</sup>.

Trapiantando la funzione del Supporto decisionale all'interno dell'ambito di prevenzione, il suo ruolo cambia notevolmente. In questo caso, il Supporto si tramuta in un vero e proprio impulso, stimolo a intraprendere determinate attività di prevenzione. L'impulso in questione non è tanto indirizzato agli utenti quanto piuttosto ai *providers*. La spiegazione di questa funzione si deduce dal fatto che esistono patologie che non presentano sintomi, almeno inizialmente, ma che in realtà possono essere estremamente perniciose nel medio-lungo periodo. Dal momento che non è comune che un paziente, non avvertendo alcun disagio o fastidio, decida spontaneamente di aderire o sottoporsi ad attività miranti alla prevenzione dell'insorgenza di questa tipologia di malattie, spetta al personale sanitario prendere l'iniziativa. Sfortunatamente, come si è già evidenziato in precedenza, i MMG non tendono a mobilitarsi per la prevenzione di patologie che non provocano immediati disturbi o danni alla persona. Per ovviare a questo problema, il Sistema sanitario deve introdurre degli stimoli che vadano, appunto, a spingere il medico a prendere la decisione di attivarsi per la prevenzione di queste malattie. Solitamente, tali stimoli vengono assimilati alle linee guida che dovrebbero fornire metodologie e istruzioni specifiche secondo le *best practices*, tuttavia non si capisce che forma di incentivo essere rappresentino per gli operatori dell'assistenza primaria e della prevenzione. Anche in questo caso, la risposta migliore sembra risiedere nelle modifiche alla

---

<sup>151</sup> A. Brambilla, G. Maciocco. *Le case della Salute: innovazione e buone pratiche*. Carocci Faber. Fano, 2016.

struttura degli incentivi, ponendo quindi nuovi traguardi strategici e adeguati stimoli per raggiungerli.

Spostando il focus dell'analisi all'altra grande sfera contemplata nel CCM, ossia quella della *Community*, la domanda da porsi è quale sia il significato di Risorse e Policies, in che modo queste siano collegate con la sfera della sanità e quali sarebbero i vantaggi derivanti da una integrazione tra le due. Non è semplice riuscire a capire che cosa si intenda concretamente con risorse e politiche, data la notevole latitudine di tale definizione. Tuttavia, sembra che l'attenzione debba essere posta su tutte quelle attività e iniziative che vanno a stimolare, recuperare e supportare quelle fasce di popolazione che, per via di circostanze economiche, sociali e ambientali, sono esposte a fattori di rischio, ma non hanno tra le loro priorità quella della prevenzione e della gestione delle patologie croniche. Anche questa definizione non pare soddisfacente, perché il contenuto è pienamente ascrivibile nel genus delle attività di prevenzione svolte primariamente e principalmente dal personale medico di prevenzione. E allora la differenza va ricercata nell'ambito soggettivo: si tratta infatti di attività di volontariato e di supporto a pazienti che hanno intrapreso un percorso terapeutico difficoltoso, specialmente anziani e non autosufficienti. La mobilitazione di risorse umane provenienti dalla società civile è un asset rilevante, specialmente per le famiglie e i *caregivers* che non possono dedicarsi a tempo pieno ai pazienti sotto la loro tutela. Alcuni esempi possono essere il classico volontariato, ma anche il *delivery* di alcuni servizi di prevenzione gestiti dalla cittadinanza: un esempio di ciò può essere la collaborazione tra il personale medico del Policlinico Gemelli e i volontari dell'associazione Komen Italia, che ha dato vita all'iniziativa Carovana della Prevenzione, consistente in un programma nazionale itinerante di promozione della salute femminile che si avvale di unità mobili (vans) equipaggiate con strumenti diagnostici per l'erogazione di una serie di prestazioni di screening specifici per le donne<sup>152</sup>.

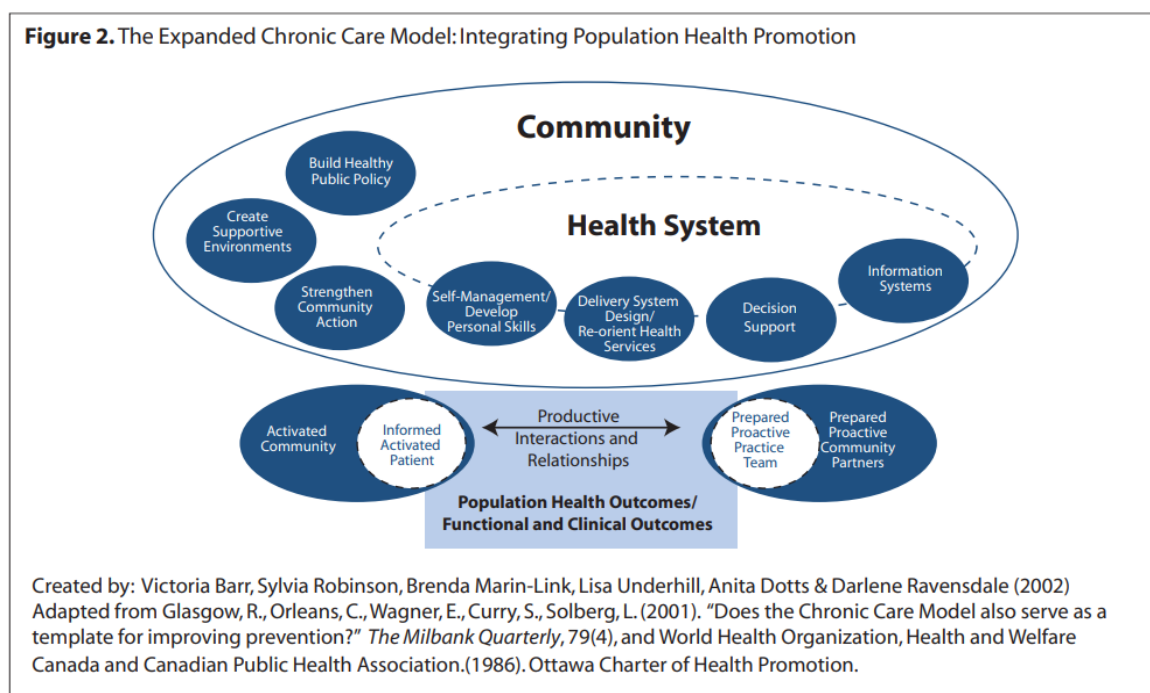
Nonostante ciò, alcuni autori sottolineano come questa impostazione del Chronic Care Model presenti delle lacune, soprattutto nell'ambito delle meccaniche di interazione tra risorse e policies della comunità e i cinque componenti appartenenti all'area del Sistema sanitario. D'altronde, sono stati gli stessi studiosi che hanno messo insieme i pezzi del modello ad ammettere che quella dimensione andasse ulteriormente scandagliata e definita. Il fulcro dell'aggiornamento del CCM consiste nell'introduzione al suo interno del concetto di promozione della salute, che vuole

---

<sup>152</sup> <https://www.komen.it/iniziative/carovana-della-prevenzione/>

rappresentare un livello successivo rispetto all'assistenza primaria e alla prevenzione, architravi del modello "base". In particolare, la critica mossa è che "the current CCM is geared to clinically oriented sistem, and is difficult to use for prevention and health promotion practitioners"<sup>153</sup>. Tutto ciò è consistente con quanto detto sull'incapacità del modello "base" di aggredire i fattori determinanti della salute della popolazione che esulano dalla sfera dell'*Health system*. La promozione della salute sarebbe, secondo gli autori, una soluzione per affrontare efficacemente gli aspetti che il vecchio modello non intacca. La convinzione posta a fondamento della critica è che fattori come le condizioni sociali, economiche e familiari non sono affatto marginali, ma anzi costituiscono la principale variabile del sistema. Integrare la componente clinica con la promozione della salute della popolazione permetterebbe di rinsaldare il CCM portandone la capacità assistenziale e preventiva ad un livello superiore.

La seguente figura rappresenta una succinta illustrazione di come dovrebbe essere l'Expanded Chronic Care Model (ECCM).



Fonte: Barr e Robinson (2002).

<sup>153</sup> [https://scholar.google.it/scholar?q=the+expanded+chronic+care+model&hl=it&as\\_sdt=0&as\\_vis=1&oi=scholar](https://scholar.google.it/scholar?q=the+expanded+chronic+care+model&hl=it&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholar)

Come si può notare, la sfera della Community è stata arricchita e meglio definita rispetto al vecchio modello, mettendo in risalto anche il ruolo che le policies ricoprono nel garantire un elevato livello di salute della cittadinanza in collaborazione con il Sistema sanitario. La linea tratteggiata che demarca quest'ultimo rappresenta un confine, come dicono gli stessi autori, poroso, nel senso che permette il movimento bidimensionale di idee, soluzioni e risorse. Inoltre, il ECCM pone l'accento sulla necessità di formare intere comunità attraverso l'educazione alla salute e l'apprendimento di concrete *life skills*, in grado di modificare le tendenze comportamentali e migliorare sensibilmente la qualità della vita. Un altro cambiamento rilevante riguarda il Sistema informativo, precedentemente limitato ad uso e consumo del personale sanitario, e ora, coerentemente con la logica della compartecipazione alla tutela della salute da parte di una moltitudine di stakeholders sociali, anche al servizio di altri attori come comuni, associazioni locali (per esempio, le Pro loco), centri ricreativi e così via. Anche l'ambiente, inteso in senso lato, gioca un ruolo di primaria importanza. Le politiche locali, specialmente quelle abitative, possono avere risvolti molto positivi sulla salute. Si pensi ad una famiglia con a carico un anziano affetto da una malattia cronico-degenerativa e, per di più, debilitante, come può essere la Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA): la salubrità e la buona vivibilità dell'ambiente in cui il soggetto affetto da questa micidiale patologia vive, consentono, nonostante le gravi condizioni in cui versa, la permanenza dello stesso nell'abitazione. Questo comporta sostanziosi risparmi per tutti quegli istituti e strutture che avrebbero altrimenti il compito di ospitarlo e di assisterlo. A questo si aggiungano tutte le altre politiche che vanno dalla tutela del territorio al commercio di alimenti: abbassare i dazi sull'importazione di ortaggi e frutta, oppure ridurre imposte sui consumi sulla farina, rendendo quindi più convenienti alcune categorie di alimenti in modo da diversificare e rendere più salutare la dieta.

In sintesi, occorre procedere su due direttive: la prima si prefigge come obiettivo di informare e formare l'intera comunità, facendo guadagnare ad essa e ai suoi membri un significativo grado di autonomia nella gestione delle patologie e nella tutela della propria salute in generale; la seconda si basa sullo sforzo di dischiudere completamente il mondo della medicina al contributo che la cittadinanza può dare, sia in termini di risorse che di impulsi. Il messaggio cardine è che non è possibile affidarsi esclusivamente alle prestazioni fornite dal Servizio sanitario, perché la società, i



suoi rappresentanti e le sue politiche, qualora non coordinate o, peggio, in collisione con l'attività di tutela della salute, potrebbero potenzialmente spiazzare tutti gli sforzi compiuti per elevare il livello di salute della comunità. È questa la grande consapevolezza di cui il ECCM è portatore, e che va a completare il già rivoluzionario Chronic Care Model originario.

Chronic Care Model, il suo update Expanded Chronic Care Model e la Sanità d'iniziativa, la quale è declinazione italiana del modello, vanno a costituire i pilastri del nuovo paradigma dell'assistenza territoriale, e quindi della grande riforma di cui si vuole rendere protagonista il PNRR. La disamina di tali concetti era ineludibile per poter comprendere che cosa ha e sta rappresentando la Casa della Salute e cosa rappresenterà la Casa di Comunità. Non nuoce ripetere, soprattutto se le tante righe dedicate alle motivazioni e alle esigenze che hanno portato alla riconfigurazione della sanità territoriale non siano state sufficienti, che non ci si trova davanti ad un maquillage organizzativo. I tempi sono stretti, le problematiche e i bisogni sono chiari, e poco spazio è lasciato all'immaginazione di un futuro senza questi interventi.

Con queste nozioni in mente, è possibile procedere con l'introduzione e l'analisi del terzo elemento, oltre alla Telemedicina e agli Ospedali di Comunità, che caratterizza la riforma della sanità territoriale: la Casa di Comunità.

## **Due esempi: la Casa della Salute di Querceta e l'Ospedale di Comunità di Forlimpopoli**

Si comprende, dalla tabella di cui a pag. 72 (Capitolo II), che le Case della Salute sono un fenomeno particolarmente diffuso in quattro regioni: Emilia-Romagna, Toscana, Veneto e Piemonte. Tuttavia, il modello di funzionamento delle stesse che, come spiegato nel capitolo precedente, è stato per certi versi anticipatorio della UCCP, è stato pensato, introdotto e testato dalle prime due regioni dell'elenco. La creazione delle stesse è stata incentivata ben prima della riforma di cui al "decreto Balduzzi": con decreto ministeriale 10 luglio 2007, attuativo del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, l'allora Ministro della salute Livia Turco provvide a definire le linee guida per l'accesso al cofinanziamento alle Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano al fine di istituire forme sperimentali di organizzazione della sanità territoriale. L'esperienza che il Ministro Turco ebbe con le prime Case della Salute e le impressioni (fortemente positive) che ne scaturirono la portarono ad

inserire esplicitamente nel testo del decreto — praticamente costruendocelo attorno — proprio questa tipo di struttura. Il decreto, all'art. 1 dell'Allegato 1, spiega fondamentalmente quali sono i tratti organizzativi e strutturali che definiscono una Casa della Salute.

L'esperienza fu quindi formalizzata e promossa anni prima rispetto al “decreto Balduzzi”, a riprova del successo che essa aveva riscosso. Eccone la definizione: “La Casa della salute, struttura polivalente in grado di erogare in uno stesso spazio fisico l'insieme delle prestazioni socio-sanitarie, favorendo, attraverso la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori, l'unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni socio-sanitarie, deve rappresentare la struttura di riferimento per l'erogazione dell'insieme delle cure primarie”. Quanto appena letto non pare differire in misura significativa dalle parole utilizzate per descrivere la UCCP della riforma Balduzzi. All'interno della struttura devono trovare collocazione fisica gli studi dei MMG dell'ambito territoriale, i quali lavorano in *team* con gli MCA e i MET (medici di emergenza territoriale) per garantire la continuità assistenziale 7 giorni su 7, 24 ore su 24. Tutti gli studi che per motivi di logistica non trovano collocazione all'interno della Casa devono essere funzionalmente collegati ad essa attraverso un sistema a rete che permetta la gestione e la condivisione informatica dei dati relativi ai pazienti. Sempre all'interno della struttura stessa si trovano le principali branche specialistiche, con servizi di diagnostica, radiologia ed ecografia di base. Il personale amministrativo, che svolge le funzioni di supporto tecnico-amministrativo, deve necessariamente essere presente nella struttura, anche per adempiere alle proprie mansioni di segreteria. Presso la CdS deve essere presente un servizio di ambulanze per il primo intervento sul territorio (da non confondere con il pronto soccorso). Inoltre, presso la Casa della Salute deve essere attivato un ambulatorio infermieristico per le piccole urgenze, che non richiedono l'accesso al PS ospedaliero. Gli infermieri, figura fondamentale all'interno della CdS, lavorano a stretto contatto e in maniera integrata coi MMG e costituiscono parte essenziale di determinati regimi socioassistenziali, come quello in ADI, nelle RSA e negli Ospedali di Comunità. Infine, nella struttura deve essere già presente il PUA: mancando questo, non si potrebbe realizzare l'assistenza che prevede la forte integrazione socio-sanitaria di cui la CdS è massimo esponente, giacché non si avrebbe il personale, le modalità e gli strumenti per poter valutare la complessità del singolo caso e i suoi bisogni, e di conseguenza istituire un determinato percorso terapeutico integrato tutto interno alla struttura. Subito accanto al PUA si trova il CUP, ma per pure esigenze amministrative: non è il cittadino che si reca al CUP, ma è lo stesso personale medico che si occupa di prenotare ed organizzare le prestazioni che vengono

erogate all'interno della struttura. Il CUP, in questo caso, serve da ufficio per la registrazione delle prestazioni prenotate ed erogate.

Grande attenzione è dedicata all'ADI, per la quale il personale della Casa della Salute deve essere addestrato a equipaggiare e istruire la famiglia del destinatario della prestazione alla lettura e all'utilizzo delle apparecchiature: in un'espressione, *family learning*. Altrettanta rilevanza è conferita alla telemedicina e al teleconsulto, che devono necessariamente trovare implementazione attraverso la Casa della Salute, incaricata di predisporre eventualmente una piattaforma informatica in grado di porre in costante collegamento il paziente con gli operatori della Casa, le strutture ospedaliere di riferimento e la diagnostica di secondo livello. Infine, il decreto rimarcava già da allora l'importanza di ricucire il rapporto con la cittadinanza, di renderla partecipe sia a monte che a valle, per mezzo della partecipazione dei cittadini alla "programmazione dei servizi e delle attività" e la chiamata a "valutare i risultati ottenuti in termini di salute e di benessere percepito"<sup>154</sup>. A questo punto, pare abbastanza sicuro affermare che Casa della Salute e Casa di Comunità sono termini omologhi, dato che anche nella prima vi è l'intenzione di riallacciare un rapporto con la popolazione di riferimento, rendendola protagonista attiva della vita e dell'attività della CdS.

Come frequentemente ricordato, a parte qualche differenza, anche la struttura organizzativa e il governo clinico della Casa di Comunità sono praticamente identici rispetto a quelli delle già sviluppate Case della Salute. Per questo motivo, nel presente paragrafo verranno fornito un esempio particolarmente felice di Casa della Salute, il cui *pattern* organizzativo i lettori possono considerare equivalente a quello della Casa di Comunità. Verrà inoltre fatto uno zoom sull'Ospedale di Comunità di Forlimpopoli.

La Casa della Salute di Querceta nasce nel comune di Seravezza, in provincia di Lucca, e ha come ASL di riferimento l'Azienda sanitaria locale Toscana Nord-Ovest. La CdS Querceta ha un bacino d'utenza di circa 15.000 persone, la maggior parte delle quali è residente presso il Comune di Seravezza (12.000 abitanti), ma serve parzialmente anche il comune di Forte dei Marmi (7.000 abitanti) e quello di Pietrasanta (24.000 abitanti). È nata nel 2012 come risultato di un'iniziativa congiunta tra

---

154

[https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie\\_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2007-10-10&atto.codiceRedazionale=07A08580&elenco30giorni=false](https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2007-10-10&atto.codiceRedazionale=07A08580&elenco30giorni=false)

la Pubblica Assistenza Croce Bianca, la ASL Toscana Nord-Ovest (che al tempo era l'ASL della Versilia), il Comune di Seravezza e un gruppo di medici di famiglia. Ha un'estensione di circa 2.400 m<sup>2</sup>, caratteristiche strutturali eccellenti, funzionamento mirato ad ottenere grande risparmio energetico e benessere ambientale. È dotata di un parcheggio sotterraneo da 40 posti e un altro collocati dinnanzi all'entrata principale<sup>155</sup>.

Ecco la lista dei servizi presenti e offerti dalla CdS Querceta:

- Studi di otto medici di famiglia che svolgono attività associata;
- Assistenza infermieristica domiciliare;
- Consultorio materno infantile;
- Vaccinazioni pediatriche;
- Diagnostica di primo livello: elettrocardiogramma (anche teletrasmesso), spirometria, ecografia, holter pressorio, holter cardiaco per aritmie;
- Attività specialistiche in attività ordinaria: geriatria, cardiologia, pneumatologia, dermatologia, ortopedia, otorinolaringoiatra;
- Attività specialistiche in libera professione: ginecologia;
- Centro antifumo con prenotazione diretta in carico ai MMG;
- Centro prelievi;
- Servizi sociali aziendali per disabilità e salute mentale;
- Centro di distribuzione diretta farmaci;
- Ambulatorio certificazioni medico-legali;
- Ambulatorio per valutazione dell'attività fisica adattata;
- Servizio di continuità assistenziale attivabile tramite 118, tutti i giorni dalle ore 20.00 alle ore 8.00, mentre nei festivi e prefestivi la copertura degli MCA è garantita 24 ore su 24;
- 118 auto medica con presenza 24h/24 e 7gg/7 di medico e infermiere;
- Attività amministrative (sportelli polifunzionali): CUP, scelta e revoca MMG, esenzioni ecc.;
- Servizio ambulanze con volontari Croce Bianca;
- Sede AVIS locale;

---

<sup>155</sup> Maciocco, Gavino, a cura di. *Cure primarie e servizi territoriali: esperienze nazionali e internazionali*. Roma: Carocci Faber, 2019.

- Incontri periodici per la promozione della prevenzione (l'attività è stata chiamata "Il tè del giovedì con il tuo medico");
- Incontri per promuovere il supporto all'autocura nella gestione delle malattie croniche secondo il metodo Stanford

Governo e programmazione delle attività della struttura spettano al responsabile di zona distretto (in altri termini, il Direttore di Distretto) e dal responsabile delle cure primarie. Il ruolo di responsabile clinico in seno alla struttura spetta al Coordinatore di Aggregazione funzionale territoriale (si guardi pag. 63). Il software Millewin permette la condivisione dell'archivio dei pazienti tra MMG, MCA, infermieri, OSS e medici specialisti aziendali.

In totale adesione ai dettami del CCR e della Sanità d'iniziativa, la CdS di Querceta ha adottato un protocollo per la stratificazione epidemiologica, e quindi del rischio legato alla patologia, della popolazione e per la prevenzione delle malattie croniche. Esso è strutturato in questo modo:

- I MMG e l'infermiere/OSS individuano i pazienti da arruolare secondo la definizione regionale di caso clinico per ogni patologia, a cui corrispondono dei parametri numerici ben precisi: ad esempio, il diabete glicemia superiore ad una soglia di 126 per due volte comporta, per l'appunto, l'arruolamento nell'apposito programma di prevenzione.
- Viene quindi formato un elenco per patologia, da cui il MMG e/o l'infermiere/OSS attingono i pazienti da chiamare telefonicamente e fissano con essi un appuntamento per informare su scopi e modalità dell'iniziativa del programma e ottenere il consenso.
- Tutte le visite e gli accertamenti inclusi nel programma vengono poi direttamente — quindi senza dover scomodare il paziente — fissati presso il CUP e comunicati ai pazienti, con una periodicità che dipende dalla stratificazione del rischio.
- Ogni risultato delle visite viene refertato e catalogato attraverso il sistema informatico Millewin ed inseriti nella cartella clinica del paziente, a cui accedono gli operatori interessati. Il file viene anche salvato in formato PDF per poter poi essere consultato anche dal paziente. I risultati vengono analizzati prima di tutto dall'infermiere/OSS che, se lo ritiene necessario, consulta il MMG di quel determinato paziente nel suo orario di ricevimento, in modo da informare tempestivamente il medico e il paziente stesso che viene convocato.

- Si instaura così una relazione di fiducia tra infermiere/OSS e paziente, che spesso diventa confidenziale, dal momento che il primo è consultabile dal secondo anche al di fuori degli appuntamenti fissati col MMG.
- La confidenzialità e la frequenza di consulti è uno strumento formidabile per rendere accessibili alla comprensione del paziente concetti di salute e prevenzione complessi, generando così motivazione nel soggetto e capacità di giudicare salutari o non salutari determinati comportamenti all'interno della sua vita quotidiana, realizzando quindi l'*empowerment* del paziente e potenziandone l'autogestione assieme al rafforzamento della responsabilità di sé.

A tali percorsi partecipano poi gli specialisti ospedalieri, con slot di appuntamenti dedicati che vengono prenotati direttamente dal MMG o dall'infermiere/OSS. Qualora, al fine di compiere determinati accertamenti, sia necessario un breve periodo di degenza presso una struttura ospedaliera, gli operatori della Casa della Salute si occuperanno di allestire la strumentazione necessaria presso il domicilio del paziente almeno 2-3 giorni prima delle dimissioni.

Infine, non si può sorvolare l'aspetto dell'integrazione tra l'ospedale e il territorio: in questo caso, tra l'Ospedale della Versilia e la CdS Querceta. Il livello di collaborazione tra la struttura ospedaliera e la CdS è molto elevato, e lo testimonia il direttore dell'Unità Operativa di Cardiologia, Dott. Giancarlo Casolo. Come si è detto più volte, le patologie croniche che riguardano il cuore e l'apparato circolatorio sono molto diffuse e possono avere episodi di aggravamento se non correttamente monitorate, a cui può seguire un'acutizzazione della patologia stessa ed esiti particolarmente perniciosi. Per questo, il territorio e l'ospedale devono necessariamente lavorare all'unisono, come anche nella presa in carico e nel trattamento di tutte le patologie croniche. In sostanza, il direttore si reca presso la Casa della Salute due volte al mese, di mattina, e collabora con i MMG e gli infermieri/OSS al fine di effettuare delle visite specialistiche e valutare casi particolarmente complessi, che potrebbero anche richiedere una prestazione di tipo ospedaliero. Il fatto che al direttore dell'Unità Operativa dell'ospedale sia consentito l'accesso alle cartelle cliniche digitali dei pazienti (sempre attraverso il software Millewin) è di grande giovamento alla scelta dell'intervento o del percorso ospedaliero da adottare, specialmente in termini di appropriatezza e di minore invasività possibile per il paziente, che comunque partecipa attivamente alla decisione ed esprime il suo consenso — davvero — informato.

In questo modo, il MMG ha a disposizione uno specialista che è anche in grado di valutare l'opportunità di un intervento complesso in regime ospedaliero, di cui possiede grande esperienza; dall'altra, il direttore dell'Unità Operativa di Cardiologia ha avuto modo di migliorare le proprie capacità di coordinamento con altri professionisti. Inoltre, egli si è espresso in termini molto positivi riguardo il recupero di motivazione lavorativa che, col passare del tempo, si rischia di perdere in una struttura ospedaliera. Lavorare a stretto contatto coi MMG e codecidere insieme al paziente, venendo a conoscenza della sua situazione complessiva di salute e delle dinamiche socioeconomiche e familiari nelle quali è calato, gli ha permesso di avere una visione significativamente più ampia sul bisogno di salute e sulle soluzioni migliori. In sostanza, l'integrazione tra ospedale e territorio permette di assolvere al reale dovere del medico: la cura del paziente, non solo del cuore (o qualsiasi altro organo o parte del corpo).

Con la Sanità d'iniziativa, la dimensione multidisciplinare del personale della struttura, e l'efficace integrazione ospedaliero-territoriale, la CdS di Querceta garantisce una presa in carico delle patologie croniche completa, continua, costante, proattiva e partecipativa, accompagnando il paziente che, in questo modo, ha sempre una persona di fiducia (che può essere il MMG personale, oppure l'infermiere che fa da *case manager*) che lo affianca in ogni decisione e lo conduce in ogni eventuale cambio di *setting* assistenziale.

Passando all'Ospedale di Comunità di Forlimpopoli, è da precisare subito che esso non è l'unico OdC dell'Emilia-Romagna, però è sicuramente il più grande con 28 posti letto: l'OdC di Modigliana ne ha 14, quello di Savignano sul Rubicone ne ha 6 e quello di Mercato Saraceno dispone di 4 posti letto<sup>156</sup>. La realizzazione dell'OdC di Forlimpopoli è da ricondurre all'adozione del Piano sociale e sanitario regionale per il biennio 2011-2013, nel quale erano contemplati, oltre ovviamente alle Case della Salute, anche gli OSCO (l'acronimo utilizzato allora per indicare gli Ospedali di Comunità). Questo acronimo lo si ritrova anche nel DM 70 del 2015, nel quale viene espressamente richiamato l'Ospedale di Comunità come struttura di congiunzione tra il territorio e l'ospedale, con circa 15-20 posti letto e un periodo di degenza prevedibile di 15-20 giorni per ogni paziente<sup>157</sup>. Sotto quest'ottica, l'OdC di Forlimpopoli è evidentemente un modello più ambizioso. L'avvio dell'attività dell'OdC di Forlimpopoli risale al 3 dicembre 2013, e la sua progettazione parte dallo studio

---

<sup>156</sup> *Ibidem*, 145.

<sup>157</sup> <https://www.camera.it/temiap/2016/09/23/OCD177-2353.pdf>

effettuato sulla casistica dei pazienti nelle degenze di Medicina, Geriatria e lungodegenze dell'Ospedale G.B. Morgagni-L. Pierantoni, dal quale si è estrapolato un case-mix di pazienti che dimostravano un quadro clinico stabilizzato e teoricamente idoneo per le dimissioni, ma che non venivano dimessi perché vi erano problematiche di tipo sociale e assistenziale che li attendevano una volta dimessi. Questi diventeranno, come già spiegato nel precedente capitolo, il target vero e proprio dell'Ospedale di Comunità, tra l'altro accresciuto dal taglio e dalle soglie massime per tasso di posti letto su abitanti.

Dal punto di vista organizzativo, l'accesso presso l'Ospedale di Comunità può essere richiesto dal MMG oppure dalla struttura ospedaliera dimettente. In entrambi i casi, la valutazione sull'opportunità o meno di far accedere il paziente all'OdC viene effettuata dalla UVM (vedi pag. 50). L'equipe valutativa è composta da un medico, un infermiere e un assistente sociale. Chiaramente, nel caso in cui l'immissione del paziente in OdC provenga dall'ospedale, essa deve essere inserita all'interno di un più complesso progetto post-dimissione. Sul versante del personale, il nucleo operativo che si occupa della presa in carico e della gestione del paziente è composto da un coordinatore infermieristico, un infermiere *case manager*, infermiere turnista, OSS, geriatra, fisiatra, MMG, MCA, assistente sociale e fisioterapista. All'interno della stessa squadra il personale si alterna e si integra diversamente a seconda dei bisogni del singolo paziente. Gli infermieri hanno un peso predominante nel modello assistenziale del OdC e vengono coadiuvati dagli operatori di supporto (OSS, assistenti sociali). Nello specifico, l'infermiere *case manager* gioca un ruolo essenziale nell'organizzare l'assistenza sulla base delle caratteristiche del paziente ed è la figura deputata al mantenimento della continuità assistenziale. Il coordinatore infermieristico si occupa invece di gestire le relazioni umane e familiari — considerate ormai elemento imprescindibile dell'assistenza — e di coordinare le attività del gruppo fungendo da interfaccia tra le varie professionalità. In totale, l'organico dovrebbe prevedere nel concreto un coordinatore infermieristico, un infermiere *case manager*, dodici infermieri e quattordici OSS. Tuttavia, il contributo dei fisioterapisti risulta essenziale, dal momento che il numero di trattamenti di riabilitazione e riattivazione quotidiani varia tra i ventidue e ventitré.

L'eccellente performance della struttura è garantita, inoltre, da alcuni elementi da non sottovalutare:



- Un documento operativo condiviso che stabilisce le aree di competenza di ciascuna personalità per ogni singolo paziente, in modo da scongiurare l'insorgenza di incomprensioni e cortocircuiti che comprometterebbero la qualità dell'assistenza.
- Indicatori e procedure operative per il monitoraggio delle urgenze nella fascia oraria in cui il geriatra non è presente presso la struttura. Grazie a questi strumenti, il ruolo e l'autonomia dell'infermiere viene potenziata, rendendolo in grado di somministrare determinate cure e trattamenti come la gestione insulinica del paziente diabetico o la gestione farmacologica del dolore.
- Elemento di base nella nuova concezione di sanità territoriale — ma ancora non pienamente implementato — è il consolidato utilizzo e gestione della cartella integrata informatizzata, valida sia per il territorio che per i presidi ospedalieri.
- La formazione congiunta dei professionisti operanti del OdC, inizialmente necessaria e propedeutica all'apprendimento delle proprie competenze e all'assimilazione della logica del lavoro in equipe, ma comunque fondamentale, anche in via successiva, per mantenere forte il legame e l'intesa tra i vari operatori.
- Briefing settimanale dell'equipe con formazione e aggiornamento sul PAI del singolo paziente, che deve riguardare sia le linee di intervento clinico-terapeutico, sia la gestione delle criticità legate alla sfera sociale.

Infine, la Regione ha previsto specifici indicatori di esperienza e parametri di valutazione sulla performance dell'OdC. I dati vengono raccolti e registrati nel Sistema informativo regionale degli ospedali di comunità (SIRCO). Gli indici utilizzati dal sistema per valutare la performance degli OdC sono diversi: durata degenza minima, durata degenza massima, durata media della degenza, gli outlier e i pazienti dimessi per decesso. In linea di massima, l'età media dei ricoveri presso l'OdC di Forlimpopoli è di circa 80 anni, e col passare del tempo il tasso di ricovero presso la struttura è aumentato, fino a toccare il 96% nel 2017. La degenza media è di circa diciotto giorni ed è molto difficile che il periodo di ricovero superi i quarantadue giorni. La mortalità è molto bassa. Dal punto di vista degli indicatori di esito, alla manifestazione di un basso indice di autonomia funzionale all'entrata, alla dimissione tale autonomia aumenta notevolmente, consentendo il rientro presso il domicilio di circa l'83% dei casi. Un risultato decisamente positivo, che rende la dimissione

significativamente più sicura e garantisce l'appropriatezza di un eventuale nuovo ricovero per acuzie.

## **La Casa di Comunità: normativa e proiezioni realizzative**

Una volta fornite le conoscenze basilari sulla logica, l'organizzazione e il funzionamento della Casa della Salute e dell'Ospedale di Comunità, è ora possibile procedere alla trattazione della Casa di Comunità, cercando di insistere sulla comprensione dell'aspetto "comunitario" della stessa.

"La Casa di Comunità (CdC) è il luogo fisico di riferimento per la comunità su cui insiste, è un luogo di prossimità e di facile individuazione dove la comunità può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria al fine di trovare risposta ad un proprio bisogno di salute. La CdC introduce un modello organizzativo di approccio integrato e multidisciplinare attraverso un'équipe multiprofessionale territoriale. Costituisce la sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari."

Questa la sintetica definizione di Casa di Comunità fornita dalla bozza del DM 71/2022, adottata dal Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia. Rimane, per il momento, una bozza, data la non raggiunta intesa con le Regioni in sede di Conferenza Stato-Regioni. Nondimeno, le modifiche apportate e che continuano ad apportarsi non vanno a tangere il contenuto sostanziale dell'atto, e quindi della riforma<sup>158</sup>.

La bozza mette subito in risalto il ruolo di punto di incontro tra i servizi sanitari e i servizi sociosanitari e sociali che la CdC riveste all'interno del nuovo contesto della sanità territoriale e assistenza primaria, ma non solo: la struttura deve anche rappresentare luogo di integrazione tra dimensioni assistenziali diverse, ma che devono operare in maniera sinergica per garantire il miglior livello di tutela della salute del singolo e della comunità di riferimento. La logica della multidisciplinarietà, che questa riforma vede e vuole particolarmente rafforzata, trova incarnazione organizzativa nella

---

<sup>158</sup> [https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo\\_id=103241](https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=103241)

costituzione di *équipes* che comprendono: Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali Interni, Infermieri di Famiglia o Comunità, altri professionisti della salute disponibili a legislazione vigente nell'ambito delle aziende sanitarie, quali ad esempio Psicologi, Ostetrici, Professionisti dell'area della Prevenzione, della Riabilitazione e Tecnica, e Assistenti Sociali anche al fine di consentire il coordinamento con i servizi sociali degli enti locali del bacino di riferimento. Preme ricordare che tutte le forme di aggregazioni tra MMG e PDL, come le Aggregazioni Funzionali Territoriale e le Unità Complesse di Cure Primarie, troveranno, sempre secondo il DM n.71, la loro collocazione necessariamente all'interno della Casa di Comunità, evidenziando come l'intenzione sia quella di rendere quest'ultima realmente punto di riferimento centrale per il cittadino e i suoi bisogni di salute. Per quanto riguarda la distribuzione su base demografica di tali strutture, lo standard, che potrà trovare differenti declinazioni a seconda della peculiare conformazione del territorio e della dispersione della popolazione, sarà di una Casa di Comunità *hub* ogni 40.000-50.000 abitanti. È importante precisare sin da subito che non esiste soltanto una tipologia di CdC, bensì, proprio per il sistema a rete nel quale sono inserite, ve ne sono due: la Casa di Comunità *hub* e la Casa di Comunità *spoke*.

Oltre alle principali distinzioni tra le due strutture, le quali si vedranno tra poco, ve n'è una che riguarda proprio la diversa collocazione anche territoriale delle due Case: mentre le prime devono fungere, appunto, da hub e quindi da "Casa madre" per le *spoke*, trovando quindi sede preferenziale dentro agli agglomerati urbani, le altre funzionano come avamposti sul territorio, specialmente in località rurali e a bassa densità di popolazione, garantendo così una copertura capillare su tutto il territorio.

Servizi	Modello Organizzativo	
	Casa della Comunità <i>hub</i>	Casa della Comunità <i>spoke</i>
Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multiprofessionali (MMG, PLS, SAI, IFeC, ecc.)	OBBLIGATORIO	
Punto Unico di Accesso	OBBLIGATORIO	
Servizio di assistenza domiciliare di livello base	OBBLIGATORIO	
Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad 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 Casa della Comunità <i>hub</i> 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
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	RACCOMANDATO	
Medicina dello sport	RACCOMANDATO	
Attività Consultoriali	RACCOMANDATO	
Programmi di screening	FACOLTATIVO	
Vaccinazioni	FACOLTATIVO	

Fonte: DM 71/2022<sup>159</sup>

La tabella sopra riportata mostra quali siano le caratteristiche che accomunano e contraddistinguono i due livelli di struttura. Esse riguardano sia la tipologia delle prestazioni erogate che il numero e la composizione del personale che presta la propria opera all'interno della Casa, ma anche la copertura di servizio in un determinato arco temporale. Proprio con riguardo a tale elemento, si nota come la CdC *hub* presenti un setting di prestazioni decisamente più impegnativo rispetto a quello afferente alla *spoke*, sia in termini di dotazione di determinati strumenti e

<sup>159</sup> <https://www.saluteinternazionale.info/wp-content/uploads/2022/02/Modelli-e-standard-per-lo-sviluppo-dellAssistenza-Territoriale-nel-Servizio-Sanitario-Nazionale-CdM-21.4.22-.pdf>

personale per erogare certe tipologie di prestazioni, sia per quanto riguarda la copertura nell'arco della settimana, che risulta essere totale per quanto riguarda la presenza medica e, in secondo luogo, quella infermieristica. In ogni caso, ciò che accomuna fortemente la CdC *hub* e la CdC *spoke* sono le prestazioni sociosanitarie, con particolare attenzione all'assistenza domiciliare e la presenza — si potrebbe a buon diritto parlare di un vero e proprio assorbimento — del Punto (o Porta) Unico di Accesso all'interno delle Case stesse, oltre ovviamente alla presenza dei servizi di cure primarie.

La logica del modello a rete impone comunicazione e collaborazione a stretto giro, non soltanto per quanto riguarda la singola CdC e le varie strutture dell'SSN satelliti con cui ha contatto (si pensi ai vari studi nei quali lavorano gli stessi MMG che prestano servizio all'interno della Casa), ma anche per quanto concerne i rapporti tra la *hub* e le *spoke*: come già anticipato, le seconde non possono offrire tutta quella gamma di prestazioni che invece la *hub* è in grado di erogare, per via della mancanza, nella maggior parte dei casi, di una massa critica per alcuni servizi a maggiore intensità specialistica e tecnologica; ma allo stesso tempo trovano la loro ragion d'essere grazie alla flessibilità che le contraddistingue, la quale permette loro di distribuirsi capillarmente in tutto il territorio e fornire così copertura assistenziale anche nelle zone più isolate o meno collegate.

Tuttavia, il sistema a rete contempla altri due livelli superiori di cooperazione. Il primo si inserisce nel più ampio contesto della sanità territoriale e dell'assistenza intermedia, coinvolgendo e mettendo a contatto le CdC con le altre strutture extraospedaliere, come gli Ospedali di Comunità e le RSA. Il secondo, su cui è bene prestare particolare attenzione, prevede una efficiente condivisione di informazioni attraverso l'impiego di piattaforme informatiche tra le CdC e le strutture ospedaliere, al fine principale di permettere un monitoraggio costante e il celere trasferimento del paziente presso l'ospedale. Tutto ciò consente agli operatori della CdC di intervenire nei tempi e nelle modalità appropriate sul percorso di cura dei pazienti cronici che versano in condizioni di instabilità con alto rischio di acutizzazione, informando costantemente i loro colleghi operanti nella struttura ospedaliera e potenziando così la *preparedness* dell'intero sistema assistenziale sanitario.

Prima di proseguire con l'analisi del versante sociale della CdC, ossia quello riguardante la presa di contatto e collaborazione con le associazioni e le realtà rappresentative della comunità, è necessario aprire una parentesi su quella che è una figura innovativa rispetto alle altre già presenti e conosciuta nel mondo della sanità territoriale: l'infermiere di famiglia/comunità (IFoC). L'IFoC costituisce uno

dei cardini principali del nuovo sistema dei servizi territoriali, data la sua massiccia presenza prevista in numerose strutture, tra le quali la CdC, l'Ospedale di Comunità e le Centrali operative territoriali. Il dm 71/2022 ne prevede circa uno ogni 3.000 abitanti, anche se poi viene specificato che per un bacino standard della CdC (40.000-50.000 abitanti) ve ne possono essere dai 7 agli 11, il che presuppone, nel migliore dei casi, una presa in carico per ogni singolo infermiere di almeno 3.600 abitanti. Vi è poi da considerare che presso la COT devono operare almeno altri quattro IFoC, e almeno sette presso l'Ospedale di Comunità. Fabbisogno di personale a parte, l'infermiere di famiglia/comunità è la figura che si occupa di gestire tutti i processi infermieristici all'interno delle strutture territoriali ed è anche l'operatore deputato all'espletamento dei processi di Sanità d'iniziativa (quindi la presa in carico e il *follow up* del paziente). L'IFoC funge inoltre da ponte tra le varie professionalità presenti all'interno della Casa di Comunità, e ne coordina le attività in maniera funzionale rispetto al percorso assistenziale del singolo paziente, ma anche con attenzione ai processi di educazione alla salute e prevenzione, di cui egli/ella si occupa direttamente. A tal proposito, l'infermiere di famiglia si fa anche carico delle relazioni con il sociale, con la comunità di appartenenza e le sue forme associative al fine di rilevare e comprendere problemi e criticità che possono costituire una minaccia per la salute della popolazione. Infine, è incaricato di stimolare e promuovere processi partecipativi di gestione della salute individuale, ma anche familiare e comunitaria, divenendo quindi, in un certo senso, il rappresentante della Casa di Comunità dinnanzi alla comunità stessa.

Insomma, una figura con un carico di lavoro notevole e multidimensionale, in grado di gestire più attività e processi contemporaneamente, e soprattutto di sapersi rapportare con le professionalità interne alla Casa di Comunità, con le altre strutture che vanno a formare il nuovo quadro istituzionale della sanità territoriale, e con la stessa popolazione di riferimento. Di questo aspetto si tratterà più approfonditamente nelle pagine subito a seguire.

Una volta descritta la struttura operativa e l'arcipelago organizzativo nel quale è stata incardinata, è naturale cercare di comprendere quali sono le finalità della creazione di tale istituzione, la sua governance e ciò che ci si aspetta da essa, anche con uno sguardo più ampio su tutta la riforma. Il progetto *La Casa della Comunità*, prodotto dall'associazione Prima la Comunità, in collaborazione con CERGAS-SDA Bocconi, il Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di

Pisa, i ricercatori della Università di Torino e Prospettive – Ricerca socioeconomica S.a.s., si concentra proprio su tali aspetti, fornendo inoltre utili indicazioni per la concreta messa in opera delle attività più innovative rispetto a quelle già riscontrabili nelle Case della Salute. Si tenga presente che i programmi di realizzazione degli investimenti previsti nel PNRR sono ancora piuttosto vaghi, ed è, a parere di chi scrive, molto vago soprattutto il modo/mezzo con cui il legislatore vuole riallacciare il rapporto partecipativo e rappresentativo tra i cittadini e le strutture della sanità territoriale. Se si desidera comprendere la portata di tali novità, la parola chiave da metabolizzare è proprio “comunità”. Infatti, al di là di quelli che saranno i risvolti in termini di qualità, appropriatezza e globalità delle prestazioni erogate, uno dei capisaldi fondamentali sui quali si regge la Casa di Comunità è proprio quello di essere un luogo d’incontro per i membri della comunità stessa, che insieme definiscono in maniera proattiva i bisogni della popolazione in termini di salute, condividendo informazioni ed evidenze provenienti anche dal mondo delle reti sociali. Vuole quindi essere un terreno comune nel quale tutti i partecipanti hanno pari dignità e voce in capitolo, e nel quale è possibile plasmare l’offerta di servizi e le modalità di erogazione delle prestazioni a seconda degli specifici bisogni della comunità di riferimento.

Si tratta, in sostanza, di istituire una rete di strutture a tutti facilmente accessibile e che sia in posizione di ascolto e recepimento delle necessità sia della comunità che del singolo, affiancando quindi ai progetti di salute dei singoli pazienti una dimensione collettiva e olistica dell’assistenza territoriale. Le varie metodologie di stratificazione della popolazione impiegate sul versante della Medicina di popolazione, a cui si affianca la Sanità d’Iniziativa, mirano proprio alla definizione e programmazione assistenziale in base alle caratteristiche demografiche, sociali, economiche, epidemiologiche dell’intera popolazione. Per fare ciò, è essenziale che la stessa popolazione partecipi in questa opera di definizione dei bisogni, e che agisca come una sorta di “grande paziente” in grado di decidere con le strutture della sanità territoriale.

VALORI/OBIETTIVI	AREE D'AZIONE
Andare verso	Far emergere i bisogni sanitari, sociali e di cittadinanza.
Cercare chi non arriva	Porre in essere azioni preventive, curative e sociali che raggiungano fisicamente persone ad alto rischio di vulnerabilità.
Sviluppare una visione condivisa di salute.	Promuovere la realizzazione d'interazioni di conoscenza, di collaborazione, di attività (progettuali) con la comunità e le sue Istituzioni formali e informali. Implementare modalità organizzative che permettono l'integrazione tra settore sanitario e sociale, tra diversi professionisti nell'ottica di valorizzare il coordinamento e la collaborazione in contesti multidisciplinari, e tra soggetti istituzionali e non
Rendere operativa la sostenibilità tecnica, sociale ed economica.	Realizzare strumenti per la gestione e la rendicontazione delle risorse attivate a livello di ciascuna CdS.
Favorire il protagonismo della persona	Sviluppare percorsi di salute, diritti, inclusione sociale nella relazione che ha cura.
Favorire il protagonismo della comunità	Dotarsi di strumenti formali e sostanziali di partecipazione dei cittadini nei momenti decisionali, di erogazione dei servizi e nella valutazione dei risultati.

Fonte: Associazione Prima la Comunità (2021)<sup>160</sup>.

Se i valori/obiettivi del progetto sono quelli elencati nella tabella soprastante, il punto sicuramente più difficile da realizzare è proprio l'ultimo, ossia quello di cui si è parlato finora: trovare una formula che permetta ai cittadini, in forma individuale e aggregata, di partecipare realmente alla definizione dei servizi offerti dalla sanità. Obiettivo tutt'altro che facile, data l'elevata "tecnicità" del settore in questione. Per arrivarci, è imprescindibile una adeguata impostazione della governance della Casa, che vada ad includere tutte le parti fondamentali della comunità o comunque quelle che, per via della natura della loro attività, hanno a che fare col tema della salute e ne sono influenzate in maniera determinante.

Un'idea potrebbe essere quella di strutturare la governance su tre livelli: il primo vede al suo centro un comitato di coordinamento della Casa di Comunità; il secondo invece prevederebbe come organo direttivo un cosiddetto "contenitore tecnico-professionale"; infine, il terzo livello orbita attorno all'Assemblea delle istituzioni e dei servizi pubblici locali. Nonostante la nomenclatura dei tre organi consenta di dedurre a grandi linee il ruolo e le competenze, è opportuno descrivere, per quanto possibile, con precisione il contenuto di ogni livello. Il primo livello, regolato dal comitato di coordinamento, si occuperebbe sostanzialmente di mettere insieme i vari indirizzi, spunti, iniziative e proposte di programmi provenienti dalla comunità. Sembra essere il livello più "accessibile", dal momento che il comitato convocherebbe, almeno due volte l'anno, un'assemblea aperta a tutti i

<sup>160</sup> <https://www.primalacomunita.it/2021/04/27/casa-della-comunita-ecco-il-progetto/>



cittadini per poter discutere “la rendicontazione dei servizi e la programmazione delle attività”. A questa descrizione piuttosto vaga risponde invece una scelta nella composizione del comitato abbastanza precisa: esso è formato da 5 membri, ossia “un responsabile della Casa (nominato congiuntamente dal Sindaco Capo Distretto e dal direttore di Distretto) supportato da un rappresentante della comunità o delle reti sociali ingaggiate, da un rappresentante delle professioni sanitarie, da un rappresentante dei servizi sociali degli EEL, da un rappresentante delle istituzioni cooperanti (es. scuola, biblioteca, associazioni sportive, ecc.)”. Volendo fornire alcuni esempi di rete sociale, si pensi alle reti di volontariato, a quelle di mutuo soccorso, alle varie associazioni, alle reti di advocacy, ecc.

Quindi, se ci si domandasse quale sarebbe la figura apicale o direttoriale all'interno della Casa secondo tale modello, sembra che la risposta sia il responsabile della Casa, visto e considerato che gli altri componenti dell'organo collegiale risultano trovarsi, stando a quanto si legge, in una posizione subalterna, o comunque non in grado di opporsi formalmente alla decisione del responsabile. È stato persino proposto che la direzione, ossia lo stesso rappresentante della Casa, possa essere assegnato alla corrispondente carica tramite metodo elettivo, conferendo così alla struttura vero e proprio carattere politico. Si precisa che tale modalità non potrà essere applicata con riguardo alla scelta della direzione degli aspetti tecnici dell'istituzione. Sarebbe previsto inoltre l'Agente di Comunità, che sembrerebbe dotato di una funzione propulsiva, poiché incaricato di rapportarsi con la comunità e trovarne una sintesi ai bisogni e ai cambiamenti, elaborando quindi delle strategie di sviluppo della comunità che vadano di pari passo con la programmazione locale e regionale.

Successivamente, si sviluppa il secondo livello di governance, ovvero quello più tecnico e afferente all'ambito sociale e assistenziale, nel quale si sviluppano le strategie per l'erogazione dei servizi e soprattutto si riportano elementi valutativi derivati dall'esperienza empirica per poter scoprire le criticità dell'assetto attuale e ottimizzarlo di conseguenza, sempre con particolare attenzione ai bisogni di salute della collettività. Chiaramente, per rendere pienamente funzionante questo meccanismo, è necessario un *team* multidisciplinare, che includa le varie professioni sanitarie operanti sul territorio e altri operatori in grado di leggere e interpretare i dati ricavati dalla valutazione dei *setting* assistenziali in vigore.

Infine, il terzo livello presenta delle caratteristiche molto simili al primo, eppure si distinguerebbe perché in questo campo giocano un ruolo primario, se non esclusivo, le rappresentanze delle istituzioni che erogano i principali servizi locali. Si tratta di un punto di incontro e confronto tra queste istituzioni e le reti sociali, per sviluppare piani e strategie in sinergia. Inoltre, mentre nel primo livello la rappresentanza della Casa di Comunità sembra avere un potere dirimente, in quest'ultimo caso si troverebbe a occupare una posizione paritaria rispetto alle altre istituzioni erogatrici di servizi pubblici locali.

Oltre ai livelli di governance appena trattati e, per così dire, interni alla Casa di Comunità, ve ne sarebbero altri due, sovraordinati e corrispondenti ai tradizionali enti istituiti con le grandi riforme degli anni '90 e consolidatisi successivamente (seppur con una ricca storia di sperimentazioni e cambiamenti che però ne hanno lasciato inalterato il nucleo essenziale protetto dalla normativa nazionale): il distretto o zona e l'Azienda (AUSL, ASL, ATS ecc.). Nello svolgere le funzioni di progettazione e governo, l'Azienda è tenuta a collaborare con la Conferenza dei sindaci e i rappresentanti del Terzo Settore, proprio per garantire la maggiore partecipazione possibile della comunità alle decisioni strategiche in ambito sanitario e sociosanitario, ma anche per poter decidere e compiere scelte strategiche in grado di sfruttare appieno le risorse messe a disposizione dalle reti socioassistenziali per potenziare l'ambito dell'assistenza territoriale. Il secondo livello, quello afferente al distretto, presenta sostanzialmente la stessa organizzazione della governance, con la conferenza dei sindaci del territorio, che dovrebbe corrispondere alla conferenza sociosanitaria territoriale ex d.lgs. 229/1999, con funzioni di indirizzo e controllo per quanto riguarda le politiche sanitarie del distretto. Sembra esclusa, almeno istituzionalmente, la partecipazione delle rappresentanze del Terzo Settore.

Dal punto di vista della distribuzione sul territorio, si segue fedelmente il criterio applicato anche per ASL e distretti. Se ogni ASL in media serve 500.000 utenti, e ogni distretto al suo interno circa 100.000, si ipotizzano 4/5 Case della Comunità per distretto. Come già sottolineato, per via della necessità di una certa massa critica di utenti al fine di attivare a pieno regime l'erogazione di determinate prestazioni ad alta intensità specialistica e tecnologica, l'utenza non sarà distribuita uniformemente tra le strutture. Oltre alla CdC *hub* e la CdC *spoke*, si è infatti pensato ad un terzo *genus*, una Casa di Comunità intermedia, proprio per potersi meglio adattare alla distribuzione della popolazione sul territorio.

Un aspetto particolarmente complesso è quello del contenitore della CdC, in altri termini si tratta del problema dell'individuazione di spazi consono ad ospitare la CdC e tutto il suo portato di relazioni sociali e partecipazione comunitaria. Tra l'altro, proprio come annunciato in precedenza, è proprio questo il tratto distintivo che permette di segnare una cesura tra la già esistente Casa della Salute e la nuova struttura: una sorta di apertura totale all'utenza, che però non può più essere definita semplicemente tale. L'utente è un individuo tendenzialmente passivo, che usufruisce dei servizi a messi a disposizione dalle istituzioni, senza partecipare in alcun modo alla produzione degli stessi, se non fornendo un *feedback* finalizzato a suggerire miglioramenti o denunciare criticità. Con la CdC si vuole invece coinvolgere l'utente in prima persona nella definizione della mission, delle funzioni e delle modalità di erogazione delle prestazioni attraverso, principalmente, l'espressione di bisogni personali o dell'ambito sociale di riferimento, in modo da arricchire l'offerta e renderla veramente omnicomprensiva e adeguata a tutti. Un pensiero, questo, che richiederebbe un cambio di paradigma totale nel modo di concepire la sanità e la sua capacità di relazionarsi col pubblico, e che sicuramente troverà formidabili ostacoli sia dal punto di vista operativo che sul lato dei soggetti coinvolti, i quali, molto probabilmente, non saranno tutti d'accordo sul concedere questi spazi decisionali ai cittadini.

Accantonando queste riflessioni, e tornando all'argomento presentato qualche riga prima, gli stessi luoghi urbani che dovrebbero ospitare queste innovative strutture verrebbero scelti anche in base a tale ragionamento. Sicuramente i vecchi ospedali, le già esistenti Case della Salute e altri edifici adibiti allo svolgimento di attività di assistenza sanitaria e sociosanitaria risulteranno essere luoghi privilegiati per l'impianto delle CdC, ma non solo: qualsiasi luogo che presenti determinate caratteristiche che favoriscono attività di incontro e di scambio progettuale tra i diversi segmenti di servizio e che ben si prestino all'accoglienza del cittadino, oltre che alla prossimità rispetto ad esso. Attenzione: il discorso non dovrebbe essere limitato esclusivamente agli spazi pubblici, ma dovrebbe comprendere anche quelli digitali, sia per la condivisione di approcci, spunti e idee tra singoli professionisti o parti del servizio, sia tra i professionisti e gli utenti stessi, valorizzando così l'assistenza domiciliare e la deistituzionalizzazione del servizio. Il termine deistituzionalizzazione, coniato e utilizzato dalla teoria psichiatrica per indicare il superamento dello strumento del manicomio per la cura/gestione dei disturbi psichiatrici, vuole significare il l'abbandono dei tradizionali e monolitici setting di cura in favore di una maggiore flessibilità e adattabilità dell'assistenza verso il singolo individuo, contestualizzando il suo stato di salute e cercando di

intervenire, come già ampiamente spiegato, sui comportamenti dovuti alla sua condizione socio-economica<sup>161</sup>. Con particolare riguardo agli spazi digitali di assistenza, e quindi alla telemedicina, si potrebbe dire che la deistituzionalizzazione assume una connotazione fisica: la possibilità di erogare prestazioni al di fuori dei tipici luoghi della salute, come ospedali e studi di medicina generale. Tutto questo non deve essere letto come una contraddizione alla volontà di creare presidi sul territorio, come appunto le CdC: l'idea è proprio quella di far coesistere, all'interno dello stesso concetto di Casa di Comunità, una struttura fisica e una digitale che vanno a costituire un *unicum*.

### **Fase di implementazione: tempi, costi e personale delle Case di Comunità.**

Una volta descritta la logica organizzativa delle Case di Comunità e vedutone il funzionamento anche in relazione alle esperienze della Casa della Salute che, lo si ripete, è sostanzialmente identica alla CdC, è necessario passare all'analisi del processo realizzativo della riforma, delineato nel Piano Nazionale di Sostenibilità 2022-2027<sup>162</sup>. Innanzi tutto, è importante inquadrare tale processo in una timeline ben definita.

Le milestones dell'investimento 1 della missione 6 sono tre: l'entrata in vigore della *secondary legislation* (in questo caso ci si riferisce al decreto ministeriale 71/2022) che prevede la riforma organizzativa della sanità entro il secondo quadrimestre del 2022; l'approvazione, da parte del Ministero della Salute in veste di autorità responsabile dell'implementazione, di un Accordo Istituzionale di Sviluppo (CIS) a cui partecipano le amministrazioni regionali assieme ad altri soggetti interessati dalla riforma, da completare sempre entro il secondo quadrimestre del 2022. In realtà, al Ministro spetta proporre la bozza del CIS in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano. La Conferenza si è espressa in termini positivi con l'Intesa del 30 marzo 2022. Infine, è prevista la realizzazione delle strutture e la messa in funzione delle stesse entro il primo semestre del 2026. Per quanto riguarda il CIS, esso deve essere sottoscritto da tutti i Soggetti attuatori (le Regioni/Province autonome) e ad esso devono essere allegati i singoli Piani Operativi per ogni Soggetto attuatore. Il Piano Operativo è un documento tecnico redatto e approvato dalla Regione/Provincia Autonoma, su indicazione e con il supporto

---

<sup>161</sup> [https://www.treccani.it/enciclopedia/deistituzionalizzazione\\_%28Dizionario-di-Medicina%29/](https://www.treccani.it/enciclopedia/deistituzionalizzazione_%28Dizionario-di-Medicina%29/)

<sup>162</sup> <https://www.camera.it/temiap/2021/05/20/OCD177-4961.pdf#page=2400>

tecnico del Ministero della salute, tramite l’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) limitatamente agli investimenti della Missione 6 - Componente 1, che elenca gli interventi inseriti nel CIS organizzandoli secondo le rispettive Componenti/Linee di investimento<sup>163</sup>. Esso costituisce parte integrante del CIS e deve essere inserito per mezzo della compilazione dell’apposito schema contenuto nel Contratto, il tutto entro il 31 maggio 2022. Ogni singolo Piano Operativo Regionale contiene a sua volta un certo numero di Action Plans, ognuno dei quali riferito ad una specifica linea di intervento.<sup>164</sup> Al fine di controllare il rispetto dei vincoli del CIS e il contenuto stesso dei Piani Operativi, il MdS ha istituito un’Unità di Missione, la quale si avvale anche del supporto dell’Agenas. Per quanto riguarda invece la fase a valle, l’Unità verrà assorbita dal Tavolo istituzionale direttamente presieduto dal Ministro della Salute, con la partecipazione del Presidente della Regione/Provincia Autonoma e del Ministro dell’economia e delle finanze. Al Tavolo, stando alla lettera dell’art. 6 del CIS, spetta il monitoraggio e la valutazione dei progressi fatti in base a quanto stabilito del singolo Piano Operativo, la valutazione e l’approvazione di eventuali modifiche al Piano e approvare le proposte di definanziamento, se necessario. Risulta cruciale, inoltre, la figura del Responsabile unico del contratto (RUC), che presiede l’Unità di Missione e mantiene contatti costanti coi Soggetti attuatori, raccoglie dati sullo stato di avanzamento del Progetto e infine riferisce in sede di Tavolo istituzionale. Sembra che tutti i Soggetti attuatori abbiano ormai deferito il proprio Piano Operativo all’Unità di Missione. I Piani sono stati approvati e i tempi sono stati rispettati. A questo punto, inizia la fase di vera e propria realizzazione, con la conversione di alcune strutture e la costruzione di nuove al fine di ospitare le Case della Comunità. In realtà, oltre ai costi di mera costruzione dei locali, ve ne sono altri.

#### **Investment 1.1 - Community Health House to improve territorial health assistance**

<b>Cost item</b>	<b>Unit Cost (Euro)</b>	<b>Nr</b>	<b>Total</b>
Item A – Operational support	-	-	261,504 €
Item B - Structural costs	1,280,000	1,288	1,648,640,000 €
Item C - Costs of interconnection and technological plants	272,592	1,288	351,098,496 €
<b>Total</b>			<b>2,000,000,000 €</b>

Fonte: Sustainability Plan 2022-2027.

<sup>163</sup> <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1585175.pdf>

<sup>164</sup> <https://www.salute.gov.it/portale/pnrssalute/dettaglioContenutiPNRRSalute.jsp?lingua=italiano&id=5835&area=PNRR-Salute&menu=missionesalute&tab=2>

Chiaramente, la voce di spesa di cui all'Item B è la maggiore, con 1,280,000 € per ogni Casa di Comunità (in totale, 1,648,640,000 €). Si tenga presente che, in mancanza di un flusso informativo adeguato riguardo le strutture già esistenti e che presentano i requisiti necessari per una riconversione in Casa di Comunità, il costo complessivo calcolato. Vi è però un'altra rilevante voce di costo relativa all'Item C, ossia le spese per la creazione e messa in funzione di impianti tecnologici che permettano l'interconnessione sia a livello infrastrutturale che al livello interstrutturale e che rendono effettivamente possibile l'utilizzo degli strumenti della telemedicina e il coordinamento tra i vari professionisti in tempo reale.

Questa è la previsione di spesa legata alla realizzazione delle strutture, e infatti il totale ammonta appunto a 2 mld di euro, che è poi il dato indicato anche nel PNRR. Tuttavia, nel Dossier prodotto dalla Camera dei deputati e aggiornato al 15 luglio 2021, i dati riportati sono diversi: le CdC da realizzare non saranno 1.228, bensì 1.350<sup>165</sup>. La differenza si nota anche a livello regionale: se si prende in mano il Piano Operativo Regionale della Regione Sardegna, si scopre che le Case di Comunità da realizzare sono 50 (12 da edificare *ex novo*, 38 da ristrutturare /convertire)<sup>166</sup>. Il Piano Nazionale di Sostenibilità 2022-2027 ne prevedeva 35. Tuttavia, bisogna anche tenere in considerazione che i fondi derivanti dal PNRR non sono l'unica fonte di finanziamento del progetto: se essi ammontano a € 73.655.396,58, i fondi regionali mettono a disposizione € 2.957.008,00. Anche se, rispetto a quelli previsti dal PNRR, i fondi regionali sono piuttosto esigui, essi possono rappresentare un contributo importante, dal momento che ben 38 Case su 50 necessitano esclusivamente di opere di riadattamento, presumibilmente meno costose rispetto ad una edificazione completa. In realtà non è neanche questo il caso: la ristrutturazione dell'ex ospedale Manai, sito in Bonorva (SS), richiede ben 3.915.000,00 €, mentre la costruzione della Casa di Comunità di Olbia ne richiede 2.419.934,00 € (numeri, comunque, ben sopra la media prevista nel Piano Nazionale di Sostenibilità). Dall'altra parte, si hanno dei casi opposti: la Casa di Comunità di Oristano abbisogna "solo" di 580.000,00 €. Come risulta chiaramente sulla base di questi numeri, definire un profilo standard dei costi della CdC è estremamente difficile, dal momento che esso è fortemente determinato dalle caratteristiche demografiche dell'area e quindi dallo specifico fabbisogno di salute. Ci si può quindi aspettare che in questo caso i fondi previsti siano sufficienti,

---

<sup>165</sup> [http://documenti.camera.it/leg18/dossier/pdf/DFP28a.pdf?\\_1636709722003](http://documenti.camera.it/leg18/dossier/pdf/DFP28a.pdf?_1636709722003)

<sup>166</sup> <https://delibere.regione.sardegna.it/protected/59923/0/def/ref/DBR59921/>

anche se il numero di Case previste è aumentato col tempo. Vi è anche un secondo lato della spesa e dei costi legati alla Casa di Comunità. Si sta parlando dei costi del personale, sia in termini di retribuzione mensile, sia in termini di assunzione di nuovo personale.

Personnel cost of Community Health House					
Personnel description	Personnel number per facility	Unit cost increase	Total personnel number	Additional Cost	Financing source
Administrative	5	- €	6.440	- €	No additional burden on National Health Service because of resulting from a staff reorganisation in the area of primary care
General Practitioner	10	- €	12.880	- €	
Community Nurse	6	- €	7.728	- €	
	2	40.000 €	2.363	94.500.000 €	D.L. n. 34/2020 art. 1 c.5
<b>Total</b>				<b>94.500.000 €</b>	

Fonte: Sustainability Plan 2022-2027

Come si può vedere chiaramente dalla tabella soprastante, sembra che l'unico costo aggiuntivo a cui bisogna far fronte per portare a pieno regime l'organico della Casa di Comunità, è quello legato al potenziamento del personale infermieristico, e nello specifico all'aumento del numero di Infermieri di Comunità/Famiglia, figura centrale all'interno della CdC per il suo ruolo propulsivo nella tutela della salute degli utenti. Si è già visto la funzione fondamentale che l'infermiere svolge nell'ottica della Sanità d'iniziativa all'interno della Casa della Salute (vedi pag. 108). Non ci si sbaglierebbe, quindi, se si facesse un ragionamento analogo rispetto alla CdC. Il fabbisogno stimato di personale per ogni CdC è calcolato contando per ogni struttura un bacino di utenza che varia dalle 15.000 alle 25.000 unità (numero minore rispetto a quanto dichiarato nel dm 71/2022, dove si parlava di un'area comprendente 40.000-50.000 utenti). Ovviamente, il numero di MMG necessari è particolarmente alto, e sarà con tutta probabilità la componente principale a livello di organico all'interno della CdC. Essenziale sarà anche l'apporto del personale amministrativo con funzioni di segreteria. Tuttavia, bisogna soffermarsi un poco su quello che è il numero previsto di MMG per ogni struttura. Anche eseguendo un calcolo sbrigativo, ci si accorge immediatamente che 10 MMG sono sufficienti a coprire un bacino di utenza che arriva a massimo 15.000 abitanti, considerando ovviamente ogni medico di base come "massimalista" (1.500 pazienti cadauno).

Per questo motivo, si presume che il numero indicato nella tabella sia da intendersi come minimo. Anche se così fosse, in alcuni territori si riscontrerebbe in ogni caso una mancanza così grave di medici di famiglia che probabilmente si dovranno fronteggiare comunque delle difficoltà nel

reperirne persino il numero minimo<sup>167</sup>. Ed infatti risulterà piuttosto improbabile riuscire a fornire tutti i MMG necessari alle Case della Comunità semplicemente attraverso una riorganizzazione del personale di cui già si dispone, come indicato nella tabella. Ci si chiede, inoltre, come mai non vi sia contemplato anche il costo di tutte le altre professionalità e operatori sociosanitari, come gli specialisti ambulatoriali e il personale sociosanitario. In base ai dati a nostra disposizione, l'organico standard è di 10 MMG, 8 Infermieri di Comunità e 5 amministrativi. In ogni caso, stando a quanto dichiarato nei Piani Operativi Regionali, il fabbisogno specifico di personale viene definito ogni anno dalla singola Regione o Provincia Autonoma e comunicato al Ministero della Salute, che provvederà a erogare un numero di borse di studio sufficienti alla formazione delle nuove professionalità.

---

<sup>167</sup> *Dal PNRR 280 milioni per far rinascere la sanità*. La Nuova Sardegna, pag. 5. 30 maggio 2022.



## CONCLUSIONI

In base a quanto visto nei precedenti capitoli, si riportano le seguenti risultanze:

- Dallo sviluppo dell'introduzione, si è compreso come le dinamiche demografiche stanno già sortendo effetti negativi sul profilo epidemiologico della popolazione, determinando un forte aumento delle patologie croniche e anche della comorbidità nelle fasce over 65. Il Servizio sanitario nazionale, allo stato attuale, non è in grado di far fronte ai futuri mutamenti derivanti dall'inverno demografico, proprio perché la sanità territoriale e la sua odierna organizzazione non sono pronte ad assorbire l'impatto della crescita delle patologie croniche. Inoltre, risulta una non perfetta conoscenza dei servizi del territorio da parte degli utenti i quali, su alcune specifiche prestazioni o modalità di erogazione, si sono espressi in termini negativi.
- Per quanto riguarda il Capitolo I, i dati sulla resistenza offerta dal Sistema sanitario nazionale nei confronti della pandemia da Covid-19 hanno solidamente confermato l'insufficienza dei servizi ospedalieri in scenari di stress (come quello epidemico), ma hanno al tempo stesso dimostrato come la stessa sanità territoriale non era né attrezzata né organizzata in maniera adeguata a garantire la continuità dei servizi, lasciando scoperta una grossa fetta della popolazione. Si è poi fornito l'inquadramento del Ssn come modello sanitario basato sull'universalismo e la fiscalità generale, se ne è ricostruita la storia e le grandi riforme che l'hanno segnato e si è dimostrato come la sanità territoriale, vuoi per i rapporti complessi e difficili con il personale (come i MMG convenzionati), vuoi per la scarsa rilevanza e risonanza che l'hanno sempre posta in un cono d'ombra rispetto ai presidi ospedalieri, non sia mai stata sottoposta a un serio processo riformatore come quello che ha coinvolto la sanità ospedaliera. Il risultato è che essa non è in grado di svolgere la sua funzione di "filtro" di appropriatezza nei confronti della struttura ospedaliera, provocando così forti aumenti degli accessi impropri presso i presidi e paralizzando il Servizio sanitario nazionale. Come conseguenza, si è resa fisiologica l'introduzione di un — per ora — marginale "secondo pilastro", ossia quello della sanità privata basata sulle mutue e le compagnie assicurative in campo sanitario.
- In merito al contenuto del Capitolo II, si è visto come la sanità territoriale è alle prese con una crisi del personale in termini quantitativi. La medicina di base è minacciata da una parte

dall'imminente fuoriuscita di un numero particolarmente cospicuo di personale, dall'altra dalla scarsa immissione di nuove leve a causa del precedente blocco del turnover e dell'imbuto formativo. Si è poi proceduto all'analisi della struttura del Distretto sociosanitario e delle sue articolazioni, mettendo in luce le criticità principali, dovute principalmente ad un disfunzionante e farraginoso assetto organizzativo, dalla difficoltà di "navigazione" del servizio da parte dell'utente, ma soprattutto dalla incapacità di realizzare un'effettiva integrazione tra i vari servizi sanitari e tra essi e il versante dei servizi sociali. Si è avuto modo di vedere quali siano le conseguenze in termini di performance e di equità di accesso in condizioni limite, come quelle che caratterizzano il Distretto sociosanitario di La Maddalena (ASL Olbia). Si è ricostruita la storia delle riforme della sanità territoriale e delle sperimentali forme organizzative di integrazione sanitaria a partire dai primi anni del duemila, concentrandosi soprattutto sulla "riforma Balduzzi" e sulle sue problematiche realizzative che ne hanno determinato il parziale fallimento. Si è infine concluso con una breve rassegna delle diverse strade intraprese da regioni-modello come l'Emilia-Romagna, il Veneto e la Lombardia, spiegando come soltanto le prime due si siano veramente adoperate al fine di ricostruire e potenziare la sanità territoriale, al contrario dell'ultima che invece ha sempre più puntato su un sistema sanitario ospedalocentrico (finendo poi per trovarsi pericolosamente esposta alla pandemia da Covid-19).

- Nel Capitolo III si è prima presentato e trattato approfonditamente il Chronic Care Model e l'Expanded Chronic Care Model come fondamento teorico della nuova sanità territoriale, poi si è analizzato nello specifico il funzionamento e l'organizzazione all'interno della Casa della Salute di Querceta e dell'Ospedale di Comunità di Forlimpopoli, esempi di successo di integrazione sociosanitaria e di applicazione dei concetti di Sanità d'iniziativa, approccio One Health e Medicina di popolazione, di cui si è fornita spiegazione nelle pagine precedenti. Sulla base delle conoscenze apprese sul modello della Casa della Salute, si è potuto illustrare il contenuto della riforma della sanità territoriale contemplata nel PNRR e soprattutto le caratteristiche funzionali e organizzative della Casa di Comunità, erede della Casa della Salute. Si è compreso il valore della riforma nel voler "esportare" tale modello, principalmente adottato e sviluppato in regioni come l'Emilia-Romagna, la Toscana, il Lazio e il Piemonte, e si è successivamente esposto una possibile proiezione realizzativa della Casa di Comunità, cercando anche di delineare quelli che vogliono essere dei canali di

comunicazione e partecipazione della cittadinanza alla gestione e direzione stessa della struttura. Infine, è stato preso in considerazione e studiato il profilo dei costi e delle coperture finanziarie per l'investimento nella realizzazione di 1.350 Case di Comunità, sottolineando sia l'architettura del processo di implementazione regionale e di coordinamento e monitoraggio con il Ministero della Salute, sia quelle che potrebbero essere delle criticità date dalla sottovalutazione dei costi legati al personale, vero motore della struttura.

La riforma della sanità territoriale prevista alla mission 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza è sicuramente da salutare con favore e, forse, persino entusiasmo. Infatti, ciò che si è voluto mettere in risalto nella prima parte del Capitolo III è proprio il grande cambiamento di paradigma che accompagna quella che potrebbe sembrare l'ennesima riorganizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari. L'approccio del Chronic Care Model e della Sanità d'iniziativa richiedono una forma strutturale ben specifica, in grado di garantire la presa in carico della popolazione in maniera proattiva e non più passiva, come accaduto finora in gran parte d'Italia. Il rilevato bisogno di andare incontro al cittadino, di stimolarlo e renderlo partecipe della tutela della propria salute, l'inserimento dello stesso in un universo di servizi integrato e dotato di grande capacità di interconnessione, la costruzione di un percorso terapeutico nel quale egli o ella è protagonista e possiede la conoscenza necessaria per intravederci la risposta ai propri bisogni; questi e molti altri sono i contenuti assolutamente innovativi che il pensiero dietro la riforma ha come portato. È impresa ardua riuscire a riassumere e rendere in termini chiari e diretti ciò che tale riforma rappresenta per il nostro Servizio Sanitario Nazionale.

Vi sono due tipologie di cambiamenti: la prima consiste in un vero e proprio riorientamento della sanità italiana verso una forte valorizzazione della sanità territoriale e, all'interno della stessa, il cambiamento si traduce nell'introduzione di un paradigma che vuole un servizio non limitato all'erogazione della prestazione al singolo, ma dotato di una chiara strategia mirante allo studio delle problematiche di salute dell'intera collettività di riferimento e al conseguente approccio olistico che tratti la comunità come un grande paziente. Nel decreto ministeriale 71/2022 sono presenti gli elementi principali di tale cambio di paradigma. Già in base alla lettera dell'art. 7 del decreto-legge 34/2020 (poi convertito con legge 77/2020) il Ministero della Salute può utilizzare i

dati personali dei pazienti, raccolti nei sistemi informativi del Servizio sanitario nazionale, per poter sviluppare “modelli predittivi” sul fabbisogno di salute della popolazione<sup>168</sup>. Si ravvede, dunque, la volontà di non rispondere passivamente alle necessità dei singoli pazienti in maniera passiva, e di creare delle metodologie per poter prevedere, in base ai dati a disposizione del SSN, quali saranno i bisogni futuri della collettività e orientare l’offerta, di conseguenza, senza trovarsi costretti a provvedere tardivamente e in via parziale. L’obiettivo di fondo è quello di rilevare i bisogni di salute presenti e futuri anche di quelle fasce di popolazione che non perseguono attivamente la tutela della loro salute rivolgendosi all’universo dei servizi socio-sanitari. Quanto appena detto rientra nella definizione del concetto di Medicina di Popolazione, che mira alla rilevazione del “sommerso sanitario” e alla tutela della salute dell’intera collettività. Per fare ciò, lo strumento da utilizzare è quello della stratificazione della popolazione che si basa a diversi fattori:

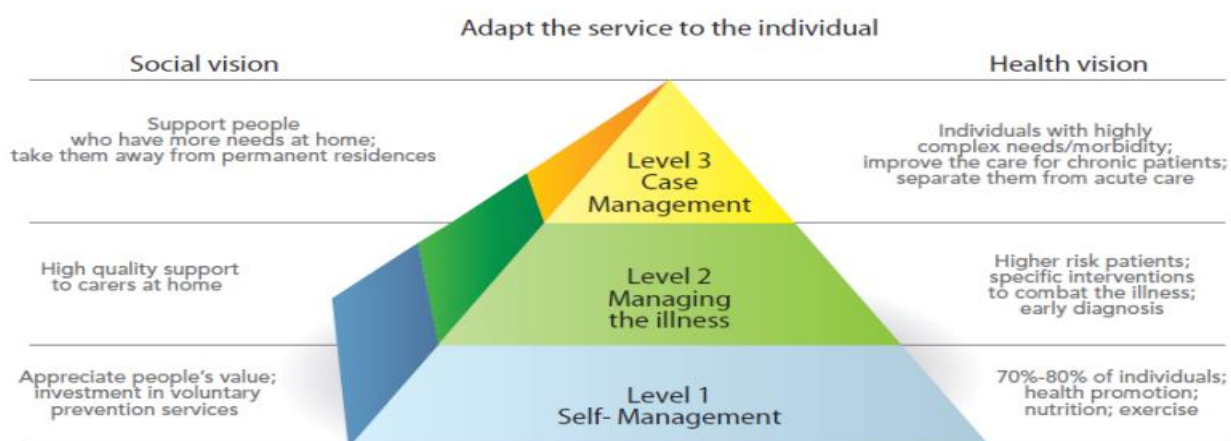
- Valutazione del rischio epidemiologico della popolazione di riferimento (stratificazione del rischio).
- Valutazione delle priorità d’intervento.
- Definizione del profilo d’offerta più appropriata di servizi socio-assistenziali.
- Promozione della salute, prevenzione e diagnosi precoce.
- Presa in carico e gestione del paziente attraverso il piano di cura.
- Erogazione di servizi personalizzati.
- Valutazione della qualità delle cure erogate.

Questi sette passaggi, da seguire meticolosamente nella costruzione dell’offerta socio-sanitaria, erano già stati definiti nel Piano Nazionale della Cronicità basato sull’accordo tra Stato, Regioni e Province Autonome del 15 settembre 2016, nel quale essi vengono riassunti nello schema sottostante.

---

<sup>168</sup> <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/05/19/20G00052/sg>

Pyramid defined by King's Fund in the United Kingdom



Fonte: Piano Nazionale della Cronicità (2016)<sup>169</sup>

Il riadattamento sopra riportato della piramide di Kaiser fornisce un'idea molto sintetica ma efficace della stratificazione della popolazione in base ai bisogni non solo sanitari, ma anche sociali, e suggerisce le tre tipologie di *framework* operativi integrati per ogni gradino della piramide. Due sono i principali risultati dell'implementazione organica di questo nuovo modo di fare sanità: incardinare il singolo cittadino all'interno di uno dei gradini della piramide in base ai bisogni di salute e agli interventi necessari per soddisfarli anche in base ai dati raccolti su tutta la sua storia sanitaria, così da avere un solido punto di partenza da cui sviluppare in seguito un percorso assistenziale sempre più specifico e personalizzato; il secondo risultato consiste nella maggiore appropriatezza ed efficacia dei trattamenti anche ai livelli più bassi della piramide. È essenziale comprendere che la scelta della forma piramidale affonda le sue radici sia nella volontà di rappresentare la diversa consistenza demografica dei rischi epidemiologici e della diversa intensità clinica e assistenziale dei relativi interventi, sia la necessità di considerare ogni segmento della piramide con la medesima importanza. Il gradino più basso, ossia il più numeroso, potrebbe un giorno, se non supportato e monitorato adeguatamente, diventare il gradino più alto, e quindi quello con problemi di salute più gravi e complessi, con un impatto enorme sulla sostenibilità del sistema. Le priorità di intervento e la distribuzione delle risorse può sicuramente adattarsi ai diversi bisogni di salute, ma quel 70%-80% della popolazione non può e non deve essere abbandonato a se stesso e non stimolato in una logica

169

<https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2016&codLeg=56361&parte=1%20&serie=n ull>

di prevenzione e *self management* della propria salute (ed ecco che si ritorna fatalmente al concetto di Medicina di Popolazione).

La dimensione “macro” del cambiamento apportato dalla riforma è proprio questo: il passaggio da una medicina lenta, passiva, inconsapevole del contesto in cui è immersa, ad una medicina proattiva, che guarda sia al singolo individuo sia alla comunità, e che integra l’approccio medico-clinico con quello sociale.

Per quanto riguarda invece la dimensione “micro”, ossia quella prettamente organizzativo-operativa dell’insieme dei servizi di sanità territoriale, il discorso da fare è un po’ più articolato. Dunque, per semplicità, si è scelto come esempio illustrativo la Casa di Comunità, sia perché rappresenta forse la novità più dirompente introdotta dalla riforma, sia perché in questa trattazione le si è data una grande rilevanza, ma anche per il fatto che è l’elemento che rappresenta più di tutti la rottura rispetto al modello organizzativo precedente.

Anche se mettesse sotto lente solo la Casa di Comunità, la disamina delle novità e dei miglioramenti al servizio presenterebbe egualmente un grado di complessità molto elevato che rischia di distrarre l’argomentazione dagli aspetti squisitamente organizzativi e manageriali che qui interessano. Per scongiurare tale possibilità e per assicurare ordine e chiarezza alle pagine che seguono, si è deciso di fare riferimento a quelle che sono le tipiche leve di *service management*, che sono: la politica di prodotto/servizio, la forma di gestione, il personale di contatto, la comunicazione, la logistica e il layout, la piattaforma di accesso e le tariffe. Ciò che si andrà a sviluppare in questa parte delle conclusioni è una schematizzazione delle principali novità introdotte dalla riforma utilizzando come strumento analitico proprio il modello delle leve di *service management*.

- Con riguardo alla politica di servizio, il cambiamento di linea è piuttosto evidente: il *core business* (o *service*) non è più solamente la singola prestazione sanitaria, ma un vero e proprio paniere di prestazioni afferenti a diversi servizi integrati e contigui tra loro (si pensi alle risposte ai bisogni complessi di salute, che possono prevedere, ad esempio, un percorso terapeutico tangente la medicina di base, la visita specialistica, la diagnostica ospedaliera e altri servizi sanitari). Tali panieri di prestazioni possono, a loro volta, rientrare all’interno di specifici *setting* assistenziali (ospedalizzazione, assistenza domiciliare integrata, degenza presso l’Ospedale di Comunità, percorso terapeutico assistenziale tutto interno alla Casa di Comunità ecc.). Inoltre, se prima le

prestazioni sociali potevano essere pacificamente considerate come *peripherals*, ossia inclusi in servizi che erano sostanzialmente accessori ed eventuali rispetto alla lettura squisitamente medico-clinica della patologia, ora esse rientrano a pieno titolo nel *core service* della sanità territoriale, e dovrebbero trovare la loro principale sede di erogazione presso la Casa di Comunità. Come più volte affermato — ma mai ribadito a sufficienza — nell'introduzione e nei capitoli di questo breve scritto, la patologia è spesso aggravata o addirittura in gran parte determinata da cause sociali, come la povertà, il basso livello di istruzione e le condizioni in ambito familiare: tali fattori, se non compresi nella loro rilevanza, possono senza ombra di dubbio costituire un pervicace ostacolo alla risoluzione del problema, spiazzando l'efficacia della terapia medica e, nei casi peggiori, tagliando fuori il cittadino dal servizio.

La vera integrazione sociosanitaria rappresenta quindi il cambiamento più importante per quanto concerne la politica di servizio della sanità territoriale, la quale è sicuramente una delle leve più centrali all'interno della riforma.

- La forma di gestione non costituisce, ad avviso di chi scrive, una chiave di lettura particolarmente interessante da applicare alla riforma della sanità territoriale. Secondo la definizione, la forma di gestione di un servizio pubblico ha a che vedere con la natura del soggetto a cui è affidata nel concreto l'erogazione del servizio: può trattarsi di un'azienda pubblica, di un soggetto privato, di una associazione non-profit o ad una associazione di volontariato. Ebbene, la teoria vuole che la natura del soggetto erogatore abbia rilevanti ripercussioni sulla natura del servizio stesso, a seconda di quello che è il fine che il primo si prefigge di raggiungere. In realtà, all'interno del vasto mondo della sanità, trovano spazio praticamente tutte le forme di gestione sopraelencate. Si pensi ad un'Azienda Ospedaliera che, nonostante venga remunerata in base al sistema a DRG (vedi pag. 44), rimane pur sempre un soggetto pubblico che non ha come fine istituzionale il profitto; il privato convenzionato, invece, agisce nell'ottica del profitto, nonostante sia remunerato secondo la medesima logica delle Aziende Ospedaliere, e quindi attraverso un sistema di tariffe: più in generale, quando il servizio è organizzato attraverso la programmazione nazionale e regionale, difficilmente la forma di gestione ha effetti rilevanti sulle caratteristiche del primo. Si pensi ancora alle associazioni non-profit come le ONLUS, della cui categoria è conosciutissima, in questo ambito, l'AVIS, la quale si occupa di un servizio essenziale per la

comunità ed è remunerata dalla Regione esclusivamente per le esigenze di rimborso spese; se si guarda alla dimensione del volontariato, sovviene immediatamente nell'immaginario collettivo la classica ambulanza della Croce Rossa Italiana, una delle più grandi associazioni di volontariato nel mondo che agisce in un'ottica chiaramente non-profit.

Stesso servizio, ma discorso diverso deve essere fatto per un esempio di vera e propria gestione privata di un servizio legato alla tutela della salute: il trasporto degli infermi operato da realtà come la Croce Bianca, azienda con sedi operative in tutto il paese. Al contrario del servizio di emergenza-urgenza del 118 e del volontariato della Croce Rossa, le ambulanze della Croce Bianca si pagano, ed è addirittura possibile chiedere un preventivo in via gratuita sul sito<sup>170</sup>. Il beneficio di avere un'azienda privata che offre un servizio di trasporto infermi di alta qualità è quello di alleggerire la pressione sugli altri soggetti che hanno lo stesso compito, ma che hanno difficoltà a coprire in maniera adeguata l'intero bacino d'utenza. Non sorprendentemente, la forma di gestione gioca in questo caso un ruolo essenziale, operando una selezione della domanda e servendo clienti che hanno le disponibilità per usufruire di tale servizio. Infine, vi è una miriade di soggetti, come le cliniche private, che spesso offrono prestazioni che non rientrano all'interno dei LEA, e quindi non risultano coperte neanche in parte dalla finanza pubblica: si pensi alle cliniche specializzate in interventi di chirurgia estetica.

Fatta questa panoramica, sulla sanità territoriale si può dire con ampio margine di sicurezza che la forma di gestione dei vari soggetti che concorrono a comporre il quadro dei servizi non è connotata dall'obiettivo del profitto, ed è altrettanto vero che qui non si tratta di affidare in gestione un centro sportivo comunale (che potrebbe essere destinato ad utilizzi diversi a seconda del mercato in cui il gestore è inserito o in base alla mission dello stesso), bensì un vero e proprio servizio, con un preciso fine istituzionale. Indi per cui, la forma di gestione non è una leva di particolare importanza analitica nello studio della sanità territoriale.

- Il personale di contatto e, più in generale, tutte le funzioni legate al *front office* sono state radicalmente riviste dalla riforma. Il modo in cui il servizio si presenta al cittadino/utente è fondamentale per determinarne la qualità, con ricadute cruciali anche sul lato operativo. La Casa di Comunità costituisce in questo senso un esempio lampante di come una riorganizzazione dei

---

<sup>170</sup> <https://www.crocebiancaitaliana.it/croce-bianca-italiana-servizio-ambulanze-private/traferimento-pazienti.html>



punti di primo contatto con il fruitore possa rivoluzionare il servizio. In un mondo così complesso e articolato come quello della sanità, un *front office* in grado di comprendere i bisogni del cittadino e orientarlo in base ad essi è cruciale per costruire fin da subito una forte intesa e collaborazione con esso, stimolandolo quindi a partecipare attivamente alla tutela della propria salute e a seguire in maniera costante lo sviluppo del proprio percorso di cure, ma garantisce inoltre una maggiore efficacia degli interventi e un migliore processo di presa in carico e *follow up*. In sostanza, mentre l'assetto organizzativo della sanità territoriale prevedeva due uffici principali per l'accesso e la prenotazione delle prestazioni, ossia il PUA e il CUP, ora essi sono praticamente accorpati e ricondotti (anche fisicamente) all'interno della CdC. Come si ricorderà, il Punto Unico di Accesso rappresenta il primo ufficio col quale il cittadino entra in contatto e al quale esprime i suoi bisogni di salute, i quali vengono valutati dal personale del PUA; dopo la valutazione, l'ufficio reindirizza il cittadino verso le strutture in grado di erogare le prestazioni di cui necessita (vedi pag.58). L'inghippo risiede nel fatto che il cittadino, una volta ricevute le istruzioni del PUA, deve poi recarsi al CUP (Centro Unico di Prenotazione) per poter "prenotare" la prestazione presso il servizio indicato dal Punto Unico di Accesso. È intuitivo che un'organizzazione a "silos" di questo tipo disorienta l'utente, ne rallenta l'accesso concreto alla prestazione e, in una certa misura, lo scoraggia. È l'utente che si deve fare carico delle informazioni rilasciate dal PUA (magari trasmesse in un codice poco comprensibile) per poi comunicarle al CUP che, salvo malintesi o ulteriori reindirizzamenti e rimandi, prenoterà la prestazione necessaria.

Ebbene, all'interno della Casa di Comunità questo farraginoso meccanismo viene eliminato. Nel pieno rispetto dell'approccio della Sanità d'iniziativa, il medico di base o, molto più probabilmente, l'Infermiere di Comunità afferenti alla CdC si occupano, dopo una visita preliminare, di stabilire, sempre con la partecipazione e collaborazione del paziente, gli step successivi del Progetto di Salute e del percorso terapeutico assistenziale del soggetto e di prenotare presso il CUP le prestazioni individuate come appropriate al caso. Per meglio comprendere quanto detto, è come se l'infermiere e il MMG costituissero essi stessi una vera e propria unità valutativa dei bisogni dell'utente e, al tempo stesso, rivestissero il ruolo di *front officers* informando il paziente e occupandosi di svolgere tutti gli adempimenti richiesti per assicurargli l'effettivo accesso alle prestazioni. Il paziente è sollevato quindi da qualsiasi incombenza burocratica, se non quella di rispettare gli orari delle visite e di seguire

meticolosamente il piano stabilito. Inoltre, è piuttosto probabile che, data la vasta offerta di servizi presente già all'interno della CdC (intesa come struttura), abbia molta più facilità a trovare il luogo in cui la prestazione viene erogata. In sintesi, non solo il cittadino è più incentivato a prendersi cura del suo stato di salute poiché libero dal dover rimbalzare da un ufficio all'altro in cerca dell'indirizzo giusto e delle parole giuste per poter interloquire con il personale, ma si ha uno *spillover* positivo anche sul piano operativo (attività di *back office*): gli operatori conoscono già il caso e i bisogni dell'utente, il che permette di erogare la prestazione in un regime di maggiore appropriatezza e precisione; inoltre, grazie agli strumenti di comunicazione e prenotazione digitale, oltre che di gestione dei percorsi dei singoli pazienti, aumenterà la stessa velocità con cui verrà garantito il servizio, il che nuovamente porterà benefici in termini di appropriatezza clinica.

- Intimamente collegata all'innovazione del personale di contatto è la parte comunicativa. Al di là della parte clinica, di cui si occupano l'infermiere di comunità e il MMG con il meccanismo illustrato in precedenza, vi è tutta la parte sociale. In questo la comunicazione gioca un ruolo essenziale. Nel momento in cui il paziente accede alla Casa di Comunità, egli si deve immediatamente rivolgere al *desk* presente all'interno della struttura stessa. Questo è il primo autentico punto di contatto (ancor prima della visita dal MMG) con i servizi della struttura. Il personale addetto alla funzione di accoglienza e ascolto dell'utente ha una formazione composita, e spesso molti di loro, che svolgono funzioni di segreteria, posseggono competenze nell'ambito dell'assistenza sociale e dell'educazione<sup>171</sup>. Questo permette al personale di cogliere, oltre all'aspetto clinico, anche i problemi sociali che risiedono dietro la patologia, e questo è possibile grazie ad una capacità comunicativa che va oltre la dimensione sanitaria. Infatti, in base alle informazioni che il personale di segreteria estrapola dal dialogo con l'utente, viene applicato un sistema triage molto particolare, per cui al paziente viene assegnato un determinato codice a colori che tiene conto non solo della gravità e dell'urgenza della patologia dal punto di vista clinico, ma anche delle debolezze e delle fragilità sociali che l'utente vive ogni giorno, e che quindi gli conferiscono una certa priorità rispetto ad altri casi. La capacità di

---

<sup>171</sup> <https://vimeo.com/663912888>

comprendere ed esprimersi in più dimensioni è perciò essenziale se si vuole raggiungere la piena integrazione sociosanitaria.

Per quanto riguarda la parte di comunicazione esterna, essenziale risulta il rapporto con le realtà associative e di rappresentanza della comunità in cui è sita la struttura, anche allo scopo di far conoscere e capire un modo di fare sanità che, in diverse regioni, apparrà assolutamente nuovo e magari anche estraniante.

- La logistica e il layout del servizio influenzano fortemente sia la fruizione del servizio che l'entità e le caratteristiche del target a cui esso si rivolge. Nello specifico, vi sono tre dimensioni chiave in cui la logistica e il layout dispiegano il loro effetto: il dove, il quando e il come il servizio si presenta ai cittadini.

Dal punto di vista della dimensione spaziale (il dove), la sanità territoriale è estremamente polimorfa: la CdC vuole rappresentare un luogo unico, fisico, che vuole essere punto di riferimento della comunità locale contro la frammentazione geografica degli studi di medicina generale e degli ambulatori specialistici. L'obiettivo è ricondurre tutti i servizi componenti il nucleo fondamentale dell'assistenza territoriale in un unico luogo, per facilitarne la fruizione e abbattere i costi che l'utente deve sopportare in termini di tempo e spostamenti. Si potrebbe muovere una critica a tale logica di accentramento, asserendo che in questo modo risulterebbe ancor più difficile garantire la capillarità del servizio anche in aree dove non è presente quella massa critica di utenti necessaria ad attivare e mantenere operative alcune tipologie di servizi presenti nelle Case di Comunità (vedi pag. 116 e 120). Nonostante la presenza sul territorio delle CdC *spoke* (che altro non sono se non gli studi dei MMG funzionalmente collegati alla CdC *hub*), persistono dei dubbi su come il legislatore nazionale e i legislatori regionali intendano risolvere questo problema.

Dall'altra parte, oltre al luogo fisico della Casa di Comunità, la riforma va a potenziare in maniera sostanziale il *setting* assistenziale dell'assistenza domiciliare, valorizzando così la casa come vero e proprio luogo di cura ed estendendo così la fruizione del servizio anche a quelle fasce di popolazione che hanno difficoltà ad effettuare spostamenti. La possibilità per il paziente di essere visitato e assistito a casa con frequenza regolare va innanzitutto a risolvere una delle criticità sottolineate dagli stessi utenti, ossia la scarsa disponibilità del personale dell'assistenza

primaria ad effettuare prestazioni a domicilio; inoltre, il potenziamento dell'assistenza domiciliare va di pari passo e si interseca con lo sviluppo e la diffusione d'utilizzo degli strumenti di telemedicina, i quali consentono al personale e al paziente di tenersi in contatto con maggiore facilità e in modo semplice e diretto grazie alla teleassistenza e al teleconsulto. L'obiettivo, dichiarato nel PNRR, è quello di garantire assistenza domiciliare ad almeno il 10% della popolazione over 65 entro la metà del 2026 sfruttando questi innovativi strumenti di presa in carico. Tirando le somme, se alla domanda "dove?" prima si rispondeva con il presidio ospedaliero e gli studi dei professionisti, ora sono tre le risposte principali: la Casa di Comunità, la casa del paziente e la dimensione digitale della telemedicina (che rischia però di tagliare fuori, se non adeguatamente organizzata e spiegata agli utenti, una buona parte dei potenziali fruitori, specialmente a causa del *digital divide*, vista e considerata la dimensione anagrafica del target).

Con riguardo al "quando", non ci si può esimere dal notare come la riforma abbia messo un pesante accento proprio sul tema della copertura oraria del servizio. Come illustrato nel Capitolo III (vedi pag. 115), il legislatore ha compreso l'importanza che la continuità erogativa ricopre nell'ottica di un miglioramento qualitativo del servizio, sia per poter rendere l'assistenza territoriale veramente in grado di soddisfare i bisogni dei cittadini (nei limiti degli schemi erogativi dei LEA) ed evitare che gli stessi si sentano abbandonati nei momenti di necessità, sia per scongiurare afflussi inappropriati di pazienti presso i presidi ospedalieri, dovuti anche ai momenti di mancata copertura del servizio a causa del debole o completamente assente coordinamento tra i vari professionisti, in primis i medici di medicina generale. L'innesto all'interno della stessa struttura dei MMG, dei MCA e del servizio di volontariato per il trasporto infermi assicura una copertura assistenziale 24 ore su 24. La consapevolezza di avere sempre un punto di riferimento ben individuato e sempre pronto ad accogliere l'utente è una caratteristica di eccezionale rilevanza ed è il tassello principale in un processo di realizzazione e potenziamento di un vero servizio di continuità assistenziale.

Per quanto concerne la parte di *layout*, ossia di estetica, la teoria afferma che a seconda delle forme, dei colori e delle immagini presenti sul luogo di erogazione del servizio, uno specifico servizio può essere messo più in risalto rispetto ad un altro, orientando di conseguenza la scelta dell'utente. Questo tipo di ragionamento, ad avviso dello scrivente, non è applicabile ad una

struttura come la Casa di Comunità, perché i servizi presenti al suo interno non sono dei beni che il cittadino decide di acquistare sulla base di sue preferenze o volontà, e non sarebbe contemplabile né possibile una scelta strategica da parte del Distretto di attribuire, per mezzo dell'estetica del luogo, più importanza ad un servizio rispetto che ad un altro.

Questo non vuol dire che l'estetica non rivesta un ruolo centrale nel modo in cui la Casa di Comunità si avvicina al cittadino. Esse possono situarsi all'interno di piccoli borghi e avere sede presso strutture già molto conosciute ai cittadini del luogo, e magari facili da raggiungere per la posizione in cui si trovano rispetto alla geografia urbana; oppure, possono essere strutture particolarmente moderne, ricche di aree verdi, parcheggi e locali di accoglienza per il cittadino e i suoi accompagnatori. In ogni caso, l'estetica può essere dettata sia dalle disponibilità di strutture già esistenti sul posto, sia dal tipo di popolazione residente. Si potrebbe ipotizzare che in un piccolo paesino rurale, la Casa di Comunità potrebbe anche trovare spazio in una struttura già esistente, magari non particolarmente moderna ma comunque funzionale, e situata in un luogo quanto più centrale possibile rispetto alla cittadina, per permettere un accesso facile e veloce ad una popolazione che probabilmente presenta un'età anagrafica media piuttosto alta e che quindi non è disposta a compiere grandi spostamenti. Al contrario, in una città di medie dimensioni, dotata di infrastrutture sufficientemente sviluppate e con una popolazione relativamente giovane, è possibile edificare *ex novo* una struttura moderna anche leggermente decentrata rispetto centro urbano. Tuttavia, come il lettore avrà compreso, l'estetica è puramente accessoria e non ha rilevanti risvolti sul piano operativo. Il discorso appena fatto riguarda il posizionamento geografico in termini strategici della Casa di Comunità e, più in generale, dei servizi di sanità territoriale, ma poco c'entra con l'estetica in sé.

Sulla piattaforma di accesso e sulle tariffe non vi è molto da analizzare. Si è già illustrato come il cittadino, una volta implementata completamente la riforma, accederà ai vari servizi e, per quanto concerne le tariffe, non si rileva alcuna opportunità di discuterne in questa sede, dal momento che all'interno della Casa di Comunità non dovrebbe esserci alcun servizio che richiede una compartecipazione economica da parte dell'utente.

In sintesi, le modifiche applicate alle modalità di erogazione dei servizi di sanità territoriale, per quanto possano sembrare marginali e riguardanti aspetti non immediatamente riconducibili alla medicina in senso stretto, hanno ricadute notevoli sulla natura del servizio stesso. Come già più

volte affermato, la qualità della sanità territoriale è particolarmente sensibile rispetto all'organizzazione e alle modalità operative con cui il servizio viene erogato, trovandosi ad avere a che fare non con prestazioni ad alta intensità clinica o comunque con una dimensione produttiva *capital intensive*, bensì con un settore dove la qualità del personale, la sua formazione, organizzazione e capacità di penetrare nel tessuto sociale è di fondamentale importanza. La riforma si muove indubbiamente in questo senso e fornisce l'incarnazione organizzativa e strutturale di tutto ciò che si è argomentato nella prima parte di queste conclusioni: una sanità della comunità e per la comunità, sempre a disposizione del cittadino e in grado di raggiungere ogni singolo segmento della popolazione; una sanità veramente sociale, non più animata esclusivamente dalla — seppur ovviamente e giustamente predominante — logica medico-clinica nell'approccio al paziente, ma sostenuta da una visione nuova che permette di effettuare una presa in carico bio-psico-sociale della persona. Infine, una sanità proattiva, che sa leggere e anticipare le profonde, e spesso inosservate, dinamiche che determinano l'identikit epidemiologico della popolazione, siano esse sociali, economiche o demografiche.

Questo è, perlomeno sulla carta, l'ambizioso — per non dire idilliaco — obiettivo della riforma della sanità territoriale. In realtà, nonostante i circa 15,62 miliardi di euro provenienti da Recovery Fund, a cui vanno sommate altre risorse messe a disposizione da vari fondi sociali a livello europeo e quelle del Fondo sanitario nazionale, da cui derivano anche i fondi regionali contenuti nei Piani operativi regionali (vedi pag. 124), l'entità complessiva dei costi di questa colossale riforma sono persino più grandi rispetto a quanto previsto. Alcuni studi, facenti riferimento a quanto riportato nell'analisi sulla legge di bilancio 2022 del Servizio Bilancio del Senato della Repubblica, parlano di ben 2.175 milioni di risorse aggiuntive in più necessarie per coprire il fabbisogno di personale e relativi costi per il periodo 2022-2026<sup>172</sup>. Tali risorse, che ammontano addirittura a più della somma prevista dal PNRR per la realizzazione delle 1.350 Case di Comunità, non sono assolutamente contemplate nel Piano. Ma ci sono altri ostacoli.

Tre sono i principali ordini di motivi per cui si potrebbe dubitare della completa riuscita del progetto. Questi sono:

---

<sup>172</sup> <https://www.fimmg.org/index.php?action=pages&m=view&p=31899&lang=it>

- Il personale: si è già espressa nel Capitolo I grande preoccupazione per lo stato attuale in cui versa il personale sanitario, e ancor di più per le conseguenze che i prossimi anni, caratterizzati da forti ondate di pensionamenti, porteranno sul Sistema sanitario nazionale. In Italia, secondo le stime Eurostat aggiornate al 2020, vi sono circa 51.075 medici di medicina generale e 16.692 pediatri di libera scelta<sup>173</sup>. Facendo una semplice calcolo, e contando quindi per ogni Casa di Comunità un totale di circa 15 MMG (stima fortemente al ribasso, dato che l'AGENAS se conta ben 35<sup>174</sup>), il risultato è che il fabbisogno sarà di circa 20.300 MMG, ed è pienamente soddisfatto. In realtà, anche nello scenario più estremo, dove ogni CdC è dotata di 35 MMG, il totale di personale richiesto ammonterebbe a circa 47.250 generalisti. Ancora una volta, la disponibilità di personale è sufficiente. Tuttavia, bisogna tenere conto della diversa distribuzione geografica dei MMG in Italia, la conseguenza della quale è la presenza di alcune aree dove il personale è sostanzialmente inesistente (si veda pag. 62). Tutto sommato, lo stato attuale della medicina di base non appare in condizioni precarie. Ciò che desta preoccupazione sono i numeri per i prossimi anni: nel 2025, circa il 38% dei medici di medicina generale andrà in pensione, e circa 3,5 milioni di italiani rimarranno potenzialmente scoperti<sup>175</sup>.

In realtà, secondo i più recenti dati in mano alla FIMMG, i medici di famiglia erano nel 2021 circa 40.000 (e non 51.000, secondo i dati Eurostat aggiornati al 2020). Di questi, se ne perderanno circa 9.000 da qui al 2024, più o meno 3.000 all'anno. Risultato: si avrà, realisticamente, una disponibilità di MMG di circa 30.000 unità. Inoltre, se ci si attiene alla lettera del decreto ministeriale, ogni Casa di Comunità avrà bisogno di circa 33 medici di base, considerando una media di 1.200 scelte per medico e un bacino di popolazione da servire di almeno 40.000 utenti. Con questi presupposti, il fabbisogno calcolato per le 1.350 Case della Comunità previste sarà di 44.550 MMG. Questo numero non è sicuramente rassicurante come quello visto in precedenza, e il problema è che l'imbutto formativo persiste, rafforzato anche dalla necessità di un tirocinio abilitante di tre anni che rallenterà ancor di più l'immissione delle nuove leve nel sistema sanitario. Il PNRR prevede l'emissione di 1800 borse di studio per la medicina generale nel 2023,

---

<sup>173</sup> [https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth\\_rs\\_spec&lang=en](https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_rs_spec&lang=en)

<sup>174</sup> <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato9400165.pdf>

<sup>175</sup>

[https://www.repubblica.it/cronaca/2022/04/20/news/il\\_grande\\_cambiamento\\_generazionale\\_dei\\_medici\\_di\\_famigli\\_a\\_uno\\_su\\_tre\\_in\\_pensione\\_entro\\_il\\_2024-346191576/](https://www.repubblica.it/cronaca/2022/04/20/news/il_grande_cambiamento_generazionale_dei_medici_di_famigli_a_uno_su_tre_in_pensione_entro_il_2024-346191576/)

seguite da altre 2700 nel 2024. Certamente un buon inizio, ma sono i tempi stretti della riforma, contrastanti con quelli lunghissimi della formazione, a far pensare che ciò non sarà sufficiente. L'impressione è che nel Piano si è pensato molto più al mattone e alla struttura che al personale al suo interno. Infermieri di famiglia/comunità a parte (vedi pag. 126), la scommessa è che i risparmi generati dalla maggiore appropriatezza garantita dalla rafforzata funzione di filtro della sanità territoriale possano poi essere utilizzati per finanziare la formazione dei nuovi medici di base. La vincita di questa scommessa non è sicura, mentre i lunghi tempi di formazione e i pensionamenti lo sono.

Per quanto concerne gli infermieri di famiglia/comunità, la strada è ancora più incerta. Essi sono stati introdotti definitivamente nell'ordinamento attraverso il decreto-legge 34/2020, non possiedono uno specifico percorso formativo (master universitari e percorsi di formazione interni) e, soprattutto nell'ambito dell'assistenza primaria (quindi delle Case di Comunità) essi svolgono funzioni nettamente distinte rispetto alla classica figura infermieristica che opera all'interno di un contesto ospedaliero. La loro formazione sarà sicuramente più in sintonia con le funzioni svolte all'interno di un Ospedale di Comunità, ma all'interno della Casa di Comunità sono loro richieste delle competenze che si allontanano vistosamente da quelle più tradizionalmente infermieristiche (vedi pag. 117). In ogni caso, rimanendo sulle criticità riguardanti il fabbisogno di personale, la FNOPI (Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche) ha stimato che nell'immediato futuro saranno necessari circa 31.000 professionalità infermieristiche per far fronte ai bisogni dei pazienti affetti da patologie croniche e privi di autosufficienza<sup>176</sup>.

Dei circa 440 mila infermieri iscritti all'albo nel 2016, gli occupati erano più o meno 380.000. Circa 300.000 di questi lavoravano nel settore ospedaliero e 30.000 nelle strutture residenziali. Ne rimangono circa 40.000 operanti negli studi medici e in altri settori dell'assistenza sanitaria, a fronte di un fabbisogno complessivo (che comprende tutte le figure infermieristiche di cui necessitano le varie strutture della nuova sanità territoriale) di circa 23.300 IFoC. Almeno su questo versante, pare che vi sia una sufficiente copertura di personale, che dovrà però essere comunque formato per essere in grado di operare a pieno regime all'interno delle strutture

---

<sup>176</sup> <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2019/10/FNOPI-INFERMIERE-DI-FAMIGLIA-E-COMUNTA-schema-4-.pdf>



territoriali: questo fattore rallenterà i tempi di realizzazione della riforma. Inoltre, secondo i dati Istat aggiornati al 2020, rispetto a quattro anni prima il numero totale degli infermieri attivi è calato a 350.000 (*trend* che va avanti dal 2012)<sup>177</sup>. Fortunatamente, l'età media degli infermieri è rimasta decisamente più bassa rispetto a quella dei medici, per cui difficilmente ci si troverà a dover far fronte alle ondate di pensionamenti che invece colpiranno il settore della medicina di base<sup>178</sup>. Cionondimeno, la Dott.ssa Collicelli, Responsabile relazioni istituzionali dell'Alleanza Italiana per lo Sviluppo Sostenibile, insiste sulla necessità di rinfoltire le schiere delle infermiere e degli infermieri italiani, anche alla luce di del crescente fabbisogno<sup>179</sup>. Inoltre, se per il personale medico può essere decisamente più complicato, "importare" personale infermieristico da altri paesi è ben possibile e — come afferma la Collicelli — alcune regioni, come il Veneto, hanno già provveduto.

- Le resistenze delle associazioni di categoria: su questo punto non si parla di numeri, ma di capacità di convincere gli operatori sanitari, spesso supportati da associazioni di categoria estremamente influenti (come la Fimmg per i medici di base), della bontà del progetto. In altri termini, il carattere organico e onnicomprensivo della riforma implica la necessità di inquadrare un'enorme quantità di personale all'interno delle nuove strutture e sottoporlo a regole e limitazioni nello svolgimento della propria attività. In quest'ottica, ci si aspetta una certa resistenza soprattutto da parte dei medici di base che, come si è già visto, costituiscono la componente preponderante, assieme agli infermieri di comunità, del personale impiegato nella sanità territoriale. Come si è visto nel Capitolo I, i medici di medicina generale sono sempre stati molto gelosi e protettivi nei confronti della libertà professionale che li ha sempre contraddistinti, specialmente con riguardo alle tempistiche e modalità dello svolgimento della propria attività. Portare un certo numero di studi all'interno delle Case di Comunità e collegarne funzionalmente altri che rimangono fisicamente al di fuori di essa (le cosiddette CdC *spoke*) non sarà un'opera facile, anche perché questo implicherà che una parte delle ore lavorate dovranno essere trascorse all'interno della struttura o, perlomeno, in funzione del bacino d'utenza della CdC a cui il medico afferisce. Questo limita fortemente l'autonomia del MMG, senza contare il fatto

---

<sup>177</sup> <https://www.istat.it/storage/rapporto-annuale/2020/Rapportoannuale2020.pdf>

<sup>178</sup> [https://www.fnopi.it/archivio\\_news/attualita/2093/Scheda%20n%20%20L-analisi%20dei%20dati%20Istat.pdf](https://www.fnopi.it/archivio_news/attualita/2093/Scheda%20n%20%20L-analisi%20dei%20dati%20Istat.pdf)

<sup>179</sup> Intervista alla Dott.ssa Collicelli in data 25 maggio 2022.

che egli o ella sarà obbligato a lavorare in equipe e quindi a contatto con altre professionalità che possono avere un *modus operandi* diverso dal suo, magari consolidato in decine di anni di attività.

- La nebulosa formulazione della parte riguardante il coinvolgimento delle rappresentanze sociali: nel penultimo paragrafo del Capitolo III si è cercato di delineare i meccanismi e la governance della partecipazione della comunità alla gestione e direzione della Casa di Comunità, ma, ad avviso di chi scrive, senza grande successo. A scanso di equivoci, si vuole subito confermare l'assoluta importanza della riforma e del suo voler estendere l'eccezionale modello della Casa della Salute a tutto il territorio nazionale. Tuttavia, a suggerire il fatto che ci sia altro dietro la volontà del legislatore è proprio il nome che si è assegnato alla struttura. La Casa di Comunità deve essere un centro di ascolto ed espressione, un'agorà della salute della comunità, e per renderla tale devono essere stabiliti chiari canali di partecipazione e di ascolto che nel progetto non si intravedono. Il rischio è che questa vaghezza porti ad interpretare il nome "Casa di Comunità" come un semplice cambio di etichetta. Ancora una volta: se la riforma riuscirà davvero ad innestare il modello della Casa della Salute in tutta Italia e a farlo funzionare adeguatamente, nessuno avrà il diritto di lamentarsi; questo sarebbe già un risultato epocale. Tuttavia, la partecipazione della popolazione alla governance e all'attività della Casa di Comunità è strettamente collegata al suo corretto funzionamento. L'ascolto delle esigenze e dei problemi del cittadino è fondamentale per orientare l'offerta di servizi e per cogliere le crescenti criticità e vulnerabilità che potrebbero esacerbarsi in seguito. Due sono gli ostacoli da superare se si vuole davvero portare la "Comunità" nella "Casa": il primo riguarda un certo livello di incomprimibilità della dirigenza sociosanitaria della struttura, il che vuol dire che la partecipazione e la codecisione dei cittadini e delle associazioni deve avere un limite rappresentato dalla complessità tecnica del servizio erogato; il secondo concerne la reale volontà e disponibilità del cittadino a partecipare alla governance, dato che è richiesto tempo e vi sono costi relativi all'acquisizione di informazioni da sopportare. Si potrebbe certamente controbattere affermando che le associazioni rappresentative della cittadinanza si faranno carico di queste incombenze, bypassando così il coinvolgimento diretto del cittadino. Se è questo il caso, allora il cittadino/utente dovrà comunque essere vigile e verificare che le associazioni e le altre rappresentanze di *stakeholders* svolgano il proprio compito in maniera

precisa e sempre mantenendo uno stretto contatto coi mandanti. Ciò che si intende dire è che sollecitare e attivare il cittadino comune in un settore che presenta un grado di complessità e tecnicità così elevato non è sicuramente facile, ma è necessario se si vuole che la nuova sanità territoriale declini e dia piena concretezza ai principi che la reggono. Come dice la Dott.ssa Mandorino, Segretaria generale di Cittadinanzattiva, raggiungere una vera forma di integrazione sociosanitaria sarà già un ragguardevole traguardo, per niente scontato<sup>180</sup>. Ancora meno scontata è la realizzazione di queste forme di partecipazione.

Il bilancio generale è sicuramente positivo, sia in termini di impegno profuso nella progettazione sia per i tempi con cui questa grande riforma è stata delineata e messa nero su bianco. La strada intrapresa è senza dubbio quella giusta, e giuste sono le motivazioni e i principi che hanno guidato tale scelta. Lo stendardo della riforma, ossia la Casa di Comunità, è il simbolo di questa piccola rivoluzione nel concepire la sanità e il modo di farla, ma c'è ancora tanto da cambiare. Il PNRR non basta, e lo si è visto anche dalle ultime considerazioni sopra sviluppate. Questa è una riforma che inizia con il PNRR, ma che abbisogna di un tempo decisamente più lungo per manifestare i suoi effetti, e vi sono altri settori in cui bisogna intervenire se si vogliono evitare degli spiazzamenti (come quello dell'istruzione e della formazione universitaria). Come più volte ribadito, le dinamiche che hanno spinto all'ideazione di questa riforma sono di lungo periodo, e questo è un tassello molto importante per cercare di contrastarle. Per questo motivo, è veramente essenziale che si commettano quanti meno errori possibile — specialmente ora che la staffetta è praticamente passata in mano alle Regioni e alle Province Autonome — perché il più grande avversario da contrastare è proprio l'inesorabile scorrere del tempo.

---

<sup>180</sup> Intervista alla Dott.ssa Mandorino in data 1 giugno 2022.

## SUMMARY

Il presente elaborato si apre con alcune considerazioni sullo stato attuale in cui versa il Servizio sanitario nazionale italiano e, più nello specifico, la sanità territoriale, a lungo trascurata a causa della molto maggiore attenzione dedicata ai presidi ospedalieri. Il simbolo e il luogo fisico rappresentante la sanità è, agli occhi del cittadino italiano, l'ospedale, a cui egli o ella si rivolge anche per bisogni ed esigenze di salute di cui è possibile e più appropriato prendersi cura in altri luoghi e per mezzo di altri servizi. In buona sostanza, determinate patologie, soprattutto quelle croniche (peraltro le più diffuse nella popolazione), devono essere prevenute e curate dalle strutture sanitarie del territorio, senza aspettare che la patologia divenga conclamata e si verifichino aggravamenti che costringono al ricovero ospedaliero. L'inverno demografico e la crescita costante delle fasce più anziane della popolazione stanno già avendo i loro effetti in termini di aumento dell'incidenza delle patologie croniche sul totale della popolazione. Come si diceva in precedenza, il modo più appropriato di affrontare le patologie croniche è quello di intercettarle e monitorarle nelle prime fasi di sviluppo o, ancora meglio, riuscire a prevenirle. Ma perché l'aumento delle patologie croniche è così importante tanto da costringere la sanità italiana ad un riorientamento generale? Semplicemente perché nei prossimi anni il fenomeno assumerà proporzioni talmente imponenti che gli ospedali non saranno minimamente in grado di assorbire l'intera domanda di prestazioni. Se l'incidenza delle patologie croniche aumenta, ed esse non vengono monitorate e trattate in maniera continuativa e completa, aumenteranno verosimilmente i ricoveri per acuzie a tal punto che gli ospedali si trasformeranno in delle specie di RSA ad alta intensità clinica, e questo non è ammissibile né sostenibile.

Quanto detto si è visto specialmente negli ultimi due anni, caratterizzati da una delle più gravi pandemie mai sperimentate: in alcune realtà sanitarie, le strutture ospedaliere non sono state in grado di garantire le cure e i trattamenti di cui la popolazione necessitava. Questo è accaduto non a causa di inefficienze o scarsa qualità delle prestazioni erogate, ma perché la rete territoriale non è stata in grado di prendersi cura dei pazienti di cui avrebbe dovuto prendersi carico. In questo modo, molti cittadini si sono trovati in un limbo tra l'ospedale alle prese coi pazienti Covid-19 e una sanità territoriale a volte impossibilitata, alle volte persino riluttante, a svolgere la sua funzione di filtro rispetto agli accessi ospedalieri. I risultati sono stati decisamente negativi, specialmente quando li si confronta con la resistenza all'impatto offerta da altri paesi con una sanità territoriale

decisamente più avanzata, come in Germania. In generale, dove il territorio ha funzionato, si è stati in grado non solo di prendere in carico i pazienti Covid-19 meno gravi, dando così ossigeno agli ospedali e permettendo a chi aveva davvero urgenza di accedervi, ma si è persino riusciti ad ottimizzare la capacità diagnostica attraverso una più capillare somministrazione di tamponi. Questo perché il territorio era dotato di un'organizzazione dei servizi e di strumenti adeguati allo svolgimento delle proprie mansioni in sicurezza, ma anche perché vi è un approccio diverso all'assistenza dei pazienti, un approccio proattivo che non si limita esclusivamente ai doveri imposti agli operatori dalla norma. E poi vi è un'altra ragione per cui è necessario, alla luce di quanto accaduto, reimpostare la sanità italiana: nel nostro sistema universalistico la salute è un diritto fondamentale del cittadino, ma rischia di diventare un diritto non esigibile proprio per via della obsoleta organizzazione dei servizi che non è più al passo con le odierne esigenze di salute. Il fenomeno del secondo pilastro della sanità, ossia delle forme assicurative, sta prendendo sempre più piede anche in Italia, che proprio questo tipo di sanità abiurò, forse anche per una questione di non sostenibilità, nel 1978, con la creazione del Servizio sanitario nazionale. La logica sottostante è piuttosto chiara: chi può permetterselo, sfrutta queste forme di assistenza sanitaria per poter aggirare le liste d'attesa e usufruire delle prestazioni offerte nelle strutture convenzionate (con l'associazione o la compagnia assicurativa). Quanto detto non va necessariamente in contrasto coi dettami costituzionali, ma tale progressiva affermazione di questa modalità di fruizione della sanità non può soppiantare l'universalismo del SSN, non deve mutare il DNA stesso del diritto alla salute in Italia. Anche in questo senso, una valorizzazione del territorio porterebbe significativi benefici, grazie ad una redistribuzione del carico di utenza che migliorerebbe notevolmente l'accessibilità ai servizi.

Come è organizzata la sanità territoriale e perché non è in grado, allo stato attuale, di svolgere la sua funzione di filtro nei confronti dei presidi ospedalieri? Ma soprattutto: perché non possiede le caratteristiche adatte ad offrire un tipo di assistenza che permetta il monitoraggio, la presa in carico e il trattamento efficace delle patologie croniche e, più in generale, dei bisogni di salute della popolazione?

La risposta sta nella obsoleta organizzazione dei servizi di sanità territoriale, a partire da quello di assistenza primaria in cui spicca tra tutte la figura del medico di medicina generale. L'assetto

organizzativo della medicina di base è rimasto sostanzialmente uguale dal 1978 fino ad oggi, salvo svariati tentativi di riforma parziale ed organica che però hanno avuto effetto solo nelle aree dove vi era già una certa predisposizione alla sperimentazione di nuove forme organizzative, come la Toscana, l'Emilia-Romagna, il Veneto e, in misura minore, Lazio e Piemonte. Tuttavia, la norma consiste nel voler operare ognuno nel proprio studio, spesso e volentieri senza personale amministrativo o infermieristico di supporto, e non di rado le forme di medicina associativa sono sfruttate esclusivamente per i loro vantaggi, come la condivisione dei costi dello studio e le agevolazioni contributive. Inoltre, il ruolo di *gatekeeper* del medico di medicina generale non è mai cambiato nel tempo, al contrario di tutto ciò che lo circondava, prima con la "riforma Amato" e poi con la "riforma Bindi", che hanno portato la logica dell'aziendalizzazione, della gestione manageriale, del quasi-mercato e del sistema di remunerazione basato sul *pay for performance*, applicato ai presidi ospedalieri attraverso lo schema dei DRG (Diagnosis Related Group). Come si è detto, moltissime cose sono cambiate nel corso negli anni all'interno della sanità italiana, dall'organizzazione e funzionamento, all'istituzione politica di riferimento (dal 1978 al 1992 era il Comune, poi si è passati alla Regione, che tuttora è a tutti gli effetti il dominus della sanità all'interno del rispettivo territorio). Ma le tendenze sono rimaste uguali. Favorire l'ospedale sul territorio, per poi tagliare gli ospedali senza bilanciare attraverso un potenziamento del Distretto sociosanitario, che rappresenta la struttura stessa della sanità territoriale, includendo tutti i servizi che afferiscono a questo ambito, comprese le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria. La criticità più importante che affligge il Distretto — nella maggior parte dei casi — sin dalla sua nascita è stata l'incapacità di operare una vera integrazione dei servizi sanitari, e ancor di meno tra quelli sanitari e sociali.

Il punto è che tali circostanze hanno portato ad una serie di problematiche che vanno a detrimento della buona performance dell'assistenza primaria e, più in generale, di quella territoriale. La non collaborazione tra i medici di famiglia porta ad isolare ancor di più una figura professionale che di per sé è sempre stata solitaria, e la causa di ciò è la totale chiusura verso quelle che potrebbero essere modalità operative diverse, nuove e persino migliori. Insomma, non vi è alcun tipo di *peer learning* o forma di comunicazione. Se il medico di base medio non vuole lavorare assieme ad altri suoi omologhi, ancor meno propenso sarà ad operare in un'equipe multidisciplinare. Il fatto di non lavorare in squadra porta, a sua volta, ulteriori criticità: una copertura oraria non soddisfacente o

comunque non sufficiente alla media nazionale delle scelte per ogni medico (circa 1.200); la scarsa disponibilità ad effettuare visite domiciliari, problema particolarmente avvertito dai pazienti più anziani e/o non deambulanti; l'oggettiva difficoltà di gestire un bacino di scelte così grande ad un'età così avanzata, dato che molti MMG sono prossimi alla pensione e spesso coincidono proprio coi "massimalisti". Come se tutto ciò non bastasse, si staglia su questo panorama il problema dell'"imbuto formativo", un fattore che, assieme alla vecchia politica del blocco delle assunzioni, sta rallentando enormemente il rinnovo della medicina generale (anche per il fatto che, nonostante il livello di retribuzione medio sia piuttosto alto, la carriera del medico di base non è particolarmente ambita dai giovani. Per dirla in poche parole, ci si trova dinnanzi ad un vero e proprio inverno demografico della medicina di base.

Tutti questi fattori non costituiscono delle buone premesse per la creazione di una sanità territoriale in grado di far fronte all'aumento delle patologie croniche. Contro di esse, è necessario disporre di figure professionali che sappiano operare in gruppi includenti professionalità diverse per offrire una valutazione completa della patologia e un'assistenza integrata, capace di coinvolgere la medicina di base, la specialistica ambulatoriale, i servizi di diagnostica e gli operatori sociali. Con l'avanzare dell'età, aumentano le probabilità di sviluppare condizioni di comorbidità, e in questo caso la semplice visita presso il proprio medico curante non basta, e neanche sufficiente sarebbe poi la visita presso uno specialista. È fondamentale poter disporre di mezzi e modalità operative che permettano di scandagliare ogni angolo della condizione del paziente, in modo tale da poter capire il percorso migliore da intraprendere alla luce della complessità, delle altre malattie e di tutti i fattori, anche sociali, che concorrono allo sviluppo della patologia.

L'integrazione sanitaria non basta: vi è necessità anche di un'integrazione sociosanitaria. Il target dei pazienti anziani (i più afflitti dalle patologie croniche) è molto sensibile in questo senso. Solitudine, isolamento domestico, impossibilità di avere contatti con l'esterno, non autosufficienza: tutte condizioni che provocano forte disagio psicosociale, terreno ideale per l'insorgenza di patologie ma anche grande ostacolo al trattamento efficace delle stesse. Non è più concepibile una sanità che guarda la patologia esclusivamente dal punto di vista medico-clinico. Ed è necessario prevedere degli strumenti di presa in carico che vadano a coprire anche questi aspetti, soprattutto per evitare che, a causa di tali problemi, questi pazienti rimangano esclusi dalla fruizione del servizio.

Tuttavia, questo non basta. Si deve cominciare a pensare alla comunità di riferimento come un vero e proprio paziente, con le sue caratteristiche epidemiologiche e i fattori di rischio a cui l'ambiente in cui vive lo espone. Non è sufficiente trattare la patologia del singolo paziente, senza avere un quadro generale dei problemi di salute della popolazione. Finché non si riuscirà a sviluppare dei modelli predittivi o quantomeno che rendano gli operatori in grado di leggere le dinamiche epidemiologiche della comunità e il modo in cui sono cambiate rispetto al passato, la sanità continuerà a rincorrere i problemi di salute e a subirli passivamente. L'approccio della Sanità d'iniziativa e della Medicina di popolazione, che sono alla base della Mission 6 del PNRR, suggerisce proprio questo cambio di paradigma: una sanità che, con tutti gli strumenti messi a disposizione dalla moderna tecnologia, deve poter coinvolgere il cittadino, renderlo protagonista del suo piano di salute, monitorarlo riguardo i suoi progressi e sviluppi della patologia in modo tale da adattare il *setting* assistenziale in base a quelli. Al contempo, però, deve avere una visione collettiva, che si concentri sul profilo di salute dell'intera popolazione, e per fare ciò ha bisogno di dotarsi di un'organizzazione che rappresenti un punto di riferimento per il cittadino, ma anche di ascolto delle esigenze e delle problematiche sia sanitarie che sociali.

La trafila di riforme che hanno tentato di riformulare il territorio ha avuto più o meno all'inizio di questo secolo ed è ricca di tentativi, ma non ha sortito grandi risultati. Già nei primissimi anni del duemila si è cercato di promuovere la medicina associativa tra i medici di medicina generale, inserendone le fattispecie all'interno degli accordi nazionali, ma l'adesione o meno a tali forme è sempre avvenuta su base volontaria e a macchia di leopardo sul territorio nazionale. Poi ci sono state le varie iniziative, prima della Ministra Turco e poi del Ministro Balduzzi nel 2012 con quella che si potrebbe definire la prima riforma organica della sanità territoriale e la previsione del riassorbimento di tutte le forme di medicina associativa all'interno delle Aggregazioni funzionali territoriali e le Unità complesse di cure primarie, le quali prevedevano già l'integrazione tra medicina di base e la specialistica ambulatoriale. L'ostacolo più importante alla realizzazione di tale riforma è stata la delega alle regioni che, sia per tentennamenti e indecisioni, sia per la minore capacità di imporre la propria volontà sugli interessi e le rivendicazioni delle associazioni di categoria, ha comportato la mancata implementazione del contenuto del decreto Balduzzi in diverse aree del territorio nazionale.



In realtà, in alcune regioni erano già andate sviluppandosi nuove forme di organizzazione dell'assistenza territoriale a prescindere dalle indicazioni e dalle proposte del Governo e delle Regioni, la più completa e avanzata delle quali è proprio la Casa della Salute. La Casa della Salute è un luogo fisico, una struttura nella quale si possono trovare tutti i servizi sanitari del territorio, dalla diagnostica primaria alla specialistica ambulatoriale, dalla medicina di base al consultorio familiare, ed essa è anche un importantissimo centro per l'organizzazione delle attività di sensibilizzazione, educazione alla salute e prevenzione.

Modelli standard di applicazione del concetto di Sanità d'iniziativa sono stati adottati da diverse Case della Salute, soprattutto in Emilia-Romagna e in Toscana. La cultura del dato e della storia sanitaria del paziente è fondamentale. Queste strutture sono dotate di adeguati sistemi informatici essenziali per la raccolta e condivisione dei dati tra le varie professioni e servizi presenti all'interno della struttura. Grazie a queste banche dati, è possibile organizzare delle liste nelle quali i pazienti vengono raggruppati in base ai fattori di rischio sul loro stato di salute; in base a tali liste, gli operatori della CdS (e specialmente gli Infermieri di famiglia/comunità, che rappresentano la vera testa di ponte della Casa della Salute nella comunità) si occupano di contattare, attraverso posta elettronica o chiamate, i cittadini designati al fine di sottoporli a delle visite (anche di gruppo) utili anche per la sensibilizzazione, la prevenzione e l'educazione alla salute. Il risultato è una visione completa dello stato di salute della comunità e non solo del singolo cittadino, il che permette a sua volta una più precisa stratificazione del rischio epidemiologico della popolazione, in pieno accordo con l'approccio della Medicina di popolazione.

La riforma contemplata nel PNRR ha come obiettivo, tra gli altri, l'esportazione e l'implementazione di questo modello organizzativo della sanità territoriale su tutto il territorio nazionale. I fondi messi a disposizione ammontano a 2 miliardi di euro (al netto dei fondi regionali) e l'obiettivo è convertire strutture già esistenti per adibirle a Case di Comunità, oppure costruirle *ex novo*. La Casa di Comunità è praticamente identica nell'organizzazione, nel funzionamento e nel personale alle Case della Salute. Il target numerico è di istituire 1.350 Case di Comunità collegate a tutte le altre strutture della sanità territoriale (Ospedali di Comunità, Centrali operative territoriali, ma anche presidi ospedalieri veri e propri) in un'organizzazione a rete.

Il progetto è solido e dà segnale del fatto che il legislatore ha compreso che solamente attraverso un'integrazione sociosanitaria reale e una presa in carico completa e costante è possibile spazzare i forti effetti che l'invecchiamento della popolazione avrà sul paese.

Inoltre, sembra inverosimile che questa riforma avrà lo stesso destino delle precedenti, dal momento che è stato istituito un articolato sistema di controllo e monitoraggio da parte del Ministero della Salute che seguirà gli sviluppi passo dopo passo.

Ciò che preoccupa è la futura carenza di personale, specialmente dei medici di medicina generale, che vedranno nei prossimi anni una sostanziale diminuzione nei propri ranghi a causa dell'età molto avanzata di gran parte di essi. Suscita timore anche la possibilità che le forti associazioni di categoria possano opporsi o deviare in un qualche modo la realizzazione del contenuto della riforma. Infine, risulta molto nebulosa la descrizione e la programmazione dell'unico tratto che va effettivamente a distinguere la Casa della Salute dalla Casa di Comunità, ossia i canali di comunicazione e coinvolgimento dei cittadini e delle rappresentanze degli *stakeholders* della comunità di riferimento. Si è detto quanto è importante avere un dialogo costante con i componenti della collettività in cui opera la struttura sanitaria, proprio al fine di stabilire un flusso di informazioni che orienterà la formula organizzativa e l'offerta assistenziale della sanità territoriale. Se queste forme di comunicazione e di ascolto non venissero realizzate, l'opera della Casa di Comunità ne risulterebbe depotenziata.

Dall'altra parte, tutto ciò che riguarda una possibile (ma alquanto improbabile) governance partecipativa nella gestione della Casa di Comunità non risulta avere alcuna ipotesi realizzativa concreta. Alcuni progetti e proiezioni sono stati fatti, ma non vi è niente di stabilito. D'altronde, realizzare una governance partecipativa e includere i cittadini e gli stakeholders nella gestione di una struttura sanitaria è assai difficile a farsi, data la tecnicità stessa del settore e i non trascurabili costi informativi che un'eventuale partecipazione del cittadino comporterebbe. In aggiunta, non è neanche sicuro che il cittadino si dimostrerà interessato e volenteroso riguardo questa possibile partecipazione, che richiederà tempo ed energie.

## BIBLIOGRAFIA

- Vicarelli, G. "Regolazione e governance nei sistemi sanitari europei." (2011).
- Cilione, Umberto. *Diritto sanitario*. Santarcangelo di Romagna: Maggioli Editore, 2019.
- Cucciniello, Maria, et al. *Management pubblico*. EGEA spa, 2020.
- F. Toth, *Le politiche sanitarie: modelli a confronto*. Laterza, 2009.
- D.Morana, *La salute come diritto costituzionale*, Giappichelli Editore. Torino, 2020.
- F. Taroni, *Il volo del calabrone*, 40 anni di Servizio Sanitario Nazionale, Il Pensiero Scientifico Editore. Roma, 2019.
- F. Taroni, *Politiche sanitarie in Italia*, Il futuro del SSN in una prospettiva storica, Il Pensiero Scientifico Editore. Roma, 2011.
- A. D'Atena, *Diritto Regionale*, Giappichelli Editore. Torino, 2019.
- F. Lega, *Economia e management sanitario*. Settore, sistema, aziende, protagonisti. Egea. Milano, 2020.
- Brambilla Antonio, Maciocco Gavino. *Le Case della Salute, innovazione e buone pratiche*. Fano (PU): Carocci Editore, 2016.
- *Dal PNRR 280 milioni per far rinascere la sanità*. La Nuova Sardegna, pag. 5. 30 maggio 2022.
- Maciocco, Gavino, a cura di. *Cure primarie e servizi territoriali: esperienze nazionali e internazionali*. Roma: Carocci Faber, 2019.
- *Progetto di attivazione della riforma L.R. 24/2020: aspetti organizzativi ed operativi per l'avvio di ARES e delle ASL*. Regione Autonoma della Sardegna: maggio 2021.
- Carla Collicelli. *Salute e sanità alla luce della pandemia* (PowerPoint). Associazione Italiana per lo Sviluppo Sostenibile, 26 aprile 2022.
- F. Barca. *Cambiare rotta: più giustizia sociale per il rilancio dell'Italia*. Laterza. Bari, 2019.

## SITOGRAFIA

## INTRODUZIONE

- Tandon, Ajay, et al. "Measuring overall health system performance for 191 countries." *Geneva: World Health Organization* (2000). **Disponibile su:** [https://scholar.google.com/scholar?hl=it&as\\_sdt=0%2C5&q=Tandon%2C+Ajay%2C+et+al.+%22Measuring+overall+health+system+performance+for+191+countries.%22+Geneva%3A+World+Health+Organization+%282000%29.&btnG=](https://scholar.google.com/scholar?hl=it&as_sdt=0%2C5&q=Tandon%2C+Ajay%2C+et+al.+%22Measuring+overall+health+system+performance+for+191+countries.%22+Geneva%3A+World+Health+Organization+%282000%29.&btnG=)
- *Best Healthcare in the World 2022*. World Population Review, 2022. **Disponibile su:** <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/best-healthcare-in-the-world>
- *Gli italiani e il Covid\_19: impatto socio-sanitario, comportamenti e atteggiamenti*. Fondazione Italiana Salute, Sociometrica, 15 aprile, 2021. **Disponibile su:** <https://formatresearch.com/2021/04/15/fondazione-italia-in-salute-gli-italiani-e-il-covid-19-impatto-socio-sanitario-comportamenti-e-atteggiamenti-verso-i-vaccini/>
- *Patologie croniche nella popolazione residente in Italia secondo i dati PASSI e PASSI d'Argento*. EpiCentro, Istituto Superiore di Sanità, 2020. **Disponibile su:** <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-flussi-dati-confronto-passi-pda-cronicita>
- Agenzia per la Coesione Territoriale. *La spesa pubblica in Sanità: 118 miliardi nel 2018. Poco meno di 2mila euro la spesa pro capite. I dati dei Conti Pubblici Territoriali*. 6 agosto 2020. **Disponibile su:** [https://www.agenziacoesione.gov.it/news\\_istituzionali/cpt-sanita/](https://www.agenziacoesione.gov.it/news_istituzionali/cpt-sanita/)
- *Cittadini e salute: la soddisfazione degli italiani per la sanità*. Quaderni del Ministero della Salute (n.5), settembre-ottobre 2010. Ministero della Salute, 2010. **Disponibile su:** <http://www.quadernidellasalute.it/portale/quaderni/dettaglioQuaderni.jsp?lingua=italiano&id=1702>
- Maurizio Esposito, in "SALUTE E SOCIETÀ" 2/2019, pp. 30-39, DOI:10.3280/SES2019-002004 **Disponibile su:** [https://www.francoangeli.it/riviste/Scheda\\_rivista.aspx?!IDArticolo=63937](https://www.francoangeli.it/riviste/Scheda_rivista.aspx?!IDArticolo=63937)

## CAPITOLO I

- *Health expenditure in relation to GDP*. OECD Health Statistics 2022. OECD Library, 2022.  
Disponibile su:  
[https://www.oecd-ilibrary.org/sites/860615c9-en/index.html?itemId=/content/component/860615c9-en#:~:text=In%202019%2C%20a%20quarter%20of,%25\)%20and%20Latvia%20\(6.3%25](https://www.oecd-ilibrary.org/sites/860615c9-en/index.html?itemId=/content/component/860615c9-en#:~:text=In%202019%2C%20a%20quarter%20of,%25)%20and%20Latvia%20(6.3%25)
- G. Vicarelli, G. Giarelli. *Libro Bianco. Il servizio sanitario nazionale e la pandemia da Covid 19. Problemi e proposte*. Franco Angeli OpenAccess, 2020. Disponibile su:  
<https://series.francoangeli.it/index.php/oa/catalog/book/604>
- *Covid, in aumento la richiesta di tamponi: 6,5 mln in 7 giorni. C'è il rischio di carenze*. SkyTG24, 07/01/2022. Disponibile su: <https://tg24.sky.it/salute-e-benessere/2022/01/07/covid-tamponi>
- *Perché non stiamo facendo più tamponi?* Il Post, 04/04/2020. Disponibile su:  
<https://www.ilpost.it/2020/04/04/coronavirus-tamponi-test-problemi-numero/>
- *Pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic*. Interim report. WHO, 27/07/2020. Disponibile su: [https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS\\_continuity-survey-2020.1](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS_continuity-survey-2020.1)
- *Health systems after COVID-19: a perspective on the future of European health systems*. Efpia, luglio 2021. Disponibile su: <https://www.pwc.ch/en/insights/health-systems-after-COVID-19.html>
- Raffaele Salerno, Clara Benedetta Conti, Annalisa De Silvestri, Sophia Elizabeth Campbell Davies, Nicolò Mezzina & Sandro Ardizzone (2020) *The impact of covid-19 pandemic on urgent endoscopy in Italy: a nation-wide multicenter study*, Scandinavian Journal of Gastroenterology, 55:7, 870-876, DOI: [10.1080/00365521.2020.1782466](https://doi.org/10.1080/00365521.2020.1782466)  
Disponibile su:  
[https://scholar.google.com/scholar?hl=it&as\\_sdt=0%2C5&q=Raffaele+Salerno%2C+Clara+Benedetta+Conti%2C+Annalisa+De+Silvestri%2C+Sophia+Elizabeth+Campbell+Davies%2C+Nicol%C3%B2+Mezzina+%26+Sandro+Ardizzone+%282020%29+The+impact+of+covid-19+pandemic+on+urgent+endoscopy+in+Italy%3A+a+nation-](https://scholar.google.com/scholar?hl=it&as_sdt=0%2C5&q=Raffaele+Salerno%2C+Clara+Benedetta+Conti%2C+Annalisa+De+Silvestri%2C+Sophia+Elizabeth+Campbell+Davies%2C+Nicol%C3%B2+Mezzina+%26+Sandro+Ardizzone+%282020%29+The+impact+of+covid-19+pandemic+on+urgent+endoscopy+in+Italy%3A+a+nation-)

[wide+multicenter+study%2C+Scandinavian+Journal+of+Gastroenterology%2C+55%3A7%2C+870-876%2C+DOI%3A+10.1080%2F00365521.2020.1782466&btnG=](https://doi.org/10.1080/2F00365521.2020.1782466&btnG=wide+multicenter+study%2C+Scandinavian+Journal+of+Gastroenterology%2C+55%3A7%2C+870-876%2C+DOI%3A+10.1080%2F00365521.2020.1782466&btnG=)

- Moynihan R, Sanders S, Michaleff ZA, Scott AM, Clark J, To EJ, Jones M, Kitchener E, Fox M, Johansson M, Lang E, Duggan A, Scott I, Albarqouni L. *Impact of COVID-19 pandemic on utilisation of healthcare services: a systematic review*. BMJ Open. 2021 Mar 16;11(3):045343. doi: 10.1136/bmjopen-2020-045343. PMID: 33727273; PMCID: PMC7969768

Disponibile

su:

[https://scholar.google.com/scholar?hl=it&as\\_sdt=0%2C5&q=Moynihan+R%2C+Sanders+S%2C+Michaleff+ZA%2C+Scott+AM%2C+Clark+J%2C+To+EJ%2C+Jones+M%2C+Kitchener+E%2C+Fox+M%2C+Johansson+M%2C+Lang+E%2C+Duggan+A%2C+Scott+I%2C+Albarqouni+L.+Impact+of+COVID-19+pandemic+on+utilisation+of+healthcare+services%3A+a+systematic+review.+BMJ+Open.+2021+Mar+16%3B11%283%29%3Ae045343.+doi%3A+10.1136%2Fbmjopen-2020-045343.+PMID%3A+33727273%3B+PMCID%3A+PMC7969768&btnG=](https://scholar.google.com/scholar?hl=it&as_sdt=0%2C5&q=Moynihan+R%2C+Sanders+S%2C+Michaleff+ZA%2C+Scott+AM%2C+Clark+J%2C+To+EJ%2C+Jones+M%2C+Kitchener+E%2C+Fox+M%2C+Johansson+M%2C+Lang+E%2C+Duggan+A%2C+Scott+I%2C+Albarqouni+L.+Impact+of+COVID-19+pandemic+on+utilisation+of+healthcare+services%3A+a+systematic+review.+BMJ+Open.+2021+Mar+16%3B11%283%29%3Ae045343.+doi%3A+10.1136%2Fbmjopen-2020-045343.+PMID%3A+33727273%3B+PMCID%3A+PMC7969768&btnG=)

- P. Santi, E. Pineau. *Les inquiétants effets sanitaires collatéraux du coronavirus*. Le Monde, 13/07/2020. Disponible su: [https://www.lemonde.fr/sciences/article/2020/07/13/diagnostics-prise-en-charge-traitements-le-coronavirus-a-des-effets-sanitaires-collateraux-tres-larges\\_6046098\\_1650684.html](https://www.lemonde.fr/sciences/article/2020/07/13/diagnostics-prise-en-charge-traitements-le-coronavirus-a-des-effets-sanitaires-collateraux-tres-larges_6046098_1650684.html)
- *Covid-19 et continuité des soins – continuer de se soigner, un impératif de santé publique*. Santé publique France, 07/05/2020. Disponible su: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2020/covid-19-et-continue-des-soins-continuer-de-se-soigner-un-imperatif-de-sante-publique#:~:text=formulaire%20ci%2Ddessous-,Covid%2D19%20et%20continuit%C3%A9%20des%20soins%20%2D%20Continuer%20de%20se%20soigner,se%20faire%20soigner%20sans%20attendre>
- *Tumori: “Un milione e 400mila screening in meno nei primi 5 mesi del 2020. Rischio diagnosi più avanzate, servono risorse per la telemedicina”*. Notiziario AIOM, 24/09/2020. Disponibile su: <https://www.aiom.it/speciale-covid-19-tumori-un-milione-400mila-screening-in-meno-primi-5-mesi-2020-rischio-diagnosi-avanzate-servono-risorse-per-telemedicina/>
- C. Carraresi. *Paura di contaminazione nel Disturbo Ossessivo-Compulsivo*. IPSCO, 16/10/2019. Disponibile su: <https://www.ipsico.it/news/paura-di-contaminazione-nel-disturbo-ossessivo-compulsivo/>
- Douglas, M. et al. “Mitigating the wider health effects of covid-19 pandemic response”, The BMJ, Vol. 369, 2020. Disponibile su: <https://www.bmj.com/content/369/bmj.m1557>

- George a. Akerlof, 15 - The market for "lemons": quality uncertainty and the market mechanism, Editor(s): Peter Diamond, Michael Rothschild, Uncertainty in Economics, Academic Press, 1978, Pages 235-251, ISBN 9780122148507.  
Disponibile su: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B978012214850750022X>
- Lanteri, F. Paolucci. *Equità e/o Efficienza? - Economia della Sanità per non economisti*. OIKONOMIA, 2005. Disponibile su: <https://www.oikonomia.it/index.php/it/oikonomia-2005/febbraio-2005/551-equita-e-o-efficienza-economia-della-sanita-per-non-economisti#b27>
- BARIGOZZI, Francesca. Assicurazione sanitaria. *Rivista di politica economica*, 2006, 96.9/10: 217.  
Disponibile su: [https://www.uniba.it/it/docenti/vinella-annalisa/attivita-didattica/Barigozzi\\_RPE2006.pdf](https://www.uniba.it/it/docenti/vinella-annalisa/attivita-didattica/Barigozzi_RPE2006.pdf)
- I. Bellini. *Il sistema sanitario tedesco*. Salute Internazionale, 15/09/2014. Disponibile su: <https://www.saluteinternazionale.info/2014/09/il-sistema-sanitario-tedesco/>
- TITMUSS, Richard M. Social Policy. London: George Allen and Unwin. 1974. Disponibile su: <https://catalogue.nla.gov.au/Record/1170651>
- M. Vecchietti. *Tutti vogliamo un sistema sanitario universalistico. Il punto è come riuscire a mantenerlo*. QuotidianoSanità, Lettere al direttore, 09/05/2017. Disponibile su: [https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=50526](https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=50526)
- Mantenimento dell'erogazione dei LEA - griglia LEA. Monitoraggio dei LEA, Ministero della Salute, 09/09/2021. Disponibile su: <https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=4747&area=Lea&menu=monitoraggioLea>
- *Le disuguaglianze di salute in Italia*. Osservatorio Nazionale sulla salute nelle regioni italiane, Università Cattolica del Sacro Cuore, 19/02/2018. Disponibile su: <https://www.osservatoriosullasalute.it/news/le-disuguaglianze-di-salute-in-italia>
- F. Alberto, E. Marasca. *Salute: al Nord è un diritto, al Sud una speranza*. Tuttowelfare.info, 26/06/2019. Disponibile su: <https://www.tuttowelfare.info/sanita-welfare/salute-al-nord-e-un-diritto-al-sud-una-speranza>
- Decreto ministeriale 18 ottobre 2012, *Remunerazione prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale*. Disponibile su: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2013/01/28/13A00528/sg>
- *Population and social conditions*. Eurostat Database, 01/01/2022. Disponibile su: <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>
- V. Mapelli. *Davvero l'Italia spende poco per la sanità?* Lavoce.info, 04/06/2020. Disponibile su: <https://www.lavoce.info/archives/67512/davvero-litalia-spende-poco-per-la-sanita/>

- L. Murianni, I. Iannucci. *La sanità italiana nel confronto europeo*. Rapporto Osservasalute. Osservatorio Nazionale sulla salute nelle regioni italiane, 17/05/2021. Disponibile su: [https://www.osservatoriosullasalute.it/wp-content/uploads/2021/05/RO-2020-confronti\\_europei.pdf](https://www.osservatoriosullasalute.it/wp-content/uploads/2021/05/RO-2020-confronti_europei.pdf)
- *Ocse: la spesa sanitaria rallenta, frenata record negli ultimi 10 anni*. EpiCentro, Istituto Superiore di Sanità [dati basati su OECD Health Data 2008]. Disponibile su: [https://www.epicentro.iss.it/politiche\\_sanitarie/ocse08#:~:text=Usa%20primi%2C%20Italia%20nella%20media,spesa%20all'anno%20pro%20capite](https://www.epicentro.iss.it/politiche_sanitarie/ocse08#:~:text=Usa%20primi%2C%20Italia%20nella%20media,spesa%20all'anno%20pro%20capite)
- N.S. Miranda. *Il dottor Knock e la sanità integrativa*. QuotidianoSanità, lettere al direttore, 24/12/2017. Disponibile su: [http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=57380](http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=57380)
- *Sanità nel mondo, sistemi a confronto*. Assidai, 21/11/2017. Disponibile su: <https://www.assidai.it/sanita-nel-mondo-sistemi-confronto/>
- *L'assicurazione sanitaria in Germania*. Krankenkassen Zentrale. Disponibile su: <https://www.krankenkassenzentrale.de/wiki/incoming-it#gkv>
- A. Piperno. *La previdenza sanitaria integrativa: configurazione, dimensione, effetti e implicazioni di policy*. Rapporto commissionato da Ordine dei Medici e degli odontoiatri della Provincia di Roma, 2017. Disponibile su: [https://www.sanita24.ilsole24ore.com/pdf2010/Editrice/ILSOLE24ORE/QUOTIDIANO\\_SANITA/Online/Oggetti\\_Correlati/Documenti/2017/10/07/piperno.pdf?uuid=AE3xgVgC](https://www.sanita24.ilsole24ore.com/pdf2010/Editrice/ILSOLE24ORE/QUOTIDIANO_SANITA/Online/Oggetti_Correlati/Documenti/2017/10/07/piperno.pdf?uuid=AE3xgVgC)
- *Secondo Report System sull'assistenza integrativa* [aggiornato al 2020]. Anagrafe fondi sanitari, Ministero della Salute, 08/04/2022. Disponibile su: [https://www.salute.gov.it/portale/news/p3\\_2\\_1\\_1\\_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=5873](https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=5873)
- M. Garzia. *Un po' di chiarezza a proposito dei Fondi Sanitari Integrativi*. Fasi, 16/06/2019. Disponibile su: <https://www.fasi.it/leditoriale-di-marcello-garzia-2019-un-po-di-chiarzza-a-proposito-dei-fondi-sanitari-integrativi/>
- *Assicurazione sanitaria: sempre più diffusa tra le famiglie*. Blog Assitecanews, Assiteca Consultative Broker, maggio 2018. Disponibile su: <https://www.assiteca.it/2018/05/assicurazione-sanitaria-sempre-piu-diffusa-fra-le-famiglie/>
- *Il sistema dei conti della sanità per l'Italia 2012-2016*. Statistiche report, Istat, 04/07/2017. Disponibile su: <https://www.istat.it/it/files/2017/07/CS-Sistema-dei-conti-della-sanita%C3%A0-anni-2012-2016.pdf>



- Allineare sanità e salute et al. *SSN verso mutue e assicurazioni? Non è detto e in ogni caso ecco cosa fare per impedirlo*. QuotidianoSanità, lettere al direttore, 30/03/2017. Disponibile su: [http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=49298](http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=49298)
- M. Vecchietti. *Ritorno o superamento definitivo delle Mutue? Costruire un Secondo Pilastro anche in Sanità per un sistema più equo e inclusivo*. Quotidianosanità, lettere al direttore, 21/04/2017. Disponibile su: [https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=50077](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=50077)
- M. Nastri. *Compendio breve della Dottrina Sociale della Chiesa Cattolica*. ADAPT, 11/11/2001. Disponibile su: [https://moodle.adaptland.it/pluginfile.php/4966/mod\\_resource/content/1/1674WP\\_07\\_44.pdf](https://moodle.adaptland.it/pluginfile.php/4966/mod_resource/content/1/1674WP_07_44.pdf)
- Corte costituzionale, sentenza 58/2018 del 07/02/2018. Disponibile su: <https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=2018&numero=58>
- Corte costituzionale, sentenza 169/2017 del 21/03/2017. Disponibile su: <https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=2017&numero=169>
- Corte costituzionale, sentenza 309/1999 del 07/07/1999. Disponibile su: <https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=1999&numero=309>
- *Le società di mutuo soccorso: un patrimonio tra passato e presente*. Società di mutuo soccorso Cesare Pozzo. Disponibile su: [https://mutuacesarepozzo.org/upload/73-News/storia-del-mutualismo\\_2017.pdf](https://mutuacesarepozzo.org/upload/73-News/storia-del-mutualismo_2017.pdf)
- A. Matauro. *Il 23 dicembre 1978 l'Italia si fece un bellissimo regalo di Natale: l'istituzione del Servizio sanitario nazionale. Se lo meritava*. Il Mulino, 23/12/2020. Disponibile su: <https://www.rivistailmulino.it/a/23-dicembre-1978>
- *Piano sanitario nazionale 2006-2008* [ultimo aggiornamento al 13/02/2012]. Ministero della Salute, Programmazione sanitaria. Disponibile su: [https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?id=1298&area=programmazioneSanitariaLea&menu=vuoto](https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=1298&area=programmazioneSanitariaLea&menu=vuoto)
- M. G. La Falce. *Che fine ha fatto il Piano sanitario nazionale?* Il Sole 24 ore, Sanità 24, 22/10/2015. Disponibile su: [https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2015-10-22/che-fine-ha-fatto-piano-sanitario-100549.php?uuid=ACSiGFLB&refresh\\_ce=1](https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2015-10-22/che-fine-ha-fatto-piano-sanitario-100549.php?uuid=ACSiGFLB&refresh_ce=1)
- M. Bordignon, S. Coretti, G. Turati. *I Piani di Rientro della sanità regionale: quali risultati finora?* Università Cattolica del Sacro Cuore, Osservatorio conti pubblici italiani, 05/07/2019. Disponibile su: <https://osservatoriocpi.unicatt.it/cpi-archivio-studi-e-analisi-i-piani-di-rientro-della-sanita-regionale-quali-risultati-finora>

- M. Mottola. *23/12/1978 – 23/12/2008: 30 anni di riforma sanitaria*. Agenzia Radicale [pubblicazione su Psychomedia], 23/12/2008. Disponibile su: <http://www.psychomedia.it/pm/modther/psicodoc/mottola48.htm>
- G. Moroni. *“Noi medici di base ridotti a burocrati, stressati e umiliati. Meglio la pensione”*. Il Giorno, 21/10/2021. Disponibile su: <https://www.ilgiorno.it/milano/cronaca/noi-medici-di-base-ridotti-a-burocrati-senzanima-1.6941873>
- *Medici convenzionati. Cgil medici: “Mmg e ambulatoriali passino alla dipendenza del Ssn. A partire da chi lavorerà nelle Case di Comunità”*. QuotidianoSanità, 25/05/2021. Disponibile su: [https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo\\_id=95817](https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=95817)
- *Il Sistema sanitario nazionale dalle sue origini ad oggi*. ABC dei diritti, FP CGIL. Disponibile su: <https://www.fpcgil.it/funzpubb/funzione-pubblica/persone/>, <https://www.abcdeidiritti.it/website/wp-content/uploads/2019/06/IL-SISTEMA-SANITARIO-ITALIANO-DALLE-SUE-ORIGINI-AD-OGGI.pdf>
- *Disegno di legge d’iniziativa delle senatrici Lo Moro e Ricchiuti. Comunicato alla Presidenza il 5 giugno 2013. Norme in materia di scioglimento degli organi delle aziende sanitarie locali ed ospedaliere per infiltrazioni mafiose*. Senato della Repubblica, XVII legislatura. Disponibile su: <https://www.senato.it/service/PDF/PDFServer/DF/295166.pdf>
- *Fine di una rivoluzione solo sognata*. Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Frosinone, 19/02/2016. Disponibile su: <https://www.ordinemedicifrosinone.it/fr/osservatorio-delle-politiche-sanitarie-del-lazio/pubblicazioni-eventi/679-fine-di-una-rivoluzione-solo-sognata>
- *Disegno di legge presentato dal Presidente del Consiglio dei ministri (Craxi) e dal Ministro della Sanità (Donat-Cattin) in data 21 marzo 1987. Conversione in legge del decreto -legge 21 marzo 1987, n. 97, recante misure necessarie per il ripiano dei bilanci delle unità sanitarie locali e di altri enti che erogano assistenza sanitaria per gli anni 1985 e 1986 e per il ripianamento dei debiti degli enti ex ospedalieri*. Camera dei deputati, IX legislatura. Disponibile su: [https://documenti.camera.it/\\_dati/leg09/lavori/stampati/pdf/45410001.pdf](https://documenti.camera.it/_dati/leg09/lavori/stampati/pdf/45410001.pdf)
- *Social expenditure 1960-1990: problems of growth and control*. OECD, social policy studies, 1985. Disponibile su: <https://www.oecd.org/social/soc/40836112.pdf>
- N. Barbieri. *Mercoledì Nero: la crisi del '92*. Economista, 31/05/2021. Disponibile su: <https://aleconomista.it/la-crisi-del-1992/>
- *Decreto ministeriale 18 ottobre 2012. Remunerazione prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale*. Disponibile su: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2013/01/28/13A00528/sg>

- C. Zocchetti. *Il riparto del fondo sanitario tra le regioni*. Direzione Generale Sanità, Regione Lombardia. Disponibile su: [https://www.sis-statistica.it/old\\_upload/contenuti/files/pdf/2012/iii\\_2729\\_carlo\\_zocchetti.pdf](https://www.sis-statistica.it/old_upload/contenuti/files/pdf/2012/iii_2729_carlo_zocchetti.pdf)

## CAPITOLO II

- *Dichiarazione di Alma Ata*. Conferenza Internazionale sull'Assistenza Sanitaria Primaria. OMS e UNICEF, 6-12 settembre 1978. Moduli formazione a distanza ISS, 2004. Disponibile su: [https://www.asl.vt.it/Staff/Formazione/educazione/files/doc\\_org\\_mondiale/a%201978%20ALMA%20ATA.pdf](https://www.asl.vt.it/Staff/Formazione/educazione/files/doc_org_mondiale/a%201978%20ALMA%20ATA.pdf)
- STARFIELD, Barbara; SHI, Leiyu; MACINKO, James. Contribution of primary care to health systems and health. *The milbank quarterly*, 2005, 83.3: 457-502. Disponibile su: [https://www.milbank.org/wp-content/uploads/2020/04/STARFIELD\\_et\\_al-2005-Milbank\\_Quarterly.pdf](https://www.milbank.org/wp-content/uploads/2020/04/STARFIELD_et_al-2005-Milbank_Quarterly.pdf)
- R. Horton. *The neglected epidemic of chronic disease*. The Lancet, London, 05/10/2005. Disponibile su: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2805%2967454-5>
- *Riduzione ospedali e posti letto negli ultimi 10 anni*. AGI, 14/03/2020. Disponibile su: <https://www.agi.it/fact-checking/news/2020-03-14/coronavirus-rianimazione-posti-letto-7500889/>
- *Annuario Statistico del Servizio sanitario nazionale, anno 2019: assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN*. Direzione Generale della digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica, Ministero della Salute, 15/06/2021. Disponibile su: [https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6\\_2\\_2\\_1.jsp?lingua=italiano&id=3073](https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3073)
- C. Da Rold. *Medici italiani, quanti sono oggi e quanti saranno tra 10 anni*. Il Sole 24 ore, 21/02/2018. Disponibile su: <https://www.infodata.ilssole24ore.com/2018/02/21/medici-italiani-quanti-oggi-quanti-saranno-fra-10-anni/>
- R. Palomba. *Blocco e sblocco del turnover*. Osservatorio conti pubblici italiani, Università Cattolica del Sacro Cuore, 10/04/2021. Disponibile su: <https://osservatoriocpi.unicatt.it/cpi-archivio-studi-e-analisi-blocco-e-sblocco-del-turnover-gli-effetti-sulla-pa>
- *Quanti medici ci sono in Italia?* Professional Knowledge Empowerment, 2018. Disponibile su: <http://www.pkegroup.it/html/blog/quanti-medici-ci-sono-in-italia.asp>
- C. Palermo, P. Di Silverio, M. D'Arienzo, F. Ragazzo, C. Troise. *Dall'abbattimento dell'imbuto formativo alla riforma della formazione medica: una svolta necessaria per il SSN*. Studio Anaa Assomed, 05/10/2020. Disponibile su: [https://www.anaao.it/public/aaa\\_2939216\\_studio\\_anaao.pdf](https://www.anaao.it/public/aaa_2939216_studio_anaao.pdf)

- Collicelli, C. Subjective Indicators in the Health Sector and Their Usefulness in Policy Making. *Soc Indic Res* **114**, 87–103 (2013).  
Disponibile su: <https://doi.org/10.1007/s11205-013-0385-9>
- *Carenza specialisti e imbuto formativo: i giovani medici Anaaio bocciano le soluzioni del governo.* Comunicato stampa Anaaio giovani, Anaaio Assomed, 01/04/2019. Disponibile su: [https://www.anaaio.it/public/aaa\\_8125014\\_cs\\_1aprile2019.pdf](https://www.anaaio.it/public/aaa_8125014_cs_1aprile2019.pdf)
- D. Zorzetto. *Medici di famiglia: lavorano troppo poco?* La Repubblica, 07/03/2022. Disponibile su: [https://www.repubblica.it/salute/2022/03/02/news/e\\_vero\\_che\\_i\\_medici\\_di\\_famiglia\\_lavorano\\_troppo\\_poco-339962829/](https://www.repubblica.it/salute/2022/03/02/news/e_vero_che_i_medici_di_famiglia_lavorano_troppo_poco-339962829/)
- E. Sartor. *Quanto guadagna un medico di famiglia.* Rc Medici, 21/04/2022. Disponibile su: <https://rcmedici.eu/quanto-guadagna-un-medico-di-famiglia/#:~:text=In%20Italia%2C%20mediamente%2C%20un%20medico,150.000%20euro%20lordi%20l'anno>
- *Quanto guadagna un medico di famiglia (2022)?* Medicidiguardia.it, 2022. Disponibile su: [https://medicidiguardia.it/blog/quanto\\_guadagnano\\_i\\_medici/quanto\\_guadagna\\_un\\_medico\\_di\\_famiglia](https://medicidiguardia.it/blog/quanto_guadagnano_i_medici/quanto_guadagna_un_medico_di_famiglia)
- L. Kane, B. Schubsky et al. *International Physician Compensation Report 2021: Do US Doctors Have It Better.* Medscape, 20/08/2021. Disponibile su: <https://www.medscape.com/slideshow/2021-international-compensation-report-6014239?reg=1>
- L. Di Cesare. *Anche i medici di base in fuga all'estero, "Discriminati. Siamo di serie B".* Il Fatto Quotidiano, 07/11/2013. Disponibile su: <https://www.ilfattoquotidiano.it/2013/11/07/anche-medici-di-base-in-fuga-allestero-discriminati-siamo-di-serie-b/764813/>
- *Medici stranieri in Italia sottopagati, fino a 7 euro all'ora.* Redazione ANSA Roma, 29/04/2019. Disponibile su: [https://www.ansa.it/canale\\_saluteebenessere/notizie/sanita/2019/04/29/-medici-stranieri-in-italia-sottopagatifino-7-euro-ora\\_7000dcef-1c8d-4594-b1ad-3a3c14174d8e.html](https://www.ansa.it/canale_saluteebenessere/notizie/sanita/2019/04/29/-medici-stranieri-in-italia-sottopagatifino-7-euro-ora_7000dcef-1c8d-4594-b1ad-3a3c14174d8e.html)
- *Cosa si intende per CUP?* eHealth-Sanità digitale. Ministero della Salute, 04/05/2021. Disponibile su: <https://www.salute.gov.it/portale/ehealth/dettaglioContenutiEHealth.jsp?lingua=italiano&id=5554&area=eHealth&menu=cup>
- F. Brugnola. *I dipartimenti delle aziende sanitarie. Organizzazione e requisiti.* Aspettative sanitarie, 21/11/2019. Disponibile su: <https://saluteugualepertuttis.org/2019/11/21/i-dipartimenti-delle-aziende-sanitarie-organizzazione-e-requisiti/>
- *Accertamento sanitario: cos'è, a chi è rivolto, come funziona, requisiti.* INPS, Prestazioni e Servizi, 03/04/2017. Disponibile su: <https://www.inps.it/prestazioni-servizi/accertamento-sanitario>

- M. Bocci. *Medici di famiglia, la battaglia per la riforma: "Non funzionano più, devono diventare dipendenti"*. La Repubblica, 02/09/2021. Disponibile su: [https://www.repubblica.it/cronaca/2021/09/22/news/le\\_regioni\\_i\\_medici\\_di\\_famiglia\\_non\\_funziano\\_piu\\_devono\\_diventare\\_dipendenti\\_-318865930/](https://www.repubblica.it/cronaca/2021/09/22/news/le_regioni_i_medici_di_famiglia_non_funziano_piu_devono_diventare_dipendenti_-318865930/)
- A. Panti. *Medicina generale. Come uscire dall'impasse e dal falso problema della dipendenza*. QuotidianoSanità, 29/09/2021. Disponibile su: [https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=98559](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=98559)
- *Riforma dei Medici di famiglia: dovranno lavorare 38 ore settimanali*. DimensioneInfermiere.it, Redazione, 24/01/2022. Disponibile su: <https://www.dimensioneinfermiere.it/riforma-dei-medici-famiglia-dovranno-lavorare-38-ore-settimanali/>
- *La centralità della persona. Libertà di scelta del medico di medicina generale e del luogo di cura*. Ministero della Salute, da "Libro bianco sui principi fondamentali del servizio sanitario nazionale", 2008. Disponibile su: [https://www.salute.gov.it/portale/ministro/p4\\_5\\_2\\_4\\_2.jsp?id=569&label=uffCentrali&lingua=italiano&menu=uffCentrali](https://www.salute.gov.it/portale/ministro/p4_5_2_4_2.jsp?id=569&label=uffCentrali&lingua=italiano&menu=uffCentrali)  
<https://www.fpcgil.it/linkres.php?obj=/flex/cm/pages/ServeAttachment.php/L/IT/D/D.ab17366cf55f86a27f8f/P/BLOB%3AID%3D6311/E/pdf>
- *Telti, mancano medici di base: dottore in pensione si rende disponibile. L'annuncio del sindaco Pinducciu*. Olbiapuntoit, 01/02/2022. Disponibile su: <https://www.olbia.it/telti-mancano-medici-di-base-dottore-in-pensione-si-rende-disponibile->
- *Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, ai sensi dell'art. 8 del decreto legislativo 502/92 come modificato dai decreti legislativi n. 517/93 e n. 229/99*. Disponibile su: [https://ape.agenas.it/documenti/Normativa/C\\_18\\_normativa\\_3\\_listafila\\_file\\_0\\_linkfile.pdf](https://ape.agenas.it/documenti/Normativa/C_18_normativa_3_listafila_file_0_linkfile.pdf)
- *Distretto di La Maddalena: circoscrizione, sede, Direttore, contatti*. ASL Olbia, 2022. Disponibile su: <https://www.aslobia.it/distretti/lamaddalena.html>
- *Codice colore: spiegazione*. Prontosoccorso.it, 2022. Disponibile su: [http://www.prontosoccorso.it/codice\\_colore.htm](http://www.prontosoccorso.it/codice_colore.htm)
- R. Parrella. *I dati sulle attese al pronto soccorso e sull'uso dei codici di urgenza*. AGI, 11/08/2019. Disponibile su: [https://www.agi.it/data-journalism/pronto\\_soccorso\\_attese\\_dati-6002922/news/2019-08-11/](https://www.agi.it/data-journalism/pronto_soccorso_attese_dati-6002922/news/2019-08-11/)
- *Cardiopatía ischemica*. Dizionario della salute, Topdoctors Italia. Disponibile su: <https://www.topdoctors.it/dizionario-medico/c/?orden=alfabetico&letter=c&page=3&language=>

- *Peer Assessment description.* Iowa State University. Disponibile su: <https://www.celt.iastate.edu/teaching/assessment-and-evaluation/peer-assessment/>
- V. Mapelli. *La grande incompiuta: l'assistenza primaria.* Welforum.it, 20/09/2021. Disponibile su: <https://welforum.it/il-punto/verso-un-welfare-piu-forte-ma-davvero-coeso-e-comunitario/la-grande-incompiuta-lassistenza-primaria/>
- *Ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del d.lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni.* SISAC, 20/01/2005. Disponibile su: [https://www.sisac.info/aree/www.sisac.info/resources/MEDICINA\\_GENERALE/ACN\\_testo\\_integrato.pdf](https://www.sisac.info/aree/www.sisac.info/resources/MEDICINA_GENERALE/ACN_testo_integrato.pdf)
- D. Zamperini. *Le UTAP: le misteriose entità della nuova Sanità.* Occhio clinico, luglio 2004. Disponibile su: <https://zamperini.tripod.com/utap.htm>
- Decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158. *Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute.* Trovanormesalute, Ministero della Salute. Disponibile su: <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto.spring?id=43801&completo=true>
- *Aggregazione Funzionale Territoriale.* Presentazione sul nuovo Accordo collettivo nazionale. FIMMG. Disponibile su: <http://www.fimmg.org/index.php?action=pages&m=view&p=4049&lang=it>
- M. Calisi. *Medicina del territorio. Facciamo chiarezza.* QuotidianoSanità, lettere al direttore, 04/05/2019. Disponibile su: [https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=73643](https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=73643)
- E. Jorio. *La riforma "mancata" dell'assistenza primaria.* QuotidianoSanità, Studi e Analisi, 18/10/2018. Disponibile su: [https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=66839](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=66839)
- C. Ciardo. *Le normative nazionali e le scelte regionali all'origine ruolo (mancato) dell'assistenza territoriale davanti alla pandemia del COVID-19.* Dirittoesalute, n. 3 del 2019, 30/12/2019. Disponibile su: <http://www.dirittoesalute.org/wp-content/uploads/2020/10/Diritto-e-Salute-3-del-2019-30-Dicembre-2019.pdf>
- B. Agnetti. *Cure primarie. I punti deboli della legge Balduzzi e del Patto della Salute.* QuotidianoSanità, lettere al direttore, 12/08/2015. Disponibile su: [https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=30571](https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=30571)
- *Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute degli anni*

2014-2016. Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, 10/07/2014. Disponibile su:

<https://www.camera.it/temiap/2014/07/16/OCD177-369.pdf>

- DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 751 del 14 maggio 2015. *Attuazione della Legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016" e s.m.i. Sviluppo delle Cure Primarie attraverso la diffusione del modello di Medicina di Gruppo Integrata, in attuazione della DGR n. 953/2013. Definizione del contratto di esercizio tipo per le Medicine di Gruppo Integrate. Deliberazione n. 127/CR del 3 ottobre 2013. Bur Veneto n. 54, 01/06/2015. Disponibile su:*  
<https://bur.regione.veneto.it/BurvServices/pubblica/DettaglioDgr.aspx?id=298802>
- *Accordo Regionale in attuazione dell'ACN reso esecutivo in data 23 Marzo 2005, mediante Intesa nella Conferenza Stato –Regioni, per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale. Disponibile su:* <https://salute.regione.emilia-romagna.it/normativa-e-documentazione/leggi/regionali/accordi/accordo-regionale-per-la-disciplina-dei-rapporti-con-i-medici-di-medicina-generale-ottobre-2006>
- *I Nuclei di cure primarie il contesto normativo regionale e aziendale. Disponibile su:*  
[https://bibliotecamedica.ausl.re.it/allegati/nucleidicureprimarie\\_101116101727.pdf](https://bibliotecamedica.ausl.re.it/allegati/nucleidicureprimarie_101116101727.pdf)
- G. Sechi. *La Rete Territoriale*. Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale, Regione Autonoma della Sardegna, 11/11/2015. Disponibile su:  
[https://www.regione.sardegna.it/documenti/1\\_46\\_20151112121606.pdf](https://www.regione.sardegna.it/documenti/1_46_20151112121606.pdf)
- *Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale. Servizio studi – Affari sociali, Camera dei deputati, 01/03/2021. Disponibile su:*  
[http://documenti.camera.it/leg18/dossier/testi/AS0207.htm?\\_1619198796640#\\_Toc65504912](http://documenti.camera.it/leg18/dossier/testi/AS0207.htm?_1619198796640#_Toc65504912)

### CAPITOLO III

- *Raccomandazione del Consiglio sul programma nazionale di riforma 2019 dell'Italia e che formula un parere del Consiglio sul programma di stabilità 2019 dell'Italia*. Commissione Europea, 05/06/2019. Disponibile su: [https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/file\\_import/2019-european-semester-country-specific-recommendation-commission-recommendation-italy\\_it.pdf](https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/file_import/2019-european-semester-country-specific-recommendation-commission-recommendation-italy_it.pdf)
- M. Marin. *La Centrale Operativa Territoriale nel Pnrr*. QuotidianoSanità, lettere al direttore, 09/12/2021. Disponibile su: [http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=100742](http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=100742)
- *Telemedicina: linee di indirizzo nazionali*. Ministero della Salute. Disponibile su: [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2129\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2129_allegato.pdf)
- *One Health*. Newsroom, Q&A, WHO, 21/09/2017. Disponibile su: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/one-health>
- *Salute globale e disuguaglianze di salute*. ISS, 07/01/2022. Disponibile su: <https://www.iss.it/salute-globale-e-diseguaglianze#:~:text=L'approccio%20di%20salute%20globale,%2C%20multi%20metodologico%20e%20transnazionale>
- *Che cos'è la Sanità d'iniziativa*. ARS Toscana. Disponibile su: <https://www.ars.toscana.it/aree-d'intervento/problemi-di-salute/malattie-croniche/news/1578-che-cose-la-sanita-diniziativa.html#>
- L. Zambelli. *Sanità d'iniziativa, ecco il modello rinnovato e potenziato*. ToscanaNotizie, Giunta Regionale Toscana, 04/07/2017. Disponibile su: <https://www.toscana-notizie.it/-/sanita-d-iniziativa-ecco-il-modello-rinnovato-e-potenziato>
- *La Ri-Fondazione della Medicina Generale*. Consiglio Nazionale FIMMG, Roma, 09/06/2007. Disponibile su: <http://www.fimmg.org/index.php?action=pages&m=view&p=41&lang=it>
- Glasgow, Russell E., et al. "Does the chronic care model serve also as a template for improving prevention?" *The Milbank Quarterly* 79.4 (2001): 579-612. Disponibile su: [https://www.researchgate.net/publication/227675340\\_Does\\_the\\_Chronic\\_Care\\_Model\\_Serve\\_Also\\_as\\_a\\_Template\\_for\\_Improving\\_Prevention](https://www.researchgate.net/publication/227675340_Does_the_Chronic_Care_Model_Serve_Also_as_a_Template_for_Improving_Prevention)
- *Carovana della prevenzione*. S. G. Komen Italia, Progetti. Disponibile su: <https://www.komen.it/iniziative/carovana-della-prevenzione/>



- Barr, V., et al. "The expanded chronic care model." *Hosp Q* 7.1 (2003): 73-82. Disponibile su: [https://scholar.google.it/scholar?q=the+expanded+chronic+care+model&hl=it&as\\_sdt=0&as\\_vis=1&oi=scholart](https://scholar.google.it/scholar?q=the+expanded+chronic+care+model&hl=it&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholart)
- DECRETO 10 luglio 2007. *Progetti attuativi del Piano sanitario nazionale - Linee guida per l'accesso al cofinanziamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano*. Ministero della Salute. Disponibile su: [https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie\\_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2007-10-10&atto.codiceRedazionale=07A08580&elenco30giorni=false](https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2007-10-10&atto.codiceRedazionale=07A08580&elenco30giorni=false)
- Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70. *Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*. Ministero della Salute, 04/06/2015. Disponibile su: [https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie\\_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2007-10-10&atto.codiceRedazionale=07A08580&elenco30giorni=false](https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2007-10-10&atto.codiceRedazionale=07A08580&elenco30giorni=false)
- **L.F. Dm 71: fumata nera in Stato-Regioni, intesa rinviata per mancato esame del Mef. Regioni verso il sì ma pongono alcune condizioni: "Garantire più risorse per personale e assicurare che attuazione sia progressiva"**. *QuotidianoSanità, Governo e Parlamento*, 16/03/2022. Disponibile su: [https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo\\_id=103241](https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=103241)
- Decreto Ministeriale 71/2022. *Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale*. Disponibile su: <https://www.saluteinternazionale.info/wp-content/uploads/2022/02/Modelli-e-standard-per-lo-sviluppo-dellAssistenza-Territoriale-nel-Servizio-Sanitario-Nazionale-CdM-21.4.22-.pdf>
- *La Casa della Comunità*. Associazione Prima la Comunità et al. 27/04/2021. Disponibile su: <https://www.primalacomunita.it/2021/04/27/casa-della-comunita-ecco-il-progetto/>
- R. Piccione. *Deistituzionalizzazione*. Dizionario di medicina, 2010. Disponibile su: [https://www.treccani.it/enciclopedia/deistituzionalizzazione\\_%28Dizionario-di-Medicina%29/](https://www.treccani.it/enciclopedia/deistituzionalizzazione_%28Dizionario-di-Medicina%29/)
- *Sustainability Plan 2022-2027*. Costi stimati e copertura finanziaria della realizzazione dell'investimento sulla Casa di Comunità. Camera dei deputati, 04/05/2021. Disponibile su: <https://www.camera.it/temiap/2021/05/20/OCD177-4961.pdf#page=2400>
- *Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, sullo schema di intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente lo schema di decreto del Ministro della Salute che approva lo schema di contratto istituzionale di sviluppo (CIS) e lo schema di Piano*

- Operativo*. Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per gli Affari Regionali e le Autonomie, 09/03/2022. Disponibile su: <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1585175.pdf>
- *Piano Operativo Regionale: investimenti Missione 6 Salute*. Allegato al CIS, Regione Autonoma della Sardegna, maggio 2022. Disponibile su: <https://delibere.regione.sardegna.it/protected/59923/0/def/ref/DBR59921/>
  - *PNRR-Salute: Attuazione*. Ministero della Salute, 28/04/2022. Disponibile su: <https://www.salute.gov.it/portale/pnrرسالute/dettaglioContenutiPNRRSalute.jsp?lingua=italiano&id=5835&area=PNRR-Salute&menu=missionesalute&tab=2>
  - *Report: Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*. Schede di lettura, Senato della Repubblica e Camera dei deputati, Dossier XVIII legislatura, 15/07/2021. Disponibile su: [http://documenti.camera.it/leg18/dossier/pdf/DFP28a.pdf?\\_id=1636709722003](http://documenti.camera.it/leg18/dossier/pdf/DFP28a.pdf?_id=1636709722003)

## CONCLUSIONI

- DECRETO-LEGGE 19 maggio 2020, n. 34. *Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19*. Disponibile su: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/05/19/20G00052/sg>
- *Piano Nazionale della Cronicità*. Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 15 settembre 2016. Ministero della Salute, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria. Disponibile su: <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2016&codLeg=56361&parte=1%20&serie=null>
- *Trasferimento pazienti*. Sito Croce Bianca Italiana. Disponibile su: <https://www.crocebiancaitaliana.it/croce-bianca-italiana-servizio-ambulanze-private/traferimento-pazienti.html>
- *Il Medico di medicina generale nei nuovi servizi sociosanitari territoriali*. Mercer, 2021. Disponibile su: <https://www.fimmg.org/index.php?action=pages&m=view&p=31899&lang=it>
- *Physicians by medical speciality* [ultimo aggiornamento al 03/06/2022]. Eurostat. Disponibile su: [https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth\\_rs\\_spec&lang=en](https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_rs_spec&lang=en)
- D. Mantoan, a cura di. *DM 71: Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza nel territorio*. 16<sup>a</sup> edizione del Forum Risk Management in Sanità. Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. Disponibile su: <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato9400165.pdf>

- M. Bocci. *Il grande addio dei medici di famiglia: uno su tre in pensionamento entro il 2024*. La Repubblica, Cronaca, 20/04/2022. Disponibile su: [https://www.repubblica.it/cronaca/2022/04/20/news/il\\_grande\\_cambiamento\\_generazionale\\_dei\\_medici\\_di\\_famiglia\\_uno\\_su\\_tre\\_in\\_pensione\\_entro\\_il\\_2024-346191576/](https://www.repubblica.it/cronaca/2022/04/20/news/il_grande_cambiamento_generazionale_dei_medici_di_famiglia_uno_su_tre_in_pensione_entro_il_2024-346191576/)
- *Infermiere di Famiglia e Comunità*. FNOPI. Disponibile su: <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2019/10/FNOPI-INFERMIERE-DI-FAMIGLIA-E-COMUNTA-schema-4-.pdf>
- *Rapporto Annuale 2020: la situazione del Paese*. Istat, 03/07/2020. Disponibile su: <https://www.istat.it/storage/rapporto-annuale/2020/Rapportoannuale2020.pdf>
- *Tutti i numeri degli infermieri. Chi sono, dove lavorano, privati, dipendenti e disoccupati: una professione allo specchio [dati aggiornati al 2015]*. FNOPI. Disponibile su: [https://www.fnopi.it/archivio\\_news/attualita/2093/Scheda%20n%202%20L-analisi%20dei%20dati%20Istat.pdf](https://www.fnopi.it/archivio_news/attualita/2093/Scheda%20n%202%20L-analisi%20dei%20dati%20Istat.pdf)

## FILMOGRAFIA

- A. Manenti, regia C. Concina, A. Manenti, con G. Maciocco. *Idee per le Case della Comunità*. Gennaio 2022. Disponibile su: <https://vimeo.com/663912888>