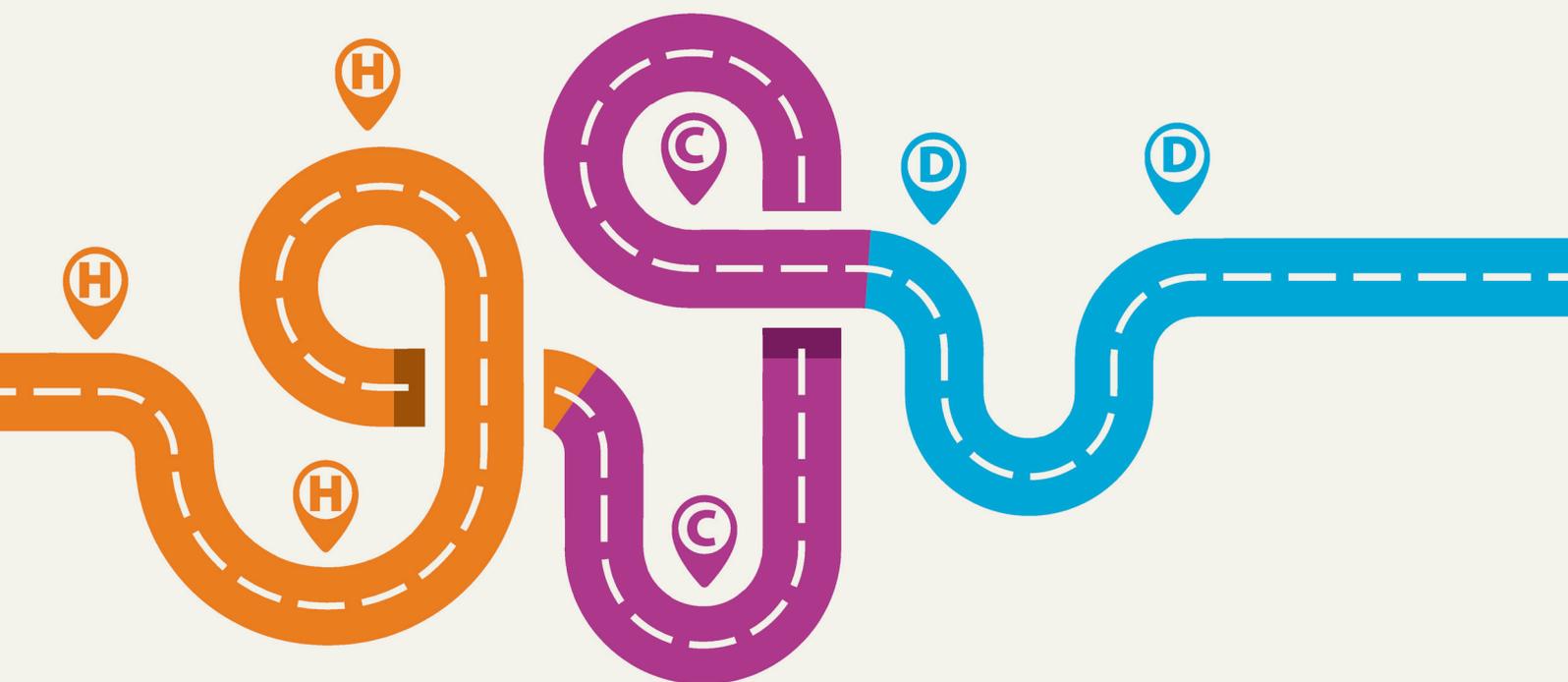


36

## IL PNRR E LA GESTIONE DELLE CRONICITÀ SUL TERRITORIO

DALL'OSPEDALE  
ALLE CASE DI COMUNITÀ  
E AL DOMICILIO  
COME SETTING DI CURA



COLLANA

## I QUADERNI DI **quotidianosanità.it**

Supplemento a  
**quotidianosanità.it**  
Quotidiano online  
d'informazione sanitaria.

QS Edizioni srl  
Via Boncompagni, 16  
00187 - Roma  
Tel. (+39) 02.28.17.26.15  
info@qsedizioni.it  
iscrizione al ROC n. 23387  
iscrizione Tribunale di Roma  
n. 115/3013 del 22/05/2013

Direttore responsabile  
Cesare Fassari

Direttore editoriale  
Francesco Maria Avitto

Direttore generale  
Ernesto Rodriguez

I diritti di memorizzazione elettronica,  
di riproduzione e di adattamento totale  
o parziale con qualsiasi mezzo sono  
riservati per tutti i Paesi.

Roma, marzo 2022

**QSe** **Quotidiano**  
**Sanità**  
*edizioni*

[www.qsedizioni.it](http://www.qsedizioni.it)  
[www.quotidianosanità.it](http://www.quotidianosanità.it)

## INDICE

### CAPITOLO 1

#### La Governance di sistema e il ruolo dei protagonisti

- 
- Pag. 6 ① **PNRR: L'architettura di riforma della governance sanitaria sul territorio**  
Domenico Mantoan, Direttore Generale Agenas
- 
- 11 ② **Dal piano nazionale per le cronicità al piano nazionale di ripresa e resilienza, continuità di azione per una reale presa in carica sul territorio**  
Paola Pisanti, Consulente Ministero della Salute, Esperto malattie croniche
- 
- 17 ③ **Le sfide del PNRR per le Aziende sanitarie**  
Giovanni Migliore, Presidente Fiaso
- 
- 21 ④ **Aderenza, appropriatezza, Prevenzione, Cure domiciliari, Formazione, Educazione, Empowerment: Le parole chiave del PNC nella prospettiva del PNRR**  
Tiziana Frittelli, Presidente Federsanità
- 
- 24 ⑤ **Nel Distretto la regia per una nuova governance delle cronicità**  
Gennaro Volpe, Presidente Card
- 
- 28 ⑥ **Dall'ospedale all'Home delivery, farmaci e dispositivi a sostegno degli obiettivi del PNRR**  
Arturo Cavaliere, Presidente Sifo
- 
- 31 ⑦ **Non solo mura, il capitale professionale nella presa in carico delle cronicità**  
Silvestro Scotti, Segretario Nazionale Fimmg
- 
- 33 ⑧ **Dalle case di Comunità al Domicilio del paziente, una sfida epocale per la professione infermieristica**  
Silvia Marcadelli, RN, MsN PhD
- 
- 41 ⑨ **La gestione della classificazione dei farmaci in un setting di cura territoriale**  
Giovanna Scroccaro, Direttore - Direzione Farmaceutico, Protesica, Dispositivi Medici della Regione Veneto  
Paola Deambrosis, Farmacista - Direzione Farmaceutico, Protesica, Dispositivi Medici della Regione Veneto
- 
- 44 ⑩ **I trend della sanità digitale per il futuro della cronicità**  
Chiara Sgarbossa, Direttore dell'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità del Politecnico di Milano

---

## INDICE

### CAPITOLO 2

**La gestione del paziente con malattie croniche, paradigma per gli obiettivi del PNRR.** Le esperienze da rilanciare, le aspettative dei cittadini e dei pazienti, il ruolo dei professionisti e dell'impresa

---

- Pag. 50 ① **La gestione della cronicità tra territorio e ospedale, stato dell'arte e gap da colmare**  
Maria Rosaria Natale, Presidente Your Business Partner
- 
- 57 ② **Rafforzare il territorio non significa disseminare il paese di burocrazia**  
Dario Manfellotto, Presidente Fadoi
- 
- 60 ③ **La visione di Galápagos per un nuovo modello di gestione delle cronicità**  
Alberto Avaltroni, VP Country Head Galápagos Biopharma Italy
- 
- 63 ④ **La cura che ancora non c'è**  
Anna Lisa Mandorino, Segretario Generale Cittadinanzattiva

CAPITOLO

1

La Governace di sistema  
e il ruolo dei protagonisti

## PNRR: l'architettura di riforma della governance sanitaria sul territorio

D. Mantoan  
A. Borghini  
M. Cosentino  
S. Furfaro  
M. Iodice  
I. Leta  
M. Scotellaro

La presenza di una missione dedicata alla salute nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) dimostra la volontà del nostro Paese di perseguire alcuni obiettivi fondamentali rafforzando il concetto che un Paese in buona salute è un Paese più produttivo e solidale e allo stesso tempo dimostra che gli investimenti in campo sanitario possono costituire un volano per una sua più rapida ripresa economica<sup>1</sup>.

Il PNRR prevede, infatti, non solo una riorganizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale tramite un intervento di riforma di settore e i relativi investimenti strategici, ma anche una ripartizione dei finanziamenti volta a superare alcune disparità nell'erogazione dei servizi che si sono generate negli anni soprattutto nelle regioni del mezzogiorno.

Il D.L. n. 77/2021, all'art. 2, comma 6-bis, prevede che *"in sede di definizione delle procedure di attuazione degli interventi del PNRR, almeno il 40 per cento delle risorse allocabili territorialmente, anche attraverso bandi, indipendentemente dalla fonte finanziaria di provenienza, sia destinato alle regioni del Mezzogiorno, salve le specifiche allocazioni territoriali già previste nel PNRR"*. L'attuazione del PNRR, pertanto, costituisce una grande opportunità per le Regioni e le Province Autonome di rafforzare i loro servizi sanitari a garanzia di una maggiore equità<sup>2</sup>.

L'emergenza Covid-19<sup>3</sup>, infatti, ha messo in luce alcune criticità di sistema che oggi è possibile recuperare tramite un piano organico di riforma e investimento che coordini tutte le risorse disponibili sia di carattere nazionale, sia di carattere europeo. Il PNRR, nell'essere lo strumento strategico programmatico per la tutela della salute in Italia, costituisce un punto di riferimento stabile per le politiche di settore (normazione, regolamentazione, attuazione e gestione), nel rispetto dei principi di durevolezza, sostenibilità, sussidiarietà e coerenza politico-programmatica.

### La Missione 6 Component 1 *"Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale"*

La Missione 6 è suddivisa in due component di cui la prima denominata *"Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale"* interamente dedicata alla riorganizzazione e potenziamento dell'assistenza territoriale, in un'ottica di prossimità, integrazione e sviluppo della telemedicina.

La prima milestone della Missione 6 Component 1 del PNRR è costituita dalla riforma che definisce gli standard organizzativi, qualitativi e tecnologici della Rete territoriale e rappresenta la condizione abilitante per realizzare gli interventi previsti dalla stessa. Le riforme settoriali del PNRR, infatti, accompagnano gli investimenti delle singole Missioni e rappresentano innovazioni normative per introdurre regimi regolatori e procedurali più efficienti nei rispettivi ambiti. Tale Riforma mira alla definizione di un nuovo modello organizzativo per la rete di assistenza sanitaria territoriale che individua standard uniformi su tutto il territorio nazionale e per tale ragione è da considerarsi un intervento che integra e rafforza gli investimenti previsti dal PNRR.

1 *"Gli impatti economici e sociali e i benefici dei sistemi sanitari"* Regional Officer for Europe World Health Organization; 2021.

2 Posizione da parte della Conferenza Stato-Regioni sullo schema di Decreto del Ministro della Salute recante la ripartizione programmatica delle risorse alle Regioni e alle Province autonome per i progetti del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e del Piano per gli investimenti complementari (PNRR) del 16/12/2021 (21/234/SR4/C7).

3 De Mei B, Cattaneo C, Lega I, Sampaolo L, Valli M. *"Le nuove sfide nella gestione del COVID-19: l'esperienza dei Servizi di prevenzione"*. Epicentro, ISS, 2020.

La Riforma, da adottarsi entro giugno 2022 con l'approvazione di uno specifico decreto ministeriale, oltre a definire standard e modelli relativamente a strutture, servizi e professionisti già esistenti ed operanti nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN), darà una visione organica delle nuove strutture (Case della Comunità, Ospedali di Comunità, Centrali Operative Territoriali) che verranno realizzate nell'ambito dei finanziamenti del PNRR inserendole in un nuovo modello di organizzazione dei servizi sanitari territoriali che mira a rendere la casa delle persone la sede privilegiata di intervento, anche grazie allo sviluppo della telemedicina.

**FIGURA 1 ORGANIZZAZIONE DEL DISTRETTO A SEGUITO DELLA RIFORMA DELL'ASSISTENZA TERRITORIALI E DEGLI INVESTIMENTI DEL PNRR.**



La Casa della Comunità rappresenta il modello organizzativo attraverso il quale verrà assicurata l'assistenza sanitaria di prossimità alla popolazione di riferimento. È, infatti, il luogo fisico, di prossimità e di facile individuazione al quale l'assistito può accedere per poter entrare in contatto con il servizio sanitario per rispondere a bisogni sanitari e socio-sanitari dove è fortemente raccomandato il raccordo e la collaborazione con gli enti locali. Questa promuove un modello di intervento integrato e multidisciplinare, in qualità di sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale. L'attività, infatti, deve essere organizzata in modo tale da permettere un'azione d'équipe tra Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di Libera Scelta (PLS), Specialisti Ambulatoriali Interni – anche nelle loro forme organizzative – Infermieri di Famiglia e Comunità, altri professionisti della salute. Il PNRR prevede la realizzazione di almeno 1.350 Case della Comunità su tutto il territorio nazionale, in coerenza con lo standard ottimale previsto dalla Riforma di una Casa della Comunità *Hub* ogni 40.000-50.000 abitanti.

Oltre alle Case della Comunità, il PNRR prevede la realizzazione di almeno 400 Ospedali di Comunità, già normati con l'Intesa Stato-Regioni del 20.02.2020 (Rep. atti n. 17/CSR). L'Ospedale di Comunità, struttura appartenente alla rete territoriale, svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri inappropriati o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di bisogni sanitari e sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio. Altro punto cardine saranno le Centrali Operative Territoriali e il rafforzamento delle Cure Domiciliari. Il PNRR prevede la realizzazione di 600 Centrali Operative Territoriali che costituiranno un modello organizzativo con funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali sia territoriali (attività sanitarie e sociosanitarie) che ospedaliere nonché dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza. L'attività delle Centrali Operative Territoriali è rivolta prevalentemente ai professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali. Inoltre, per rendere veramente la casa il luogo di cura privilegiato per l'erogazione dei servizi sanitari è previsto il rafforzamento delle cure domiciliari, con l'obiettivo di prendere in carico almeno il 10% della popolazione over 65 anni. La Riforma specifica che il servizio di cure domiciliari garantisce la continuità assistenziale 7 giorni su 7 e 24 ore su 24, secondo le modalità indicate dalla normativa nazionale e regionale vigente. Altro tema chiave è la telemedicina, per la quale è previsto l'investimento di 1 miliardo nei prossimi anni. L'obiettivo è quello di costruire un modello che permetta il telemonitoraggio della cronicità e che aiuti il MMG e lo specialista ad avere informazioni continue sul paziente, anche mediante la creazione di una piattaforma nazionale. Tale investimento mira a fornire a tutte le regioni le stesse basi infrastrutturali e tecnologiche, nonché gli investimenti necessari per l'introduzione nel SSN della telemedicina nella pratica clinica quotidiana.

---

### **Il ruolo del Distretto nella riforma della Rete Territoriale**

**La citata riforma**, inoltre, ribadisce, in coerenza con la normativa vigente, la centralità del Distretto e del suo Direttore nel garantire l'equità di accesso ai servizi e la salute delle comunità che insistono sui loro territori. Il Distretto e il suo Direttore acquisiscono, quindi, la funzione di garanzia attraverso la valutazione dei bisogni di salute della popolazione, la valutazione delle priorità d'azione e della sostenibilità delle scelte, l'orientamento dei livelli di produzione di attività sanitaria come richiesta alle strutture ospedaliere e territoriali, la verifica dei risultati. Al Distretto sono, infatti, attribuite risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento. Nell'ambito delle risorse assegnate, il Distretto è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio della ASL. Al fine di consentire una programmazione condivisa, unitaria e coerente in relazione ai bisogni sociosanitari del territorio, i Distretti Sanitari operano, inoltre, in raccordo con i Comuni per coniugare la loro azione programmatica in riferimento agli aspetti sociosanitari attraverso gli strumenti di programmazione del Distretto: Piano di Zona (PdZ), Programma delle Attività Territoriali (PAT).

Il Direttore di Distretto, pertanto, sarà una figura sempre più rilevante all'interno del panorama dei professionisti del SSN. A quest'ultimo, infatti, sono richieste specifiche competenze manageriali e professionali, oltre ad una maturata esperienza nell'ambito dell'assistenza territoriale e della sanità pubblica.

---

## L'infermiere di famiglia e comunità (IFeC)

**Il Distretto**, inoltre, al fine di rafforzare il settore delle cure primarie<sup>4</sup>, sarà arricchito con nuove figure professionali, come l'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC).

La figura dell'IFeC è stata istituita con l'art. 1, comma 5 del D.L. n. 34/2020 convertito in L. 17 luglio 2020, n. 77 e nella riforma si prevede uno standard di almeno 1 IFeC ogni 2.000 - 3.000 abitanti. Tale standard è da intendersi come numero complessivo di Infermieri di Famiglia e Comunità impiegati nei diversi setting assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola.

L'introduzione dell'IFeC, così come indicato nelle "Linee di Indirizzo Infermiere di Famiglia/Comunità" della Conferenza delle Regioni e delle Provincie Autonome<sup>5</sup> e in linea con le indicazioni internazionali<sup>6</sup>, ha l'obiettivo di rafforzare il sistema assistenziale sul territorio, finalizzato a promuovere una maggiore omogeneità ed accessibilità dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, favorendo l'integrazione delle diverse figure professionali, compresa l'assistenza infermieristica di comunità. L'IFeC è un professionista responsabile dei processi infermieristici in ambito familiare e comunitario che, attraverso una presenza continuativa e proattiva nell'area/ambito o comunità di riferimento, assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità (MMG/PLS, assistente sociale, professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, ecc.) perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona. L'IFeC interagisce con tutte le risorse presenti nella comunità formali e informali e concorre a costruire la rete del welfare di comunità/generativo.

L'IFeC è anche potenziale attivatore di servizi assistenziali per bisogni sociosanitari latenti nella comunità al fine di fornire una risposta assistenziale globale e personalizzata che riguarda l'intero vivere della persona.

---

## Le Risorse per la realizzazione del nuovo modello organizzativo

**Oltre alle risorse messe** a disposizione dal PNRR per il potenziamento delle strutture, la realizzazione del nuovo modello organizzativo dovrà tenere conto anche delle nuove necessità in termini di personale.

Per questo motivo l'art. 93 del Disegno di legge di bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024 prevede che "per assicurare l'implementazione degli standard organizzativi, quantitativi, qualitativi e tecnologici ulteriori rispetto a quelli previsti dal Piano nazionale di ripresa e resilienza per il potenziamento dell'assistenza territoriale... anche in deroga ai vincoli in materia di spesa di personale previsti dalla legislazione vigente limitatamente alla spesa eccedente i predetti vincoli e, per quello convenzionato, è autorizzata la spesa massima di 90,9 milioni per l'anno 2022, 150,1 milioni per l'anno 2023, 328,3 milioni per l'anno 2024, 591,5 milioni per l'anno 2025 e 1.015,3 milioni a decorrere dall'anno 2026 a vale-

---

4 World Health Organization. HEALTH21 – health for all in the 21st century. Eur Heal All. 1998;(5).

5 Documento della Conferenza Stato-Regioni del 18 dicembre 2019 "Linee di Indirizzo Infermiere di Famiglia/Comunità" (Rep. Atti n. 20/164/CR06b/C7)

6 World Health Organization Europe. The family health nurse-context, conceptual framework and curriculum. 2000; (January 2000):54.

*re sul finanziamento del Servizio sanitario nazionale*". Lo stesso articolo prevede che *"la predetta autorizzazione decorre dall'entrata in vigore del regolamento per la definizione di standard organizzativi, quantitativi, qualitativi, tecnologici e omogenei per l'assistenza territoriale, da emanare con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze entro il 30 aprile 2022"*.

Con l'attuazione della riforma della rete territoriale e grazie agli investimenti previsti nel PNRR e della prossima Legge di bilancio, si completerà quel processo di riforma del SSN iniziato con il DM 70/2015, che renderà il nostro SSN sempre più equo, sostenibile, performante e con ottimi esiti di salute a tutti i livelli di intervento. La scelta di sviluppare prioritariamente l'assistenza primaria, inoltre, è coerente anche con le più recenti indicazioni fornite dall'OCSE<sup>7</sup> per tutti Paesi a prescindere dal loro livello di ricchezza e dal loro reddito. L'OCSE, infatti, anche in accordo con le evidenze emergenti dalla letteratura scientifica, da anni individua nello sviluppo dell'assistenza primaria uno degli elementi cardine con cui potenziare i sistemi sanitari favorendo, al contempo, l'equità di accesso ai servizi<sup>8</sup>, riducendo le disparità di salute sulla base del reddito, favorire la sostenibilità del sistema e migliorare la qualità delle cure.

---

7 "Realising the Full Potential of Primary Health Care", OCSE, 2019;

8 Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005;83(3):457-502.

## Dal piano nazionale per le cronicità al piano nazionale di ripresa e resilienza, continuità di azione per una reale presa in carica sul territorio

**Paola Pisanti**  
Già Presidente e  
Coordinatore della  
Commissione nazionale  
sulla malattia diabetica  
e della Commissione  
nazionale sulla cronicità  
Consulente esperto  
presso il Ministero  
della Salute

**Il Ministero della Salute**, con il Patto per la Salute 2019 -2021 e il “Piano sulla Cronicità”, recepito con l’Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, in data 15 settembre 2016, ha voluto condividere strumenti di programmazione sanitaria per sistematizzare a livello nazionale le attività nell’area della cronicità, rendere più omogeneo possibile il processo assistenziale e supportarle nel processo di transizione verso un modello integrato, volto a valorizzare tutti gli attori dell’assistenza. Gli approfondimenti di seguito riportati hanno l’obiettivo di comprendere se il PNRR, alla luce del Piano della Cronicità, riuscirà a coprire le necessità aiutando il nostro Paese a superare le significative disparità territoriali nell’erogazione dei servizi sanitari e sociosanitari; l’insufficiente integrazione tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali; e a ridurre i tempi di attesa, ancora elevati, per l’erogazione di alcune prestazioni.

### Il piano Nazionale della Cronicità (PNC)

**Il PNC può essere considerato** uno “spartiacque storico” che determina il passaggio da un approccio “occasionale” ad un approccio “strutturale e sistematico” alla cronicità, evidenziando che le patologie di lunga durata rappresentano una sfida per i sistemi assistenziali. Tale sfida per essere vinta richiede un’organizzazione adeguata, un’integrazione tra professionisti diversi e tra le strutture ed una corretta centralità del cittadino-paziente, che deve essere supportato per divenire “consapevole ed esperto” (empowered). Il PNC mette in luce l’esigenza di utilizzare strumenti che siano in grado non solo di dare centralità ai pazienti e di promuovere team integrati ma di misurarne i risultati attraverso lo strumento dei PDTA, articolati per le varie patologie, fornendo indicatori sulla gestione dei sub-target di pazienti (suddivisi in ragione della “stadiazione”) ed anche del singolo paziente. Ha voluto inoltre creare le premesse per migliorare l’alleanza terapeutica tra i sanitari e la persona con patologia cronica e rendere attivo il coinvolgimento sia delle Società scientifiche, che dei professionisti nonché del volontariato.

Esso pone attenzione all’uso di tecnologie innovative di “tecoassistenza” con funzioni di raccordo fra i servizi ospedalieri e territoriali, tra questi e il sistema di emergenza-urgenza, e alla collocazione degli interventi, all’interno di un sistema organico, che sappia offrire una risposta unica e coerente.

Il PNC, la cui costruzione si è basato su un lavoro di “intelligenza collettiva”, ha saputo mettere insieme e rendere convergenti punti di vista e talvolta anche mondi fino a quel momento molto distanti ed è divenuto in questi anni uno strumento “generalista” di riferimento nazionale per le successive articolazioni regionali.

Nonostante che sia stato recepito formalmente da tutte le regioni la sua applicazione è variegata: vi sono Regioni che hanno adottato i propri Piani e sviluppato anche Piani specifici nelle singole aziende sanitarie, alcuni ormai ben consolidati; altre Regioni che hanno, invece, avuto un approccio un po’ più formale, ponendo meno attenzione allo sviluppo dei servizi e degli interventi.

### Le indicazioni del PNC sono state validate dal Covid in quanto la sanità si è trovata scoperta proprio nelle aree che il PNC aveva individuato

Lo “Tsunami” COVID ha messo a dura prova la “resilienza” dell’intero sistema sanitario nazionale e la “continuità operativa” delle aziende sanitarie, diventando un banco di prova per verificare quanto del PNC era stato applicato e al tempo stesso ha accelerato il cambiamento, mettendo in evidenza criticità già esistenti o problematiche organizzative de-

terminate dall'epidemia. Stessa.

Il COVID 19 ha messo in luce la necessità di rivedere i processi di “reingegnerizzazione organizzativa” già in atto in alcune realtà, valorizzando in una visione integrata e di sistema, le risorse rappresentate dai Professionisti, dai Pazienti e dal Caregiver, dai Decisori Istituzionali nonché dall'innovazione organizzativa e tecnologica.

In particolare tra le più evidenti criticità, nelle 4 aree dell'assistenza (RSA-strutture sociosanitarie; Assistenza domiciliare; Integrazione ospedale territorio; Integrazione sociosanitaria – continuità assistenziale ) ne vanno ricordate alcune:

- la disomogeneità nell'assistenza al malato cronico fra le regioni e all'interno delle regioni fra le ASL
- la deficienza dei sistemi informativi (interoperabilità)
- i gaps nella continuità assistenziale
- la poca chiarezza dei ruoli e nell'organizzazione dei servizi
- la scarsa integrazione fra gli interlocutori
- la spesso insufficiente educazione del paziente ad una autogestione consapevole della malattia e del percorso di cura
- la inadeguata assistenza sanitaria e socio-sanitaria che tenga conto delle comorbidità, della cronicità “ad alta complessità”, della non-autosufficienza e delle condizioni di fragilità e/o di disagio o esclusione sociale
- la mancanza di semplificazione nelle procedure per facilitare l'accesso del paziente alle cure e favorire una integrazione efficace dei diversi livelli
- la inadeguatezza nel definire i PDTA e nel loro monitoraggio.

### Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)

**Esistono forti connessioni** tra il PNC che sistematizza la nuova visione, esalta la necessità di un riorientamento dei servizi e dei professionisti, e il PNRR.

Il PNC nella declinazione degli obiettivi, delle strategie e delle azioni ha anticipato le risposte a quelle necessità che il Covid ha messo a nudo e cioè la fragilità e la inadeguatezza, in alcuni casi, del modello di gran lunga prevalente nella offerta di servizi assistenziali, in particolare per la persona con cronicità tra cui gli anziani e le disabilità adulte e pediatriche. Entrando nello specifico delle missioni del PNRR, la Missione 6 “Salute” per la componente “assistenza di prossimità e telemedicina”, finalizza i fondi a “potenziare e riorientare il SSN verso un modello incentrato sui territori e sulle reti di assistenza socio-sanitaria; a superare la frammentazione e il divario strutturale tra i diversi sistemi sanitari regionali, garantendo omogeneità nell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza; potenziare la prevenzione e l'assistenza territoriale, migliorando la capacità di integrare servizi ospedalieri, servizi sanitari locali e servizi sociali”.

Il secondo cluster della stessa missione “innovazione dell'assistenza sanitaria”, mira all'ammodernamento delle dotazioni tecnologiche del SSN.

Sono convinta che le risorse così come destinate nelle 6 Missioni del PNRR possano coprire le necessità del nostro paese purchè le 6 missioni non siano così strettamente settoriali ma ci sia una trasversalità di programmi tenendo presente che la salute è in stret-

ta correlazione con il lavoro, l'ambiente, la ricerca, la formazione, ecc.

Per un utilizzo corretto e adeguato dei fondi e per dare risposte concrete al cittadino e alla comunità, dobbiamo partire dalla fotografia dell'esistente che ci mostra che in alcune Regioni sono più sviluppati i servizi ospedalieri di quelli territoriali, in altre è avvenuto l'inverso; in alcune il distretto ha assunto un ruolo centrale e una struttura organizzativa autonoma, in altre è rimasto un soggetto meramente teorico, privo di un reale potere di direzione e di coordinamento. In alcune Regioni il rapporto della Asl/distretto con la medicina di base si è sviluppato in forme di collaborazione e integrazione via via sempre più strette, in altre i singoli medici operano con la massima autonomia; e così in altre aree. Pertanto ritengo che si debba:

- **garantire un coordinamento dei professionisti**, il più possibile orizzontale superando l'attuale organizzazione dei servizi (diversi dipartimenti, molteplici Unità Operative), e rivedendo **le diverse tipologie di rapporti di lavoro** (dipendenti, convenzionati, liberi professionisti)
- **utilizzare nuove risorse in modo non frammentato** tra diversi soggetti istituzionali (ASL, Comuni, terzo settore) e **creare strumenti di interfaccia fra ospedale e territorio, e nello stesso territorio** fra Distretto, Aggregazioni funzionali territoriali (AFT), Unità di cure complesse primarie (UCCP), Case delle salute/ comunità, Dipartimenti di prevenzione, salute mentale, materno infantile, ecc), contribuendo a rendere più facile le "indispensabili azioni di ricomposizione degli interventi"
- **intervenire più su una revisione dei modelli assistenziali esistenti** che procedere ad un loro annullamento tenendo presente che "i percorsi di miglioramento efficaci partono sempre dalla valorizzazione dell'esistente"
- **introdurre interventi** che, con la conoscenza **dei determinanti di salute** di quello specifico paziente, riescano a contrastare anche il disagio sociale e a favorire l'inclusione sociale.

### **Il PNRR riuscirà a coprire le necessità e dare risposte concrete alla persona con cronicità e alla famiglia? Sono sufficienti le soluzioni proposte?**

**Il PNRR deve esprimersi** attraverso gli obiettivi prioritari dei progetti delle Amministrazioni coinvolte (Regioni, Comuni, ecc) che tengano conto di quanto definito in vari atti di programmazione nazionale come il PNC, il Patto per la Salute 2019-2021, il Piano di prevenzione, la bozza dell'Agenas sulla territorialità, il dm 71, ecc).

Pertanto alla luce delle criticità attuali bisogna puntare su

- **Riorientamento delle nuove formule aggregative, AFT e UCCP**, di cui alla L. 189/2012 (Balduzzi), lavorando in team integrati, raccordati con le strategie dei Distretti, che includano Ambulatori Infermieristici dedicati ai pazienti cronici e fragili per il follow up infermieristico e per l'educazione strutturata e sistematica dei pazienti e dei caregiver, integrati in una rete che coinvolga anche gli Specialisti ospedalieri

- 
- **Modelli di PDTA**, che “non siano generiche Linee Guida cliniche o organizzative”. Bisogna definire le strategie da parte delle Direzioni Regionali e Aziendali, costituire team integrati e condividere “PDTA snelli” con analisi di dati locali, con risultati attesi e relative responsabilità e con indicatori per misurare gli esiti e non solo le prestazioni erogate

---

  - **Team integrati di varie figure professionali con una figura di coordinamento del Team, ( “case manager”)** in grado di coordinare le azioni assistenziali; per la gestione del polipatologico

---

  - **“Paziente al centro”**, uscendo fuori dalla retorica di una presunta centralità semplicemente dichiarata e non sempre reale. **Il paziente esperto** della sua “malattia vissuta” deve essere in grado, attraverso un vero “Patto di cura” formalizzato e sottoscritto, di sapere gestire proattivamente la propria patologia, condividendo le scelte con il medico

---

  - **Comunità al centro**, secondo i principi del nuovo movimento “prima la comunità”, peraltro ben riconosciuto dai nuovi indirizzi normativi (L.77/2020) definendo strategie e azioni favorevoli l’evoluzione della Casa della salute in Casa della comunità, attraverso il consolidamento di queste strutture ispirate al principio della piena integrazione socio-sanitaria. Pertanto i progetti dovranno necessariamente prevedere il coinvolgimento delle istituzioni presenti nel territorio, del volontariato locale e degli enti del Terzo settore

---

  - **Standard** qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza territoriale ( DM 71)
- 

### Quali devono essere gli obiettivi prioritari dei progetti alla luce del PNRR? Quali sono le necessità emergenti?

**In riferimento alle specifiche** e correlate criticità nelle quattro aree dell’assistenza (RSA-strutture sociosanitarie; Assistenza domiciliare; Integrazione ospedale territorio; Integrazione sociosanitaria – continuità assistenziale), ulteriormente penalizzate dalla pandemia/ sindemia, le necessità emergenti sono:

- 
- **l’incremento del numero dei programmi e interventi per rendere operativi i modelli di stratificazione** della popolazione in accordo con i rischi clinici e i bisogni di salute sociosanitari

---

  - **l’implementazione dei sistemi di controllo** per valutare la performance qualitativa delle strutture sanitarie e sociosanitarie

---

  - **l’aumento della conoscenza delle malattie croniche e dei fattori di rischio** nella popolazione per una seria prevenzione, attraverso una strutturata educazione sanitaria

---

  - **il potenziamento dell’assistenza domiciliare**, per ridurre la istituzionalizzazione, anche utilizzando tecnologie innovative di “teconoassistenza”, per la cui diffusione è necessario operare su diversi piani: sul piano della ricerca, sul piano della formulazione di scenari, sul piano della formazione ed aggiornamento professionale. So-

prattutto è necessario creare fiducia nei servizi di Telemedicina e l'accettazione da parte dei professionisti e dei pazienti, attraverso momenti formativi e informativi

- **l'Incremento dell'ADI per i soggetti in condizioni di disagio sociale**, strutturando le Centrali operative regionali, dotate di apposito personale e di apparecchiature specifiche e collocando gli interventi, oggi forniti separatamente da Asl, Comuni e Inps, ecc. all'interno di un sistema di cure domiciliari organico, che sappia offrire una risposta unica e coerente attraverso il budget di salute/ comunità. **Il budget di salute** è definito dall'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità quale "strumento di definizione quantitativa e qualitativa delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per innescare un processo volto a restituire centralità alla persona, attraverso un progetto" E' un esempio concreto per utilizzare risorse in modo non frammentato tra diversi soggetti istituzionali (ASL, Comuni, terzo settore, paziente e famiglia ) e nelle sperimentazioni si è mostrato capace di dare una risposta per costruire "sistemi territoriali dove il welfare e la sanità concorrano a formare un diffuso sistema di servizi di comunità" e dove ogni cittadino possa permanere nel proprio ambiente abitativo, relazionale e culturale anche in presenza di malattia o disabilità
- **la concreta integrazione tra sanità e assistenza sociale e tra momenti istituzionalizzati di cura e coinvolgimento del territorio e della società civile** nella presa in carico dei cittadini vulnerabili. Si tratta di costruire progetti personalizzati capaci di incidere sui determinanti sociali della salute per dare risposta ai bisogni di cura, di alloggio, di socialità e, dove possibile, di formazione e lavoro dei soggetti più fragili (a partire dagli anziani)
- **il ruolo del caregiver familiare** e degli assistenti familiari, migliorando la qualità del loro lavoro, attraverso un addestramento per gestire la fragilità e individuando un **case manager**, con i compiti di coordinamento
- **una rivisitazione delle strutture sociosanitarie-RSA**, ridefinendo gli standard strutturali, organizzativi e operativi per superare l'impatto negativo dovuto spesso alla inadeguatezza dimensionale (troppo grandi? troppo piccole?) e per assicurare a ogni anziano uno spazio di vita personale, tale da garantire dignità e privacy. Inoltre l'organizzazione deve favorire le relazioni tra la struttura e il territorio di riferimento, sia nei confronti della comunità locale sia rispetto ai servizi presenti, promuovendo per la struttura un ruolo di "nodo della rete socio-sanitaria" e non di "meta terminale"
- **la valorizzazione dei ruoli professionali** in particolare di alcune figure quali: **l'infermiere** (e ricorderei, a tal proposito, la implementazione del modello rappresentato dall' Ambulatorio infermieristico), **del farmacista di comunità** per favorire in particolare l'aderenza alla terapia farmacologica e stile di vita e **del medico di medicina generale esperto** cioè un medico di famiglia che integra il suo ruolo di generalista con la conoscenza di un'area disciplinare ed è in grado di coordinare al meglio le attività svolte sul territorio, creando una vera e propria interfaccia con l'ospedale

- 
- **la formazione e aggiornamento professionale** per la quale è necessario mettere in campo alcune azioni contemporanee con targets diversi:
    - **il sistema di formazione universitario** delle Scuole di Medicina, Scienze Infermieristiche, Fisioterapia/Logopedia, Farmacia ecc, deve dotarsi di strumenti didattici che prevedano sia nel livello base che in quello specialistico l'insegnamento delle tecniche di cura delle cronicità
    - **il sistema di formazione continua degli operatori (ECM)** del Servizio sanitario deve prevedere costanti aggiornamenti obbligatori destinati alla gestione della persona con cronicità, con particolare attenzione alle condizioni di fragilità sociale, all'assistenza domiciliare, all'impiego di tecnologie di e-Health.
    - **la Comunità di pratica**, costituita già in alcune realtà a livello aziendale e/o distrettuale e che ha, tra le altre funzioni, quella di definire i piani di gestione della cronicità/fragilità, individuando modelli di clustering della popolazione, condividendo/implementando i PDTA, monitorando le attività in particolare per la popolazione fragile e cronica
  - **la stretta connessione** fra didattica (Università, ecc), ricerca (IRCCS ecc), assistenza (ospedale-territorio), implementando le attività di collaborazione tra Servizio sanitario, le Università, le Società Scientifiche e altri organi istituzionali
  - **la salute psicofisica degli operatori** sanitari, promuovendo l'ascolto attivo e l'accoglienza delle loro necessità con elaborazione delle dinamiche emotive individuali e di gruppo
  - **i modelli di integrazione scolastica**, di scuola a domicilio e in ospedale, attivando protocolli di integrazione fra sanità e scuola
  - **la transizione dalla gestione** dai servizi pediatrici a quelli dell'adulto per il bambino fragile, definendo protocolli specifici
  - **la medicina di genere**, individuando strumenti per stimolare l'attenzione di tutte le politiche verso la migliore salute possibile legata al genere.

In conclusione posso dire che il **PNC** ha rappresentato un nuovo modo di affrontare il mondo delle malattie croniche, indicando criticità esistenti e relative soluzioni. Le Regioni hanno recepito il Piano, ma lo hanno implementato in maniera parziale e disomogenea. Il **Covid** ha messo in luce le criticità già evidenziate dal PNC colpendo ferocemente lì dove le soluzioni previste non erano state applicate. Il **PNRR** rappresenta la vera volontà di scuotere violentemente il sistema sanitario attuale e con la forza economica che possiede, attraverso il rinnovamento dei processi che le Amministrazioni locali (Regioni, Comuni, ecc) metteranno in atto, potrà attuare quanto previsto dal PNC e creare nel nostro Paese un'eccellenza del nostro "Sistema Salute"

## Le sfide del PNRR per le Aziende sanitarie

**Giovanni Migliore**  
Presidente Fiaso

**Nonostante la sua apparizione** recente nella vita del Paese, il PNRR è ormai parte considerevole del nostro contesto. La rilevanza delle risorse impegnate, la possibilità conseguente di puntare su interventi strutturali e ammodernamenti rinviati per decenni e ora, finalmente, a portata di mano, la condivisione di un progetto unico e dell'impegno finanziario conseguente da parte di tutti i Paesi dell'Unione Europea si sono disvelati via via nella loro portata e nel loro valore, che trascendono di gran lunga obiettivi, ambiti e azioni previsti. Vale la pena, quindi, di soffermarsi in apertura di riflessione su alcune considerazioni di carattere generale.

### Il ritorno della visione (e delle risorse)

**Il PNRR parte** da una *visione* del Paese e del suo sistema di welfare sanitario. E questo, per quanto ci riguarda, è un primo elemento di valore. Non sono mancati, negli anni che ci lasciamo alle spalle, analisi ispirate a visioni innovative, ma esse avevano spesso il limite di riguardare aspetti particolari o punti di vista molto specifici, e di non essere facilmente riconducibili ad un quadro di insieme. Il PNRR, invece, si misura indiscutibilmente con questo sforzo di modernizzazione integrata. Il limite più grande di quelle analisi risiedeva poi, come è noto, nella impossibilità di contare su risorse certe, in grado di fare spazio ad investimenti sul futuro. Il PNRR mette a nostra disposizione questa opportunità. Prevede l'impiego di risorse economico-finanziarie significative, rappresentate per più del 60% da prestiti che graveranno sulle generazioni future. Ciò che ci impone la condivisione di una grande responsabilità collettiva, in particolare per quanto riguarda l'individuazione delle priorità e la capacità di perseguire in tempi certi gli obiettivi che ci daremo. Dobbiamo impiegare queste risorse in modo consapevole ed efficace. Alle risorse del PNRR si sono aggiunte, strada facendo, anche quelle previste dalla legge di bilancio. Sono quantitativamente assai meno rilevanti, ma qualitativamente persino più significative, perché invertano finalmente un trend negativo che durava ormai da troppi anni e investono sul FSN, sui finanziamenti ordinari, quelli con i quali dovremo far funzionare il sistema per tutto ciò che non ha a che fare con le progettualità del PNRR. Non è poco.

### Futuro, programmazione, formazione

**Il tema delle risorse** è paradigmatico. La disponibilità di risorse straordinarie, messe a disposizione dal PNRR, ha riaperto la riflessione sui finanziamenti ordinari e strutturali, che riguardano il presente ma anche il futuro del sistema. Emergenza e ordinarietà si confermano un sistema di vasi comunicanti, e ci traggono sul futuro. Non è l'unico esempio che possiamo richiamare. La stagione attuale è sempre più caratterizzata dalla esigenza di coniugare la capacità di assicurare soluzioni a criticità e questioni congiunturali, che esigono risposte qui ed ora, allo sguardo sul *futuro*. Un processo analogo si è innescato, per esempio, per la *programmazione*. Se, grazie al PNRR, possiamo programmare quale sarà l'assetto strutturale del territorio, con Case e Ospedali di comunità e Centrali operative territoriali, dobbiamo sapere sin da ora con quali risorse professionali faremo funzionare queste strutture e le integreremo per una migliore capacità di presa in carico dei cittadini e dei loro bisogni di salute. I precari assunti nelle fasi più dure della emergenza pandemica dei quali Fiaso ha chiesto la stabilizzazione, prevista ora nella legge di bilancio, sono necessari per continuare a garantire i LEA, ma anche per costruire, programmandolo sin d'ora, il SSN del futuro. Se abbiamo le risorse, e ora le abbiamo, possiamo e dobbiamo programmare. Questo si-

gnifica anche, per quanto ci riguarda, lasciarsi definitivamente alle spalle la stagione dei blocchi e dei tetti di spesa. La pianificazione del personale, fondamentale per la vita del SSN, dovrebbe puntare all'equilibrio tra domanda e offerta, guardare ai diversi profili professionali, compresi quelli emergenti, in relazione alle esigenze dei servizi a breve, medio e lungo termine. Abbiamo bisogno di sapere su quali professionalità potremo contare all'interno delle Aziende sanitarie, e investire sulla loro *formazione*. Ciò significa considerare tempi e costi della formazione di medici, infermieri e degli altri professionisti della sanità, e la complessità crescente dei modelli organizzativi, che richiede il ricorso a nuove professionalità e ad uno skill mix di competenze diverso rispetto al passato. Ma ci rinvia anche alla necessità di mettere in campo investimenti adeguati a formare i dirigenti del futuro, in maniera che siano in grado di utilizzare nuovi strumenti e di guardare ai percorsi di presa in carico e al sistema sanitario nel suo complesso, differentemente da come li hanno visti sinora. Tutto ciò ha a che vedere con i nuovi bisogni di cura e di assistenza e con i modelli organizzativi che possono garantire loro risposte adeguate, non certamente con i blocchi del turn over, i tetti per i fattori produttivi e gli interventi lineari, per di più fissati sulla base di esigenze del sistema di altre stagioni. Abbiamo bisogno di liberarci di vecchi arnesi che hanno fatto il loro tempo, e poco e male si conciliano con la ripresa e il rilancio del Paese che vogliamo e dobbiamo interpretare al meglio. *Visione*, idea di *futuro*, ritorno alla *programmazione* e alla *formazione* garantiscono al sistema *certezze e stabilità*, e ci consentono di riprendere la strada, nella stagione post-pandemica o di convivenza endemica con il virus che prima o poi imbrocceremo definitivamente, con maggiore tranquillità.

---

### Territorio, territorio e ancora territorio

**Entrando un po' più nel merito** di ciò di cui ci occuperemo intensamente nei prossimi mesi ed anni, la gestione della pandemia da COVID-19 ha dimostrato definitivamente che l'assetto attuale del SSN ha un punto di evidente debolezza nel *territorio*, sul quale bisogna concentrare gli sforzi per imprimere una svolta. L'investimento in assistenza domiciliare per concorrere al mantenimento della autosufficienza, la scelta del domicilio del paziente come setting privilegiato per l'assistenza territoriale, la realizzazione delle strutture intermedie con un occhio attento al riequilibrio dei ritardi rispetto alla dotazione degli altri Paesi europei e delle disomogeneità tra regioni, il rafforzamento della medicina generale e delle cure primarie, il rilancio a tutto tondo della prevenzione, sono punti di una agenda obbligata, e ormai per lo più operativa, per affrontare con successo il quadro epidemiologico attuale e futuro e il peso crescente di cronicità e comorbidità. L'attenzione della Missione 6 del PNRR per il territorio è stata salutata con sollievo per gli investimenti previsti, ma anche con qualche riserva e preoccupazione per l'attenzione prevalente alle strutture più che ai processi. Tuttavia, quelle strutture sono necessarie soprattutto per colmare i divari regionali, e il PNRR non va interpretato come lo strumento unico delle politiche sanitarie. In altre parole, non possiamo immaginare che il PNRR rappresenti l'inizio e la fine di tutto, né che si sostituisca al governo ordinario del SSN, ai diversi livelli. Semmai il problema risiede nella difficoltà di adottare un unico indirizzo per tutte le regioni, come se il punto di partenza fosse lo stesso. Un conto è discutere di Case di comunità in una Regione che ha già realizzato le Case della salute, altro è farlo con chi deve ancora mettersi su questa strada.

---

### L'ammmodernamento del parco tecnologico

**Attenzione analogica**, non tanto per quanto riguarda lo sforzo progettuale ma per ciò che attiene alla sistematicità degli interventi, dovremo dedicare al rinnovamento infrastrutturale di parte della rete ospedaliera e all'ammmodernamento del parco tecnologico, il cui indice di obsolescenza (79%) ha superato, ormai da tempo, il livello tollerabile per un sistema sanitario che persegue elevati standard di qualità e sicurezza delle cure.

---

### Digitalizzazione e Big data

Il **perseguimento** e il raggiungimento di tutti questi obiettivi si incrocia con la digitalizzazione del SSN, una strategia del PNRR considerata ormai un vero e proprio fattore abilitante delle principali politiche pubbliche, a cominciare da quelle sanitarie. Non si tratta solo di utilizzare strumenti di telemedicina o di informatizzare i processi, quanto piuttosto di ripensare e riprogettare i servizi sanitari e i loro modelli organizzativi e di fruizione da parte dei pazienti, in maniera che garantiscano il massimo della interconnessione e interoperabilità e utilizzino le logiche e il valore aggiunto dei sistemi digitali sin dalla progettazione. In altre parole, significa introdurre l'innovazione tecnologica accompagnandola con l'innovazione organizzativa necessaria ed indispensabile. Un approccio di questo genere consentirà anche la generazione di una quantità di dati, che si aggiungeranno a quelli già oggi disponibili, ponendo definitivamente sul tappeto il tema della utilizzazione strutturale dei *Big data*, per esempio per la programmazione in ottica di *health population management*. Quale altro approccio può avere senso, oggi, dopo l'esperienza pandemica, per guardare alle politiche della salute in ottica One Health?

Le piattaforme digitali potrebbero rappresentare una svolta storica, consentendo la concentrazione dinamica e attiva di dati e materiali riguardanti, per esempio, una determinata patologia cronica e la sua gestione, in modo da svolgere funzioni di raccolta, connessione e confronto, e la ricomposizione della divaricazione tra cure primarie sul territorio e prevenzione, in una logica di *health population management* che si porta dietro la ricostruzione e il supporto alla filiera dei vari setting di cura. Pensiamo a quanto tutto questo potrebbe essere utile a potenziare la nostra proattività nella capacità di presa in carico, a tutti i livelli.

---

### Una governance consapevole e coesa

La **stagione post-pandemica**, o di convivenza endemica con il virus, sembra aprirsi quindi con i migliori presupposti per la realizzazione di strategie ed azioni che possono rinnovare significativamente gli assetti attuali del SSN, a partire dalla implementazione delle progettualità del PNRR. A patto di poter contare su una governance che favorisca processi decisionali ed operatività rapidi ed efficaci, ispirati da una forte consapevolezza, coesione e collaborazione istituzionale nel perseguimento degli obiettivi tra i diversi livelli. Gli interventi contenuti nelle linee d'azione del PNRR si concentrano, ovviamente, su *cosa fare* per rafforzare, integrare e rendere più sinergica la risposta del Servizio Sanitario, il management delle aziende sanitarie non può non interrogarsi e proporre la massima attenzione su *come* dare attuazione ad un progetto così ambizioso. L'implementazione del PNRR impone, in tempi strettissimi, la definizione della progettazione esecutiva per ogni misura, la costruzione di piani regionali, la loro attuazione nelle singole aziende sanitarie locali. Ciò richiede attenzione, ancora una volta, per gli effetti delle diversità regionali, che hanno tecnostrutture, storie ed esperienze assai diverse tra loro, tenuto con-

to del ruolo rilevante che queste svolgono all'interno del SSN. Un contributo decisivo potrebbe arrivare dalla semplificazione e sburocraizzazione di alcune procedure, come dimostrato dalla fase più dura della pandemia. Le emergenze ci hanno insegnato a spendere tempestivamente e bene, il PNRR richiede ora un modello di governance che faciliti l'esecuzione dei progetti, a partire dallo snellimento delle procedure. Infine, ma non in ordine di importanza, progettualità così impegnative, che comportano investimenti rilevanti, richiederanno la predisposizione di sistemi di monitoraggio e valutazione efficienti e in grado di tener conto di tutte le dimensioni in campo. Dovremo dotarci di set di indicatori di processo e di outcome per misurare qualità, impatto, miglioramento effettivo per la tutela dei bisogni di salute della popolazione e fare di questi elementi la base per la valutazione delle performance. Più in generale, siamo convinti che le misure previste dal PNRR dovrebbero essere incardinate all'interno di un assetto istituzionale e di governance nel quale il management delle aziende sanitarie possa giocare un ruolo fondamentale su come spendere bene e su come trasformare le risorse in processi di potenziamento della rete dei servizi e di innovazione organizzativa già in atto. E l'operatività del PNRR dovrebbe essere governata da una visione integrata, così come proposto dalla stessa formalizzazione del Piano, evitando accuratamente qualunque approccio per silos.

---

### Il coraggio delle priorità e la tensione per l'urgenza

**La gestione** di questa fase storica richiede capacità di selezionare le priorità, al di là di quanto già fissato dagli obiettivi specifici del PNRR, e di generare la necessaria tensione per l'urgenza di ciò che vogliamo realizzare, indispensabile ad orientare l'intero SSN al raggiungimento degli obiettivi strategici ed operativi individuati. La pandemia ci ha costretti ad assumere decisioni rapide e a verificare altrettanto rapidamente la congruità delle scelte operate. Quella tensione ha selezionato gli obiettivi del SSN ai diversi livelli, e concentrato su di essi l'attenzione delle diverse articolazioni organizzative. La stagione che si sta aprendo richiede un analogo livello di attenzione e di concentrazione su obiettivi ed azioni. Si tratta di una sorta di *conditio sine qua non*, che rischia di essere data per scontata, ma non lo è affatto.

---

### Il SSN ecosistema della innovazione

**Gli obiettivi previsti** dal PNRR e dalle policy che ne deriveranno e che via via saranno messe in campo sono sicuramente rilevanti e, se raggiunti, segneranno in maniera indelebile un'epoca. Ma c'è un traguardo ancora più ambizioso alla nostra portata, cioè fare del SSN un *ecosistema favorevole alla innovazione*, scientifica, tecnologica ed organizzativa, consentendogli di mettersi in sicurezza rispetto a nuove possibili pandemie e ad ulteriori cambiamenti del quadro demografico ed epidemiologico e dei bisogni di salute. Non un sistema che teme l'evoluzione possibile del contesto come elemento di potenziale insostenibilità, ma un ambiente consapevole che l'innovazione è l'unica vera arma per far fronte ai possibili cambiamenti di scenario, che l'esperienza ci insegna proporsi ciclicamente. Ciò non riguarda tanto il conseguimento di singoli obiettivi, quanto piuttosto la realizzazione di una condizione strutturale e l'adozione sistematica e definitiva di un metodo, che è già appannaggio delle articolazioni più avanzate del sistema. Il management della sanità italiana, che ha affrontato con successo l'emergenza pandemica e, prima, la lunga stagione avviata dalla crisi economica del 2009 grazie a dosi abbondanti di innovazione, soprattutto organizzativa, potrebbe fare ancora una volta la differenza.

## Aderenza, appropriatezza, prevenzione, cure domiciliari, formazione, educazione, empowerment: le parole chiave del PNC nella prospettiva del PNRR

Tiziana Frittelli

Presidente Federsanità

### Introduzione

Aderenza, appropriatezza, prevenzione, cure domiciliari, formazione, educazione, empowerment: sono le sei parole chiave del Piano Nazionale della Cronicità, frutto di un Accordo Stato-Regioni- Province autonome del 2016. Purtroppo si tratta di un piano che ha avuto applicazione parziale, ma oggi è il tempo di superare gli elementi di criticità e avviarci verso soluzioni concrete per superare le forti disuguaglianze in termini di accesso ai servizi, che ancora in gran parte del Paese persistono.

Le stesse parole chiave le ritroviamo richiamate nel Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e rappresentano il perimetro intorno a cui costruire il futuro del nostro Servizio Sanitario Nazionale.

Se appropriatezza significa, come scrive il Ministero della Salute, eseguire “la procedura corretta, sul paziente giusto al momento opportuno e nel setting adeguato” il PNRR definisce con attenzione un nuovo “setting giusto”: le cure territoriali, le cure domiciliari e la casa del cittadino / paziente. Ma cosa significano in concreto?

Oggi abbiamo una reale prospettiva di sviluppo strutturale della sanità territoriale che parte anche dall’aver definito il fabbisogno delle risorse umane necessarie, affinché mai più si verifichi la carenza di profili centrali nell’assistenza causata da una errata programmazione dei fabbisogni formativi. Su questo punto di equilibrio occorrerà calibrare i finanziamenti proprio alla luce di un maggiore raccordo tra ospedale e territorio. In questa direzione dobbiamo puntare su elevate competenze digitali, professionali e manageriali al fine di valorizzare e potenziare le tecnologie più avanzate finalizzate ai nuovi processi per l’erogazione delle prestazioni e delle cure e, anche, su un più efficace collegamento fra la ricerca, l’analisi dei dati, le cure e la loro programmazione a livello di sistema.

**Il PNRR, inoltre,** entra nel merito proprio dell’aspetto specifico dell’appropriatezza che riguarda il setting di cura. Su che principi devono essere organizzate le cure territoriali per essere appropriate?

Il primo principio è che devono essere erogate vicino al cittadino, alla sua casa, alla sua famiglia. Questo perché non si tratta solo di curare le persone, ma anche di occuparsi del loro benessere e, stare nella propria casa, con la propria famiglia sicuramente migliora le cure oltre che evitare i rischi connessi all’accesso a ospedali o altre strutture collettive. Ma per permettere questo è necessario garantire la vicinanza dei servizi (ecco l’infermiere di famiglia e di comunità e l’assistenza domiciliare). Per poter garantire le cure adeguate è poi necessaria la multidisciplinarietà ed ecco il senso delle case di comunità (dove più professionisti lavorano assieme) e della loro collocazione territoriale e diffusa.

In altre parole, la persona deve essere “presa in carico” complessivamente, nelle sue relazioni parentali, familiari e di comunità, facendo in modo da costruire attorno alle sue necessità – ma anche alle residue potenzialità e risorse – il miglior percorso assistenziale possibile partendo dall’abitazione di residenza.

Una oramai consolidata letteratura evidenzia, infatti, come l’assenza di efficaci strumenti di sostegno alla dimensione sociale – che tengano conto delle situazioni di rischio e vulnerabilità, delle condizioni di età e di genere, reddituali, ambientali e di stress, di assenza, di scarsità dei legami interpersonali e sociali – determinino una tensione verso la “sanitarizzazione” dei bisogni e un conseguente maggiore ricorso ai servizi legati al SSN.

In questo quadro, una possibile risposta è quella appunto legata al ruolo delle comunità

e a una sempre maggiore integrazione sociosanitaria: un sistema a carattere comunitario nel quale produrre salute/benessere diventa un compito anche della società civile e del Terzo settore, all'interno di un sistema relazionale che connette le varie dimensioni del benessere stesso: sociale, economico, ambientale, oltre che meramente sanitario. Un modello di politica sociosanitaria che, soprattutto, si muove per anticipare i bisogni socio-sanitari e prevenire le patologie, abbandonando il tradizionale modello "curativo" di attesa della patologia e di erogazione di prestazioni sanitarie.

Altra caratteristica essenziale del setting territoriale è la continuità tra servizi e la continuità nel tempo. Per questo ruolo nascono la Centrale Operativa Territoriale che coordina le cure, le Unità Speciale di Continuità Territoriale che si occupano dei casi più gravi e la Centrale Operativa 116117 che supporta le cure 24 ore su 24. Inoltre assume un ruolo fondamentale la telemedicina che permette di seguire in maniera professionale i pazienti a distanza evitando inutili e costosi spostamenti.

L'aderenza alle cure, intesa come la necessità di attuare tutti gli interventi terapeutici e riabilitativi necessari e continuarli nel tempo, è elemento essenziale per il mantenimento dello stato di salute e per la prevenzione di eventi che potrebbero comprometterlo. Anche in questo caso è l'insieme di operatori e servizi di prossimità – in primis il medico di medicina generale – e il rapporto di fiducia che si crea che aiuta l'aderenza alle cure. Perché il messaggio deve essere che le buone cure non sono seguire prescrizioni (compliance) ma progettare assieme un percorso di salute, di vita e di benessere.

Arriviamo quindi al concetto di *empowerment*, richiamato nell'insieme del PNRR e non solo nella Missione 6. Non è un obiettivo riferito esclusivamente al singolo cittadino, ma all'intera comunità ed in particolare quando si fa riferimento alle politiche per i giovani, a quelle per le donne e alla riduzione del divario di cittadinanza. In particolare nell'ambito della salute la riduzione del "divario di cittadinanza" è un obiettivo prioritario. Ciò significa che nel disegnare la rete dei servizi territoriali è necessario superare le disuguaglianze di accesso. In questo contesto il tema prioritario è quello delle cosiddette "Aree Interne". In Italia quasi 4.200 comuni (quasi la metà del totale) ricadono nelle aree interne. Questi territori coprono il 60% della superficie nazionale, e sono abitati da circa 13 milioni di abitanti (circa il 22% della popolazione italiana). La maggior parte degli abitanti delle aree interne (8,8 milioni di persone) vive nei Comuni intermedi distanti dai 20 ai 40 minuti dal polo più vicino. 3,7 milioni abitano in comuni periferici, mentre 670mila vivono in aree ultra-periferiche (cioè comuni distanti almeno 75 minuti dal centro più vicino) (Fonte: Agenzia per la Coesione territoriale)

Un servizio territoriale realmente accessibile non può non occuparsi delle popolazioni che vivono nella zone più periferiche che spesso sono anche le persone più fragili: è *l'urban rural divide*. Per superarlo bisogna progettare forme organizzative completamente nuove mettendo assieme tutte le risorse: Mmg, infermieri di comunità e medici dipendenti e convenzionati del SSN, farmacie, Comuni e volontariato, puntando anche sulle equipe itineranti. Occorre un forte raccordo tra servizi sociali dei Comuni e assistenti sociali del SSN, in un disegno globale che superi i raccordi informali.

**Ma per programmare**, consolidare, mantenere e sviluppare servizi territoriali è determinante favorire processi di Community Building. Ed è qui che Aziende sanitarie, Comuni, Associazioni di volontariato dovranno ripensare metodi e strumenti per affrontare i temi della salute, esplorando anche nuove forme di esercizio di democrazia e di partecipazio-

ne. È evidente che la formazione (ultima parola chiave) necessaria per introdurre tutti questi cambiamenti richiede di superare gli attuali limiti dello specialismo e del legame a setting di cura strettamente legati alle istituzioni e non alla comunità.

In altre parole, le risorse del PNRR da sole non bastano se non vengono inserite all'interno di un quadro istituzionale, professionale e comunitario di governance sociosanitaria capace di coinvolgere i diversi soggetti coinvolti (Regioni, con le Aziende sanitarie, Comuni, nella fornitura dei servizi sociali, la cittadinanza e il Terzo settore) valorizzando i principi di sussidiarietà e partecipazione.

## Nel Distretto la regia per una nuova governance delle cronicità

**Gennaro Volpe**  
Presidente Nazionale  
CARD

**Paolo Da Col**  
Centro Studi CARD

È lungo il percorso che accomuna il Distretto e la questione delle “cronicità”. Per noi inizia nel 1999, quando con entusiasmo leggevamo, in una legge nazionale “Il Distretto assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie... Al Distretto sono attribuite risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento” (art. 3 quarter, c. 2, DL 229/99).

In quei servizi per noi apparivano prioritari quelli ingaggiati nelle “cronicità”, già allora campo di azione prevalente nel territorio ed in cui si presentavano inscindibili i bisogni delle persone negli aspetti sanitari e sociosanitari. Per chi a quel tempo iniziava a realizzare i “nuovi” Distretti (nuovi perché diversi da quelli nati ex L 833) divenne subito chiaro il problema del governo di un sistema in grado di affrontare l’enorme numero di persone che cercavano di “convivere attivamente con la cronicità” (frase stupenda del PSN di quegli stessi anni), mentre l’ospedale andava sempre più proiettandosi e caratterizzandosi verso la cura delle situazioni acute. La realtà degli anni successivi smentì le attese: ai Distretti - quando esistenti, dato che in alcune parti d’Italia mai furono formalmente costituiti ed in altre solo come realtà virtuali - non giungevano le risorse necessarie, assegnate in misura ben inferiore a quelle necessarie per fronteggiare la crescente “epidemia” delle cronicità e, pertanto, per avviare anche l’azione di governo clinico ed organizzativo di questo ambito. CARD da sempre ha profuso un grande impegno per proporre a riguardo soluzioni innovative.

Quindici anni dopo circa, nel 2016, il mirabile Piano Nazionale delle Cronicità (PNC) riaccende i riflettori sul tema. Per CARD si presenta come luce in fondo ad un tunnel: “è ormai ampiamente consolidato il consenso sul principio che la sfida alla cronicità è una **“sfida di sistema”**, che deve andare oltre i limiti delle diverse istituzioni, superare i confini tra servizi sanitari e sociali, promuovere l’integrazione tra differenti professionalità, attribuire una effettiva ed efficace “centralità” alla persona e al suo progetto di cura e di vita. ....”. A noi sembrò di rileggere una presentazione appropriata di ciò che compete al Distretto.

Infatti, chi, se non il Distretto, può agire come attore protagonista di questa sfida? Il Distretto nel PNC riceve citazione esplicita a pagina 17 in merito all’ADI-cure domiciliari (da sempre, CARD mette le cure domiciliari al primo posto); relativamente al tema della responsabilità clinica, organizzativa e gestionale (pagina 55); a pagina 100 si parla del Distretto come modo di potenziare le strutture territoriali; a pagina 127 lo si lega alle dimissioni protette dall’ospedale; il Distretto è affermato come necessario per costruire reti di assistenza e divenire baricentro di queste reti territoriali (pagina 147) e per la presa in carico dei soggetti con cronicità (pagina 148). Descrizioni puntuali, per un insieme sistemico di funzioni essenziali, irrinunciabili per la vita delle persone “con cronicità”.

Ma, di nuovo, a buone norme, a parole ed intenzioni precise non sono seguiti pari fatti; limitati sono stati i cambiamenti significativi negli assetti organizzativi delle Regioni rispetto alla posizione, ruolo, funzioni dei Distretti così invocati. Tuttavia, si diffonde la conoscenza (molto meno la pratica) del Chronic Care Model e la consapevolezza della necessità di superare la logica prestazionale verso la capacità della presa in carico globale; qua e là si sperimentano lodevoli iniziative per la gestione delle cronicità, anche con il coinvolgimento della medicina convenzionata.

Dunque, nel corso degli anni, vi è stata attenzione al tema della cronicità, ma poco si è fatto per mutare la realtà complessiva a suo favore. È stata l’acuzie a farla sempre da padrona. E sostanzialmente l’impianto strutturale è rimasto ospedalocentrico.

Ma, paradossalmente, sono proprio dirompenti vicende acute che fanno tornare in auge la questione della cronicità e dell'assistenza territoriale. La fase dell'emergenza-COVID fa esplodere il bisogno di cure per l'acuto-acutissimo, ma ci si accorge che i più colpiti sono i soggetti "con altre patologie preesistenti-coesistenti", bisognosi di pari grande attenzione. Per questo i Distretti si sono adeguati e si sono rivelati indispensabile "forza territoriale": nelle campagne vaccinali per il COVID; nel tracciamento; nella presenza domiciliare con le USCA, considerate in CARD come l'unica vera grande novità dell'assistenza medica convenzionata; nel fronteggiare lo tsunami del contagio nelle residenze per anziani; ed altro ancora. Oggi li ritroviamo coinvolti nelle cure delle condizioni post/long COVID, cronicità che si aggiunge alle precedenti. Con l'epidemia riemerge unanime attenzione al problema dell'assistenza territoriale "forte" e della moltitudine di persone con malattie di lunga durata da assistere e curare. E con esso inevitabilmente torna alla ribalta il nodo dei Distretti, indispensabili sia per contribuire a gestire l'epidemia COVID sia quella della "cronicità", quest'ultima certamente destinata a non esaurirsi, anzi, e per la quale occorre allestire rapidamente risposte anche per le situazioni di cronicità trascurate, così come quelle nuove, necessariamente da integrare tra componenti medico-sanitarie e sociali. Ma certamente nel Paese non è stata uniforme la possibilità di svolgere questa azione di governo, di equilibrio delle azioni sulla cronicità in piena fase acuta pandemica. Una grande sfida con l'occasione perduta di preparare risposte integrate e di rendere per questo il Distretto "vero" (nell'architettura organizzativa) e "forte" (per le risorse assegnate)".

Nel 2020 e 2021 la pandemia ha causato la caduta di due dogmi penalizzanti da tempo la sanità in generale, ed ancor più quella territoriale ed i Distretti: l'austerità finanziaria (37 miliardi non pervenuti alla sanità negli ultimi 10 anni) ed il blocco dei turn-over e delle assunzioni di personale. Teniamone conto, anche perché mentre crescevano i sistemi di monitoraggio dei LEA distrettuali, si allontanavano le possibilità di soddisfarli a causa dei tagli. Dubitiamo che sia possibile assicurare i LEA distrettuali senza Distretti ben attrezzati. Ricordiamo che i LEA distrettuali sono sociosanitari, e dunque il sociosanitario è di natura di competenza distrettuale, elemento che dovrebbe far cadere ogni dubbio sulla loro esistenza. In ogni caso, ora sappiamo che tanto più crescono le risorse (anche quelle forse in arrivo grazie al PNRR – v. oltre), tanto più occorrerà affrontare il tema di come governarle, gestirle, riguardo alla cronicità nelle logiche multiofferta, multidisciplinari-professionali, per raggiungere efficacia, efficienza, equità.

Anche noi da alcuni mesi leggiamo il PNRR e cerchiamo di capire cosa/dove ci porterà, quali le novità pertinenti con il tema di queste riflessioni. Ci saranno nuove risorse ed obiettivi: bene. Le Regioni dovranno costruire le Case della Comunità, gli Ospedali di Comunità, nuovi e forti servizi di cure domiciliari, residenziali, le Centrali Operative Territoriali, nuove soluzioni abitative per disabili e persone non-autosufficienti atte a contrastare l'istituzionalizzazione. Molto bene. Il PNRR prevede di definire importanti riforme dell'assistenza territoriale, dei sistemi di welfare per la disabilità e la non-autosufficienza: giusto. Molti i miliardi da distribuire (sette, almeno); finalmente.

Sarà quindi la volta buona per il buon futuro del territorio (e delle persone)? Lo speriamo davvero. Ma non possiamo nasconderci che c'è un "ma", anche in questa circostanza apparentemente favorevole. Il "ma" si riferisce al fatto che nel PNRR manca il coraggio di affermare chi farà la governance del sistema così espanso. Chi terrà la regia. Secondo noi deve essere un soggetto pubblico, cui porre in capo la responsabilità di costruire un

senso, una continuità intelligente, una coerenza a così tante nuove iniziative. Osserviamo con preoccupazione (e delusione) questa assenza. Per noi deve essere il Distretto, citato nel PNRR solamente quando si parla della COT. Come mai su questo non vi è consenso? A nostro parere occorre definire il livello di responsabilità dell'impiego di tante risorse e della realizzazione degli obiettivi di cura attesi da milioni di persone. Nel PNRR, altra visibile conseguenza, le nuove offerte sembrano nascere svincolate da precise valutazioni dei bisogni. Creare offerta senza adeguarla ai bisogni genera sprechi di risorse, perdita di efficacia, presenza incontrollata di over-use e, forse peggio, di under-use dei servizi.

Una speranza si è accesa in noi recentemente nel leggere il recente documento di AGE-NAS che ben mostra come valutare il bisogno semplice e complesso, il ruolo centrale del Distretto, in cui sono incluse le AFT, la Casa della Comunità (hub e spoke), l'Ospedale di Comunità, la COT e la Centrale 116117, le USCA, l'hospice, l'infermiere di famiglia e di comunità. Tutte realtà che CARD da anni segnala come punti fondamentali di un'assistenza territoriale forte, indirizzata alle persone con malattie/situazioni complesse di lunga durata (c.d. "cronicità"). Molte di queste già sostanzialmente esistono e meriterebbe conoscerle, insieme ad altre già attive in molti Distretti del Paese: i punti di accoglienza e primo orientamento del bisogno (PUA); le attività integrate nei Centri (Case) della Salute Distrettuali; le valutazioni multidimensionali in UVD per la valutazione tecnica del bisogno con approccio globale alla persona ed al contesto di vita; la presa in carico con i giusti passaggi nei PDTA e nei PAI; il lavoro dell'infermiere di famiglia e di comunità; le dimissioni protette; i budget di salute individuali dove far confluire risorse di diversa provenienza, in primis di quelle della persona e dei familiari/care giver; la valutazione degli esiti degli interventi articolati nei setting-punti cardinali dell'assistenza territoriale-distrettuale, indispensabili sempre per il corretto follow-up delle persone con malattie croniche (per lo più coesistenti nelle comorbidità): 1) le cure ambulatoriali, dove si cerca di formare la medicina generale di Gruppo, affiancata da specialisti e da competenze infermieristiche; 2) le cure domiciliari, fino ad oggi "cenerentola" dei servizi, ma che il PNRR vuole veder raddoppiate nella copertura degli ultra65enni, cui CARD chiede si associno molto più alte intensità assistenziali: ben vengano le Case della Comunità, ma ricordiamoci che le prime Case in cui impegnarsi sono quelle dei cittadini delle Comunità locali; CARD sostiene che è indispensabile realizzare in ogni Distretto un home care team multiprofessionale; 3) le cure residenziali, espanse anche con soluzioni abitative alternative (co-housing, ed altro consimile), con strutture per le cure intermedie, innovative per alta qualità e valore; non più "case di riposo per chi è al tramonto", ma "case come casa propria", per chi può e vuole godere ancora di qualche gioia di vivere; 4) le cure nei centri diurni, ancora troppo pochi e fragili.

Se consideriamole variegate esigenze di milioni di italiani affetti da malattie cardiovascolari, oncologiche, respiratorie, neurologiche, reumatiche, ed altre ancora, quasi sempre connotate dalla lunga-lunghissima durata (molti anni), se teniamo presenti i loro luoghi di vita e di lavoro, diversissimi per densità abitativa, cultura, tradizioni, abitudini, attese e facile accessibilità ai servizi, la loro appartenenza a Comunità che si caratterizzano localmente, ecco che non possiamo eludere il nodo della tutela della salute individuale e di comunità come strettamente interrelate. E chi, se non un Distretto, può coniugare (governare) questa necessità di individuale community care?

Il governo delle "cronicità" va collocato nella cultura e nello scenario della long-term care, in cui è cruciale proprio il fattore-tempo, l'elemento di persistenza nel lungo periodo

di buone cure, proporzionate al bisogno, (diremmo *sine die*, quindi). È nell'organizzazione e struttura distrettuale, tanto più se arricchita delle strutture-servizi previsti nel PNRR, che questa equivalenza "tempo di cura" e "modo di cura" si realizza; in cui applicare la medicina di iniziativa e la proattività, (di)mostrare che la nuova sanità non si concentra solamente in siti di eccellenza, ma si concretizza nella prossimità delle cure primarie, di alto valore (sperabilmente eccellenti), finalizzate a soddisfare diritti alla salute ed efficienza allocativa, per far transitare il SSN/SSR a fondarsi sulla primary care. Cure primarie di cui è interprete e depositario il Distretto, regista-coordinatore che contribuisce così in modo irreversibile a mantenere un Sistema sanitario pubblico ed universalistico. E se qualcuno pensa che per questo servano nuovi e capaci Direttori di Distretto troverà la CARD già pronta ad assentire (abbiamo già chiesto percorsi formativi ad hoc e un albo nazionale di idonei).

La buona assistenza alle persone con "cronicità" richiede interventi sanitari, sociosanitari e sociali. I tre ambiti quindi devono essere ben governati e CARD ritiene questo compito sia appropriato per il Distretto, ma ciò sarà possibile solamente se saranno superate le barriere e gli errori del passato, riconoscendolo come centrale, annullando le difformità regionali, e garantendogli poteri e risorse adeguate (possiamo riprendere con lealtà intellettuale la questione della ripartizione delle risorse in 55% per il territorio e 45% per l'ospedale?) per questa funzione di governo, associata a quella di produzione e gestione diretta di servizi essenziali sanitari e sociosanitari nei setting ambulatoriali, domiciliari, residenziali, posti tra loro in continuità e contiguità, secondo le esigenze specifiche dei territori degli 8.000 Comuni Italiani, che dovremo essere capaci di far divenire primi alleati di questa trasformazione (Distretti interpreti e garanti nel "health needs assessment"). Chi, se non il Distretto, può governare domanda ed offerta? Ai Distretti, a partire dai bisogni, va affidata anche la complementare funzione di committenza, per integrare al meglio le tante risorse che nei territori stanno crescendo. Un'integrazione innovativa e solida sia quando svolta in modo verticale (ovvero intra-sanitaria, all'interno delle cure primarie e tra queste e le cure specialistiche), sia orizzontale, e pertanto sociosanitaria ed anche inter-settoriale (epidemia docet, quando povertà ed esclusione minano la salute nel silenzio di vittime innocenti). Un'integrazione che riguarda anche quella tra pubblico e privato, che possono ben cooperare, quando ben coordinati, per soddisfare i bisogni delle persone e non delle strutture.

Infine, non dobbiamo dimenticare che un approccio moderno e lungimirante alla questione della governance della cronicità deve estendersi ed armonizzarsi con i due temi "gemelli" della fragilità e della longevità. Affrontare con maggiore lucidità, coraggio, coerenza, intelligenza questi ultimi due ci porterà in territori più sicuri nei risvolti preventivi (prevenzione primaria e secondaria), riabilitativi e comunque finalizzati al contenimento dell'"epidemia delle cronicità", nelle risposte corrette alle esigenze dei milioni di nostri concittadini, verso i quali tutti noi operatori della salute portiamo precisi obblighi.

6

## Dall'ospedale all'Home delivery, farmaci e dispositivi a sostegno degli obiettivi del PNRR

**Arturo Cavaliere**  
Presidente Sifo

**Da mesi** tutti i protagonisti della sanità si interrogano e dialogano sui contenuti e sulle prospettive offerte dal Piano Nazionale Ripresa e Resilienza. Le sue dotazioni economiche hanno posto la sanità italiana di fronte ad una questione decisiva: abbiamo oltre 15 miliardi per rifondare il SSN, riusciremo a farli fruttare con azioni durature nel tempo? Saremo capaci di interventi di radicale innovazione? Questo accadrà con trasparenza, efficienza ed equilibrio nell'allocazione delle risorse, oltre che con sicurezza e qualità organizzativa?

Come Società dei farmacisti ospedalieri e dei servizi territoriali abbiamo incentrato su queste domande il nostro ultimo Congresso Nazionale (14-17 ottobre, Roma), cercando così di offrire chiavi interpretative di un ruolo professionale che (come dimostrato in tutto il periodo pandemico) è di spinta e collegamento, di integrazione e connessione tra le varie anime del SSN e il mondo dei cittadini.

Dal nostro osservatorio – anche a fronte dei numerosi punti nevralgici del piano recentemente messo a punto da Agenas e su cui si stanno concentrando molte delle riflessioni odierne – siamo convinti che la vera sfida del PNRR sia su tre ambiti: l'assistenza territoriale e di prossimità, sviluppo tecnologico e digitale della sanità e la responsabilità multiprofessionale.

Ci spinge a questa considerazione un'elementare osservazione dei dati e dei bisogni: il nostro Paese va verso una sempre maggiore presenza di popolazione anziana, con il suo carico di cronicità e pluripatologie; inoltre (come mostrato sotto il peso stressante della SARS-COV.2) il SSN ha la necessità di ripensarsi in termini di superamento della frattura ospedale-territorio, ricentrando in modo nuovo l'attenzione sulla prossimità assistenziale.

Così quando si vedono gli approfondimenti su Case di comunità e Centrali operative (definite così: La Centrale Operativa Territoriale è un modello organizzativo innovativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza”) la riflessione sul contributo che i Farmacisti ospedalieri viene spontanea, perchè la nostra professione è da tempo impegnata – come già affermato – ad essere il punto di cerniera tra varie fasi del Servizio Sanitario Nazionale.

La Trasversalità della Nostra professione all'intero processo assistenziale che già garantisce i cambi di setting distributivi sarebbe dal nostro punto di vista strategica centrale e nevralgica sia (soprattutto) all'interno delle future COT, degli Ospedali di Comunità e delle Case della Comunità perchè in grado di garantire quel dato di ritorno in termini corretta codifica del dato analizzato, controllo e monitoraggio della appropriatezza prescrittiva e verifica della discontinuità di cura favorendo altresì la riconciliazione della terapie. La nostra figura è inoltre probabilmente l'unica a garantire nella quotidianità la corretta gestione ed interoperabilità dei flussi derivanti dai dati sanitari (farmaceutica convenzionata e diretta, SDO, FSE...) permettendo, così, l'attenta valutazione di una prescrizione appropriata da condividere in tempo reale all'interno del team multidisciplinare e assicurando, infine, la governance del Fondo Sanitario Nazionale.

Da qui le sottolineature iniziali: assistenza territoriale, digital health e multiprofessionalità. Il farmacista ospedaliero è in prima linea sia sulla visione complessiva che su questi tre fronti specifici.

Sul primo, abbiamo già messo a punto una proposta specifica: l'avvio, la diffusione e la concretizzazione dell'**home delivery** su tutto il territorio nazionale con tre regioni pilota. Pazienti fragili ed anziani, con patologie croniche, oncologiche, reumatologiche e gastroenterologiche ma anche oncologiche, ed anche pazienti situati in aree non metropolitane e rurali, possono avere enormi facilitazioni da un nuovo percorso di dispensazione dei farmaci

Associando App di telemonitoraggio funzionale al controllo dell'aderenza Terapeutica si connette il tema della digital health al nuovo modello di Cure Domiciliari reso possibile grazie al sistema delle Centrali operative territoriali che rappresentano la cabina di regia del sistema in quanto elemento cardine di integrazione e raccordo tra le tre macrostrutture aziendali (rete ospedaliera, rete territoriale e prevenzione).

Le COT sono “luoghi” dove si incontrano virtualmente i responsabili dei processi assistenziali e dove si raccolgono, classificano e smistano le richieste per indirizzarle verso la giusta soluzione nonché si monitorano risultati ed indicatori.

Si tratta di una visione innovativa che per esser tale deve comprendere il Farmacista dei Servizi farmaceutici Ospedalieri e Territoriali, e andare oltre le indicazioni di standard minimi e di requisiti e figure professionali previste dal documento che ormai viene definito universalmente come DM71 e che sembrano replicare un vecchio schema consolidato di figure professionali necessarie ma non sufficienti per contribuire e determinare una vera rivoluzione assistenziale anche in un ottica on ehealth.

**L'home delivery Sifo** che può integrarsi anche con la Farmacia dei Servizi è un progetto di alta sensibilità sociale che viene incontro alle esigenze delle persone fragili anziane e deboli che hanno difficoltà a recarsi presso le strutture ospedaliere per il ritiro di farmaci ad utilizzo continuativo e cronico.

La presa in carico del Paziente verrà quindi finalizzata all'erogazione funzionale di farmaci erogati in distribuzione diretta (DD) via Home Delivery, in particolari Aree Terapeutiche di Pazienti Fragili, stratificati secondo il bisogno di salute, tipologia di farmaco e modalità distributive classificate da AIFA e Regione, riducendo gli accessi al pronto soccorso e i ricoveri ospedalieri inappropriati.

Il processo strutturato di Home Delivery sarà pertanto gestito con una rete informatizzata dal farmacista del SSN all'interno delle COT a cui è collegato un TEAM multidisciplinare. Elemento qualificante dell'intera visione sarà un contenuto di ricerca che serva non solo alla diffusione di informazioni scientifiche, ma al reale miglioramento della gestione clinico-terapeutica del paziente

Questo approccio può anche assicurare quell'add-on clinico che può assicurare aderenza e corretta farmacovigilanza attraverso un'App che abbiamo intenzione di sviluppare per i vari device, per assicurare ai pazienti di poter interagire con i centri dispensatori, quindi con la farmacia delle ASL e con i clinici con le farmacie di comunità.

L'ultimo punto su cui desideriamo richiamare l'attenzione è il valore nuovo e immenso della multidisciplinarietà e della multiprofessionalità necessarie per usare al meglio i fondi del PNRR. Nessuna ottima progettualità saprà generare modifiche robuste e permanenti se non sarà condivisa con i professionisti: per questo il primo valore su cui occorre lavorare tutti in modo concertato e consapevole è la stima reciproca su cui le nostre or-

ganizzazioni, per i cittadini, per tutto il sistema sanitario.

In tutto questo ci è chiesto di essere – insieme – il team che rende il sistema capace di fare scelte consapevoli, appropriate, sostenibili, efficaci. Ecco dunque il nostro messaggio conclusivo: non stanchiamoci di pensarci come team a servizio del Paese. Un team che deve conoscersi sempre di più, collaborare, formarsi insieme per uniformare – nella reciprocità interprofessionale che non annulla le differenze - gli obiettivi da raggiungere e i valori da promuovere. Un team che deve esser consapevole del valore primario della collaborazione offerta alla realizzazione del PNRR: contribuire a fare entrare la sanità italiana nella sua nuova dimensione, quella delle cure di qualità per tutti.

## Non solo mura, il capitale professionale nella presa in carico delle cronicità

**Silvestro Scotti**  
Segretario Nazionale  
Fimmg

**La sfida di partecipazione** della medicina generale alle case di comunità così come descritte nel PNRR non può che essere accolta. Non ci sono alternative. È stato peraltro preso un impegno nei confronti dell'Europa in tal senso, ossia che le cure primarie vadano organizzate attraverso lo sviluppo di queste strutture. Ora, però, bisogna capire come queste potranno esprimere in qualche modo la valorizzazione delle azioni che sulle cronicità e sulle fragilità che rappresentano elementi tipici dell'azione della medicina generale quotidianamente sostenuta dal valore del rapporto fiduciario con il paziente e con i cittadini. A questo dovrà aggiungersi il tema critico della prossimità che, peraltro, è una delle parole chiave di tutta la progettualità del PNRR. È abbastanza chiaro che la centralizzazione dei processi che richiedono la presenza fisica dei pazienti all'interno delle case di comunità possa determinare un allontanamento del punto di accesso al percorso di cura. Oggi, invece, il percorso di cura comincia nello studio del medico di famiglia e prosegue, attraverso PDTA condivisi, in ambito specialistico in altre strutture del territorio o ospedaliere.

Crediamo che un meccanismo di questo tipo debba essere mantenuto, semmai realizzando la partecipazione dei medici di famiglia a momenti caratterizzati da crescente intensità assistenziale. Quindi, un primo livello di gestione di questi processi riservato al livello di attività nello studio del medico di famiglia e un secondo livello successivo, nelle cd Case di Comunità potenziandole con strumenti di telemedicina e personale dedicato, che rappresenta un momento a maggior intensità assistenziale. In questo ambito è corretto pensare all'interazione con altre professionalità, previste nella casa di comunità, che sono predisposte, per esempio, anche ad interventi di tipo sociale. Quindi può diventare una sede non solo di presa in carico del paziente in termini sanitari ma di presa in carico integrata nell'ambito di un percorso di cura più strutturato e complesso.

Quindi, in buona sostanza, quello che viene previsto nel PNRR viene valutato positivamente se tuttavia riuscirà ad essere coordinato con quelle che sono le strutture già previste. Anche perché dobbiamo anche immaginarci la necessità di una fase di transizione. Non possiamo ragionare solo su quello che vorremmo avere pronto nel 2026 ma partire da quello che abbiamo, consapevoli che nel mentre l'assistenza non può fermarsi.

Le necessità assistenziali sul territorio continuano ad essere quotidianamente presenti e il rischio è di "buttare a mare il bambino con l'acqua sporca". Quindi va benissimo riorganizzare il territorio ma nel contempo dando strumenti e supporto alla medicina generale che comunque deve, ogni giorno, continuare la sua opera fondamentale di prossimità e nella fiduciarità. Ipotizzare un modello che faccia saltare questo principio non è immaginabile. Le stesse attività di prevenzione primaria e secondaria perderebbero mattoni fondamentali in termini di efficacia di azione. La fiduciarità del cittadino verso il suo medico, elemento ormai verificato in molti ambiti in termini di efficacia delle azioni di prevenzione, è uno dei principi fondanti che permettono in qualche modo al cittadino di affidarsi quando non è ammalato e quando accoglie percorsi di prevenzione secondaria per evitare, per esempio, le complicanze delle patologie croniche.

In tutto questo, inoltre, si devono tener presente anche le caratteristiche della categoria. Dobbiamo trovare modelli di lavoro che diventino attrattivi verso questa professione poiché, in questo momento, un po' per una retribuzione che non valorizza l'impegno e un po' per i carichi di lavoro su professionisti con età piuttosto elevata, molti medici sono tentati di abbandonare. Negli ultimi cinque anni abbiamo il 230% di aumento nei pensionamenti. E questa variazione nei numeri rischia di comportare anche una variazione degli

effetti in termini di assistenza. Quindi bisognerà necessariamente contemplare processi che razionalizzino con molta attenzione le necessarie fasi di transizione.

In primis, quindi, bisogna investire sul capitale professionale e non solo sulle strutture. Di conseguenza ripensare anche alla formazione. Se si aumentano le specializzazioni, che rischiano di essere addirittura eccedenti nei confronti delle lauree, è facile immaginare quanti poi sceglieranno un corso di formazione in medicina generale che, peraltro, gode di una borsa di studio che intanto è meno della metà di quella della specializzazione. Bisogna investire anche in tal senso. Dimostrare nei fatti che questa è un'attività di primario interesse per il paese e per il SSN piuttosto che denigrarla soltanto.

I fondi del PNRR sono prevalentemente strutturali e finanziano solo in parte il personale rispetto alle fragilità, concentrandosi quasi esclusivamente sulle mura delle case di comunità. La digitalizzazione, la telemedicina, potrebbero far sembrare meno urgenti gli investimenti sulle persone ma crediamo sia una visione distorta. La tecnologia è utilissima ma non potrà mai sostituire il capitale umano, soprattutto se ragioniamo di un sistema di cure primarie dove la fiduciarità, la relazione diretta e personale, sono elementi fondamentali. A meno che non ci immaginiamo un sistema di cure primarie spersonalizzato, destinato a minare alla base il valore fondante del nostro Servizio sanitario nazionale.

## Dalle Case di Comunità al Domicilio del paziente: una sfida epocale per la professione infermieristica

Silvia Marcadelli  
RN, MsN PhD.

**Cambiamento e sfida** sono intrinsecamente connessi allo sviluppo della professione infermieristica.

La rivista di sociologia sanitaria *Salute e Società*, edita da Franco Angeli che ha visto la luce nell'anno 2002 e diretta allora dal prof. Costantino Cipolla dell'Università di Bologna, dedica uno dei suoi primi numeri monografici alla professione infermieristica. Il numero 1/anno II, curato da E. Giorgino e W. Tousijn, titolava "Attraversando terre incognite: una sfida per la professione infermieristica". Già allora si auspicava l'introduzione della figura dell'infermiere di famiglia nel panorama sanitario italiano<sup>9</sup>.

Nei 18 anni intercorsi da questa pubblicazione e tra le prime proposte per la figura professionale, la professione infermieristica ha affrontato un notevole sviluppo e una vera e propria rivoluzione<sup>10</sup>: formativa, concettuale e culturale. E sono stati questi anni di sviluppo, studio, sperimentazione e confronto anche internazionale che permettono all'infermieristica di oggi di cogliere l'occasione per vincere finalmente questa sfida.

E' all'interno della missione 6 del PNRR – MISSIONE SALUTE - che "viene attribuito un ruolo di primo piano all'infermiere di famiglia/comunità, sia negli ambiti delle Case della Comunità sia nello sviluppo del sistema dell'assistenza domiciliare"<sup>11</sup>. Ma l'infermieristica può fornire un contributo molto più ampio di questo, per la trasversalità di argomenti e temi in cui trova spazio ad esempio nella missione 4 – MISSIONE ISTRUZIONE - si pensi alla figura dell'infermiere di comunità scolastica<sup>12</sup>; oppure nella missione 5 – MISSIONE COESIONE ED INCLUSIONE - per il suo potenziale di contributo allo sviluppo del capitale sociale. Relegare l'infermieristica al solo ruolo di attore sia pure di primo piano, in ambito delle case della Comunità, quali evoluzione dell'esperienza delle Case della salute di Toscana, Emilia e Veneto o nell'assistenza domiciliare<sup>13</sup> è riduttivo rispetto alle potenzialità che la professione può offrire alla comunità per il suo specifico professionale.

Infermieristica di famiglia e di comunità non sono un esercizio di ruolo necessariamente sovrapponibile, pur essendo presenti, in questo senso, diverse correnti di pensiero.

A conclusione di un'indagine condotta nel 2017 in collaborazione tra Ministero della Salute e Ordine delle Professioni infermieristiche di Roma<sup>14</sup> fu possibile osservare e quindi proporre due profili di competenza per la figura professionale dell'infermiere di famiglia e di comunità.

La proposta allora elaborata, che era riferita macro competenze correlate a macro risultati attesi, sarebbe poi dovuta essere declinata in indicatori specifici rispetto ai bisogni

9 Marcadelli S. (2003), L'infermiere di famiglia, «Salute e Società» (a II - n. 1). Pag 111-129

10 Rocco, G., Cipolla, C., Stievano, A. (a cura di) (2015), La storia del nursing nel contesto in Italia e nel contesto internazionale, FrancoAngeli, Milano.

11 "Così il sottosegretario alla Salute, Pierpaolo Sileri – in Commissione Sanità al Senato – nel rispondere all'interrogazione sul tema presentata dalla senatrice Paola Boldrini" riportato in: <https://www.nurse24.it/infermiere/attualita-infermieri/infermiere-di-famiglia-sileri-pnrr-assegna-ruolo-primario.html#:~:text=All'interno%20del%20Piano%20nazionale,dell%20sistema%20dell'assistenza%20domiciliare%20>

12 <https://www.nurse24.it/specializzazioni/territorio-e-altro/bologna-progetto-inserimento-infermiere-di-comunita-scolastica.html>

13 [www.ilsole24ore.com/art/case-comunita-ecco-l-identikit-servizi-h24-medici-e-infermieri-AEPGi2r](http://www.ilsole24ore.com/art/case-comunita-ecco-l-identikit-servizi-h24-medici-e-infermieri-AEPGi2r)

14 Rocco, G., Marcadelli, S., Stievano, A. e Cipolla, C. (a cura di) (2017) *Infermiere di famiglia e di comunità. Proposte di policy per un nuovo Welfare*, FrancoAngeli, Milano.

emergenti e contestualizzati rispetto ad ogni specifico territorio. Questi macro risultati attesi, schematizzati nell'immagine che segue, evidenziano come l'infermieristica di famiglia e comunità sia in grado di fornire un contributo maggiormente esteso o dettagliato, rispetto a ciò che viene indicato nella missione 6 del PNRR.

FIGURA 1

**I MACRO RISULTATI ATTESI**



I macro risultati attesi per la figura possono essere sintetizzati nelle attività, svolte sul singolo o su aggregazioni di persone, che hanno valenza sociale come: la prevenzione delle istituzionalizzazioni; il concorso nel creare inclusione sociale e sviluppo del capitale sociale; nell'identificazione precoce della non autosufficienza e nella prevenzione delle riadattazioni in situazioni di malattia cronica conclamata o sui determinanti di fragilità.

La ricerca citata del 2017, auspicava ulteriori approfondimenti o sperimentazioni, poiché solo decisioni di tipo politico o organizzativo da prendersi a livello locale, ancorché sulla base di indirizzi più generali, potevano indicare se risultasse più opportuno identificare due ruoli distinti per infermiere di famiglia e per l'infermiere di comunità, anche in relazione a contesti specifici, oppure se fosse meglio riconoscere un unico ruolo professionale ma in grado di agire due profili di competenza diversi: un profilo sulla famiglia e un profilo sulla comunità, sposando il concetto di reciprocità nell'influenza (positiva) che il singolo ha sulla collettività e della collettività sul singolo, soprattutto quando si parla di determinanti di salute e costruzione di capitale sociale<sup>15</sup>.

Nella figura dell'infermiere di famiglia possono coesistere, infatti, i due livelli d'intervento: il livello agito sul singolo assistito considerato sempre inserito nelle sue reti relazionali di accudimento più prossime (la famiglia) ed il livello agito sulla comunità.

Infatti, l'infermieristica di famiglia può essere quell'elemento di connessione sistemica, potendo l'infermiere agire da connettore tra mondo della vita e sistema delle cure perché può attivare servizi, sviluppando il potenziale di competenza nella lettura dei "problemi di mezzo" (bisogni sociali a valenza sanitaria e bisogni sanitari a valenza sociale) sui quali è possibile, anzi necessario, intervenire prima che i problemi diventino tali, e che la si-

<sup>15</sup> Rocco et al. 2017, cit. pag. 334 e seg.

tuazione di fragilità della persona si trasformi in disabilità o che la famiglia eroda tutte le risorse a sua disposizione per farvi fronte<sup>16</sup>.

Si possono intraprendere azioni che costituiscono intervento sulla collettività che contribuiscono a creare forme di recupero di solidarietà e diffusione di saperi altri tali da creare inclusione, partecipazione e sviluppo, fornendo supporto anche laddove i servizi potrebbero non riuscire ad intervenire in modo precoce. Si sono dimostrati in grado di perseguire tali obiettivi alcuni progetti come il progetto Ciano<sup>17</sup>, sviluppato presso la ASL di Piacenza che, dedicando una presenza infermieristica che ha svolto un'azione di mappatura delle risorse della micro-comunità in cui era inserita, ha portato allo sviluppo di forme di aggregazione che hanno dato luogo a modalità di aiuto reciproco, e ancora il progetto Piazza dei Colori di Bologna<sup>18</sup>, che ha creato una micro-equipe socio-sanitaria di comunità come strategia di contrasto alle disuguaglianze.

Anche queste sono forme di intervento che rientrano nell'alveo dell'assistenza infermieristica e richiedono l'acquisizione e l'applicazione di competenze raffinate e avanzate (ovvero sia *reskilling* che *upskilling*) quali la lettura e l'interpretazione problema della persona che spesso si presenta come aspecifico e solo l'azione concettuale del professionista ne consente la trasformazione in bisogno di cura e assistenza affinché ad esso sia data risposta, e ancora la progettazione e accompagnamento nei percorsi di cura sia delle singole persone, che delle famiglie che delle comunità, partecipando alla rilevazione epidemiologica ed all'attività di ricerca, ricerca-azione partecipativa, la capacità di identificare gli *asset* di comunità, cioè quelle risorse informali che costituiscono aggregazione e concorrono a riscoprire il potere creativo e generativo del gruppo.

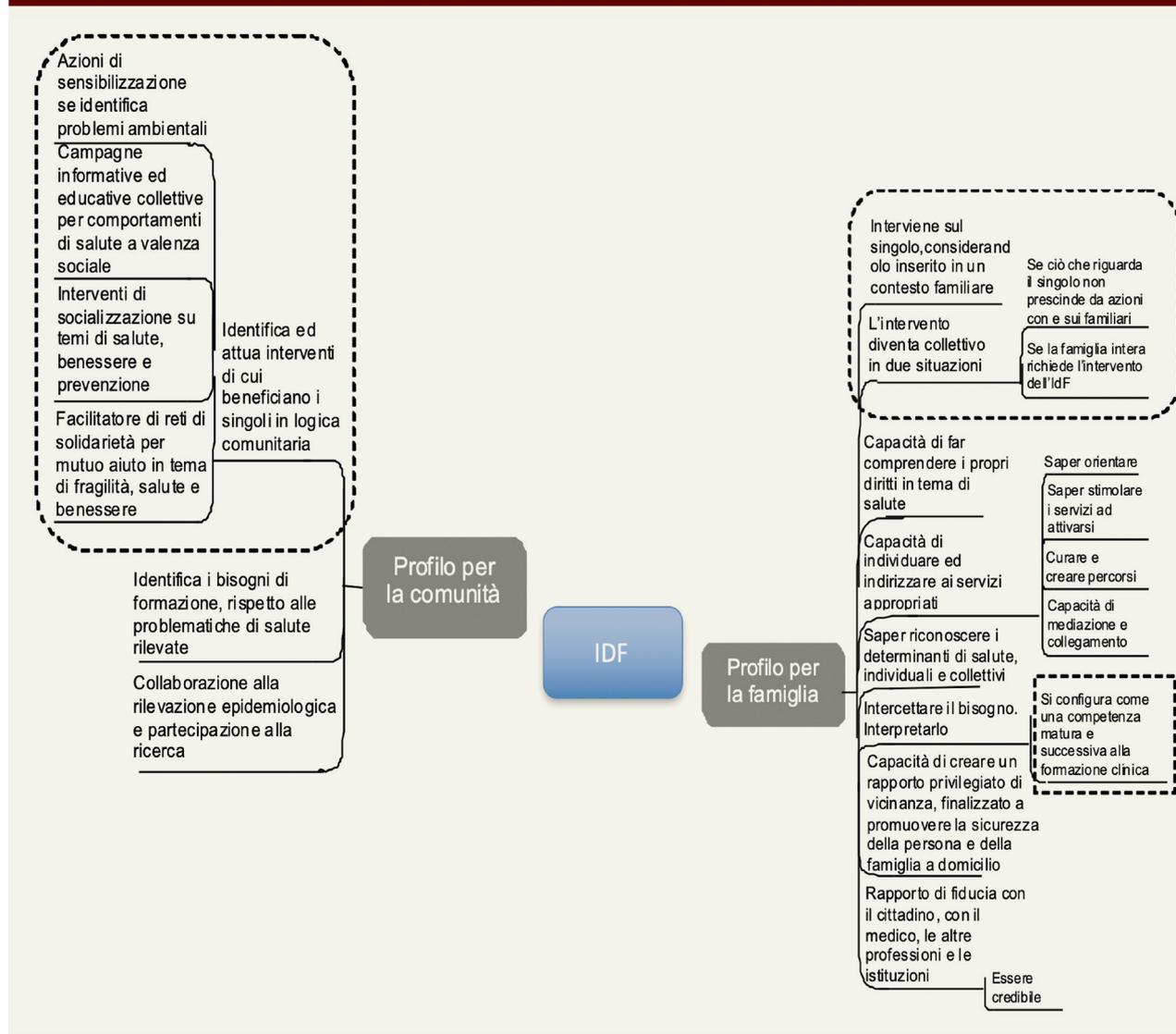
---

16 Marcadelli S. (2016), "Il community nursing come leva di sviluppo del capitale sociale. Una ipotesi" in Lombi L., Stievano S. (a cura di), La professione infermieristica nella web society, FrancoAngeli, Milano

17 Ivi

18 <http://informa.comune.bologna.it> › media › files

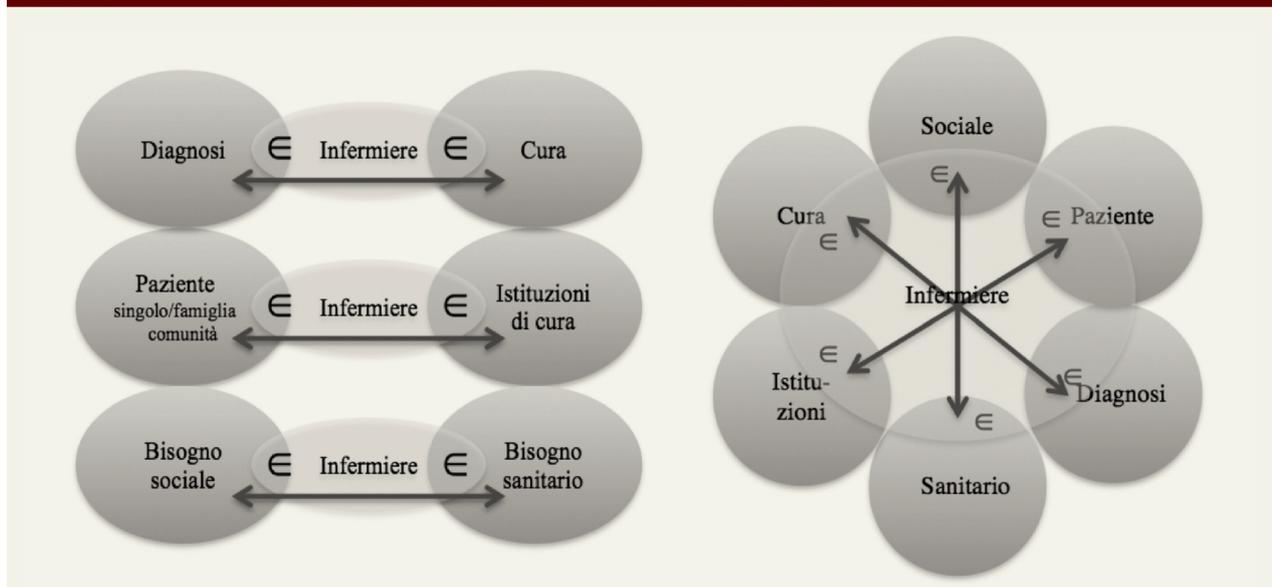
FIGURA 2 IDF: PROFILO PER LA COMUNITÀ E PROFILO PER LA FAMIGLIA



Quella infermieristica è una professione di prossimità, di vicinanza alla persona, che è in grado di entrare con facilità in quel sistema di cure basato su legami personali, in cui chi le riceve trae un beneficio e ottiene aiuto in rapporto alla relazione affettiva e non per ragioni strumentali: sono quelle attività di accudimento e aiuto basate su spontaneità, che prevedono uno scambio di tipo solidale che avviene tra parenti, amici, vicini. Ma è, altresì, quella professione che appartenendo prevalentemente ad istituzioni, pubbliche o private, risponde alle norme esplicite che ne regolamentano il funzionamento, gli obiettivi e la gestione. Sono questi i due sistemi di cura quello informale, il primo, e quello formale,

il secondo, in cui la professione infermieristica trova una sua specifica ragione di esistenza, poiché il professionista infermiere è potenzialmente in grado di comprendere i codici comunicativi che rappresentano i due mondi – formale ed informale<sup>19</sup> – e può congiungerli, proprio in virtù del suo stare vicino alla persona, per riuscire a portare a comprensione non solo chi si trova in una situazione di bisogno o di perdita di salute, ma tutti coloro che vi ruotano attorno. E per di più è nella figura del professionista infermiere che possono ricomporsi molte delle divergenze date dai diversi paradigmi su cui le organizzazioni basano la risposta al bisogno espresso. Per chiarire meglio il concetto torna utile lo schema di “connessione sistemica” già presentato<sup>20</sup>, per mettere in luce come l’infermiere sia in grado agire come professionista che sta “tra”, cioè nel mezzo, più di tanti altri professionisti sanitari, nel senso più positivo che si possa dare al concetto.

**FIGURA 2** IDF: PROFILO PER LA COMUNITÀ E PROFILO PER LA FAMIGLIA



Infatti, «L’infermiere è un professionista di connessione e ha una naturale collocazione “nel mezzo” perché si colloca agevolmente e utilmente “tra”: tra la persona (singola, famiglia e comunità) e le istituzioni di cura, tra la diagnosi e la cura, tra il bisogno sociale e

19 Di Nicola P. (1989), Le alternative all’ospedalizzazione e il settore informale delle cure: istanze di razionalizzazione e controllo sociale, in P. Donati (1989), (a cura di) La cura della salute verso il 2000, FrancoAngeli, Milano.

20 Lo schema da me proposto nel 2016, è stato presentato in più documenti per ribadire il potenziale della professione infermieristica. Per formazione, l’infermieristica “meticcica” il suo sapere con diverse discipline, anzi, proprio nella contaminazione di saperi l’infermieristica trova una sua caratterizzazione, poiché in essa i saperi diversi sono amalgamati in un impasto che offre una ricomposizione, andando a riunire concettualmente (e operativamente) quei saperi frammentati attraverso cui diverse figure sanitarie indagano e descrivono la persona (Marcadelli, Colonna 2017), ed è grazie a questa contaminazione che nell’infermiere si rivela il potenziale di traduzione di diversi paradigmi e quindi di connessione.

quello sanitario. È quel terreno di mezzo che nell'insiemistica si raffigura con il simbolo "I" che significa "appartiene a" perché rappresenta la compresenza delle caratteristiche che in questo caso sono la contemporanea, e possibile, condivisione di paradigmi diversi di riferimento per il pensiero e per l'azione dei diversi professionisti della salute<sup>21</sup>».

È un "tra" che connette, perché fa da tra-mite ai significati, alla comprensione, alla ricostruzione del senso soggettivo che la persona in condizione di bisogno smarrisce e la recente situazione pandemica che abbiamo affrontato ha mostrato quanto è imponente questo smarrimento del senso soggettivo e collettivo non solo in condizione di bisogno, ma finanche in condizione di percezione di rischio, vero o presunto che sia.

L'assistenza si è spostata, anche in condizioni di estrema complessità, dall'ospedale al domicilio già da qualche anno. Ma ciò che ora appare necessario è recuperare la vicinanza e alla famiglia per evitare il senso di abbandono e colmare la solitudine che le famiglie percepiscono nell'accudire i propri familiari in condizioni di bisogno, disabilità e cronicità, operando accanto ad esse "per" e "con" esse. Percezione di solitudine che l'impegno profuso nel fronteggiare quasi esclusivamente la recente pandemia di SARS-CoV2 ha esaurito. Ma se la professione infermieristica presenta oggi queste potenzialità, sono gli infermieri i veri responsabili della realizzazione o meno delle promesse che l'infermieristica offre alla società. Questa è la sfida epocale da affrontare, perché la pandemia ha messo in luce sia le fragilità del sistema ma anche le fragilità di ogni singolo professionista che in questi due anni ha giocato un ruolo in questo contesto, con l'azione o con l'inazione. Le professioni sanitarie tutte sono di fronte ad un punto di svolta, chi più chi meno, se non quasi proprio di non ritorno a meno che non ritrovino il loro centro: il prendersi cura basato sulla relazione di fiducia con gli assistiti.

Ora o mai più.

La pandemia, nella la sua durata, con i suoi picchi e le contraddizioni e difficoltà di gestione ha messo in luce le fragilità sia del sistema che dei professionisti sanitari: fragilità organizzative, culturali e relazionali. Tutto questo ha disorientato la popolazione, e il disorientamento si somma alla paura del nemico invisibile, paura che nessuno è stato in grado di contenere e governare. La ricostruzione dei sistemi sociali e sanitario nel post-pandemia è la sfida epocale che tutte le professioni di cura devono affrontare.

L'infermieristica offre, appunto, moltissime potenzialità che sono nelle mani di ciascun infermiere ora come non mai. Sarà ogni singolo infermiere capace di uscire dall'ombra della professione medica, dall'ambizione di eroderne i confini professionali alla ricerca di una credibilità basata su ipertecnica prestazionale? Saprà ogni singolo infermiere recuperare la relazione di cura che si basa sulla vicinanza intercorporea in relazione empatica, utilizzando la mediazione tecnologica offerta da telemedicina, teleassistenza e sistemi di connessione in rete<sup>22</sup> che hanno trasformato e costantemente trasformano questa nostra web-society<sup>23</sup>, per potenziare la vicinanza alla persona e non come fine in sé?

Il PNRR costruisce attorno alla missione 6, gli obiettivi sanitari e di salute, e li pone in co-

21 Marcadelli S. (2016), "Il community nursing come leva di sviluppo del capitale sociale. Una ipotesi" in Lombi L., Stievano S. (a cura di), *La professione infermieristica nella web society*, FrancoAngeli, Milano. Pag. 174

22 Marcadelli S. (2013), *Le opportunità offerte dalla new technology nel nursing transculturale*, «Salute e Società» a.XII -n 3/2013

23 Cipolla, C. (2013), *Perché non possiamo non essere eclettici. Il sapere sociale nella web-society*. FrancoAngeli, Milano.

da al documento non perché questi abbiano minore importanza rispetto alle precedenti missioni, essendo la salute il presupposto per il raggiungimento di tutti gli obiettivi, ma perché senza tutte le infrastrutture sociali non è possibile liberare i professionisti sanitari (e tra questi, particolarmente gli infermieri) che sono ingabbiati oggi da attività di compensazione dei limiti e delle carenze tecnologiche, dalla farraginosità della burocrazia che spostano il focus dalla cura a tutto ciò che è improprio ma necessario per colmare i gap di assenza o carenza di adeguate interfacce che in più di una situazione sono state causa di spreco di risorse, o di fallimento o di aver reso particolarmente difficoltose sperimentazioni e innovazioni perché, pur nel miglior disegno organizzativo, sono state necessarie azioni di compensazione: mi spiego con un semplice esempio.

Se i sistemi informativi non comunicano tra loro (interoperabilità), ospedale e territorio che già si basano su diversi paradigmi di azione, non possono garantire la continuità tanto auspicata. E per quanto il professionista possa essere attore di connessione e decodificatore di linguaggi specifici e visioni che si basano su diverse priorità, le infrastrutture devono essere funzionanti ed efficienti. Altrimenti è il professionista che deve compensare questi debiti comunicativi e carenze informative e lo fa togliendo tempo alle azioni di cura.

Solo in presenza di infrastrutture adeguate, funzionanti ed efficienti, nessun professionista potrà più accampare scuse. E sarà la sua competenza specifica che farà la differenza, la sua capacità di costruire, insieme agli assistiti, percorsi di cura e assistenza efficaci, dotati di senso soggettivo ed altamente personalizzati, trovando nella vicinanza non mediata tecnologicamente ma potenziata dalla tecnologia quella legittimazione e riconoscimento sociale che sta sfuggendo dalle mani di chi, prima eroe rincorre ora il recupero di credibilità e fiducia.

L'introduzione al PNRR si chiude con questa frase: "L'Italia deve combinare immaginazione, capacità progettuale e concretezza, per consegnare alle prossime generazioni un Paese più moderno, all'interno di un'Europa più forte e solidale".

Il contributo che la professione infermieristica può dare alla popolazione e alle generazioni future, è nell'attuazione di un'infermieristica di famiglia e di comunità altamente competente, in relazione di prossimità e comprensione empatica con la persona e le sue reti di relazioni significative. Ed è questa la promessa che gli infermieri dovrebbero impegnarsi a mantenere.

### Bibliografia, sitografia e testi di riferimento:

- Anaya Cintas, F., Camacho Alpuente, A., (2018), Salutogenesi e promozione della salute in Marcadelli, S., Obbia, P., Prandi, C. (a cura di) Assistenza Domiciliare e Cure Primarie. Il nuovo orizzonte dell'assistenza infermieristica, Milano: Edra
- Case di comunità, ecco l'identikit: servizi h24 con medici e infermieri, disponibile al sito: [www.ilsole24ore.com/art/case-comunita-ecco-l-identikit-servizi-h24-medici-e-infermieri-AEPGi2r](http://www.ilsole24ore.com/art/case-comunita-ecco-l-identikit-servizi-h24-medici-e-infermieri-AEPGi2r)
- Cipolla C. Artioli G. (a cura di) (2003), La professionalità del care infermieristico, FrancoAngeli, Milano.
- Cipolla, C. (2013), Perché non possiamo non essere eclettici. Il sapere sociale nella web-society. FrancoAngeli, Milano.
- Di Nicola P. (1989), Le alternative all'ospedalizzazione e il settore informale delle cure: istanze di razionalizzazione e controllo sociale, in P. Donati (1989), (a cura di) La cura della salute verso il 2000, FrancoAngeli, Milano.
- disponibile al sito <https://www.fnopi.it/aree-tematiche/infermiere-di-famiglia-comunita-position-fnopi-e-documento-regioni/>

- FNOPI- INFERMIERE DI FAMIGLIA/COMUNITA': POSITION FNOPI E DOCUMENTO REGIONI
- Giorgino E., Tousijn W. (2003), *Attraversando terre incognite: una sfida per la professione infermieristica*, Numero monografico di Salute e Società, A. II – 1/2003
- Infermiere di famiglia e di comunità – FNOPI, disponibile al sito: <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2019/10/FNOPI-INFERMIERE-DI-FAMIGLIA-E-COMUNITA'-schema-4-.pdf>.
- Infermiere di famiglia: un nuovo ruolo per l'infermieristica, disponibile al sito: <http://www.infermierediterritorio.it/infermiere-di-famiglia-un-nuovo-ruolo-per-linfermieristica/>
- Infermiere di famiglia. In fase di valutazione lo standard che prevede 1 infermiere di comunità ogni 2.000/2.500 abitanti, disponibile al sito: [http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo\\_id=97059](http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=97059)
- Intesa Governo-Regioni su Patto per la Salute 2019-2021, a cura della redazione di Nurse 24, disponibile al sito:
- Intesa Governo-Regioni su Patto per la Salute 2019-2021, disponibile al sito: <https://www.nurse24.it/infermiere/ordine/fnopi-patto-salute-infermiere-famiglia-comunita-realta.html>
- Istituzione figura dell'Infermiere di Comunità Scolastica, disponibile al sito: <https://www.nurse24.it/specializzazioni/territorio-e-altro/bologna-progetto-inserimento-infermiere-di-comunita-scolastica.html>
- L'infermiere di comunità scolastica <https://www.nurse24.it/specializzazioni/territorio-e-altro/bologna-progetto-inserimento-infermiere-di-comunita-scolastica.html>
- Marcadelli S (2014), "Percorsi di integrazione socio-sanitaria: il territorio questo sconosciuto", in Cipolla C., Rocco G. (a cura di), *Dieci anni dopo un'altra infermieristica*, FrancoAngeli, Milano.
- Marcadelli S. (2003), *L'infermiere di famiglia*, «Salute e Società» (a II - n. 1).
- Marcadelli S. (2013), *Le opportunità offerte dalla new technology nel nursing transculturale*, «Salute e Società» a.XII –n 3/2013
- Marcadelli S. (2016), "Il community nursing come leva di sviluppo del capitale sociale. Una ipotesi" in Lombi L., Stievano S. (a cura di), *La professione infermieristica nella web society*, FrancoAngeli, Milano
- Marcadelli S., Colonna F. (2017), "Metodo narrativo e assistenza infermieristica", in Corposanto C. (a cura di), *Narrazioni di salute nella web society*, Collana #sociologie, Soveria Mannelli (Cz): Rubbettino Editore
- Marcadelli, S., Obbia, P., Prandi, C. (2018) *Assistenza Domiciliare e Cure Primarie. Il nuovo orizzonte dell'assistenza infermieristica*, Milano: Edra
- Marcadelli, S., Stievano, A., Pulimeno, A., Rocco, G. (2017). *Prospettive per la professione: proposte per le politiche professionali e sociali*. In: Rocco, G., Marcadelli, S., Stievano, A., Cipolla, C. (eds). *Infermiere di famiglia e di comunità. Proposte di policy per un nuovo welfare*. Milano: Franco Angeli
- Mislej M., Paoletti F. (2008). *L'infermiere di famiglia e di comunità*, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna.
- PATTO PER LA SALUTE 2019-2021, disponibile al sito: [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pagineAree\\_2986\\_listaFile\\_itemName\\_8\\_file.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_2986_listaFile_itemName_8_file.pdf).
- Pellizzari M. (2008), *L'Infermiere di comunità dalla teoria alla prassi*, McGraw Hill, Milano.
- Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) disponibile al sito <https://www.governo.it/governo.it/files/PNRR>
- Piazza dei Colori – Comune di Bologna, disponibile al sito: <http://informa.comune.bologna.it/media/files>
- Rocco, G., Cipolla, C., Stievano, A. (a cura di) (2015), *La storia del nursing nel contesto in Italia e nel contesto internazionale*, FrancoAngeli, Milano.
- Rocco, G., Marcadelli, S., Stievano, A., Cipolla, C. (2017)(a cura di). *Infermiere di famiglia e di comunità. Proposte di policy per un nuovo welfare*. Milano: Franco Angeli
- Tartaglini D., (2006) *L'infermiere e la comunità teorie e modelli organizzativi per il lavoro sul territorio*, Carrocci Faber, Roma.

## La gestione della classificazione dei farmaci in un *setting* di cura territoriale

**Giovanna Scroccaro\***  
**Paola Deambrosis\*\***  
Direzione Farmaceutico,  
Protesica, Dispositivi  
Medici della  
Regione Veneto

\*Direttore  
\*\*Farmacista

**Il Piano Nazionale** di Ripresa e Resilienza costituisce un piano di rilancio e riposizionamento dell'Italia e delle Regioni per i prossimi dieci anni rispetto alle sei aree "tematiche" denominate Missioni dalle Linee Guida approvate dal Parlamento il 13 ottobre 2020: digitalizzazione, innovazione e competitività del sistema produttivo, rivoluzione verde e transizione ecologica, infrastrutture per la mobilità, istruzione, formazione, ricerca e cultura, Equità sociale, di genere e territoriale, Salute.

All'interno della Missione 6 "Salute", è previsto un rafforzamento dell'assistenza sanitaria territoriale, attraverso la definizione di un adeguato assetto istituzionale e organizzativo riorganizzando le reti di prossimità con l'investimento nelle Case della Comunità e negli Ospedali di Comunità. La realizzazione delle Case della Comunità consentirebbe, in particolare ai malati fragili e cronici, di accedere a strutture dotate di team multidisciplinari con medici di medicina generale, pediatri, medici specialisti, infermieri e assistenti sociali, per beneficiare di vari servizi sanitari, senza aggravare ulteriormente gli ospedali. Analogamente, il potenziamento dei servizi domiciliari rivolti a soggetti con età superiore ai 65 anni, con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti, permetterebbe di identificare un modello condiviso e uniforme di erogazione delle cure domiciliari avvalendosi di nuove tecnologie (telemedicina, digitalizzazione, ecc.) in grado di rilevare i dati clinici del paziente in tempo reale anche a distanza. La Regione del Veneto ha infatti recentemente approvato, con la Delibera di Giunta n. 136 del 15 febbraio 2022, il "Piano regionale di individuazione delle Case di Comunità e aggiornamento delle schede di dotazione degli Ospedali di Comunità in attuazione del PNRR - Missione 6 Componente 1 Investimento 1.1 e Investimento 1.3. Deliberazione n. 4/CR del 1 febbraio 2022" che ha individuato 99 Case della Comunità, al fine di distribuire sul territorio regionale una Casa della Comunità ogni 50.000 abitanti circa, e 30 Ospedali di Comunità.

Nell'ambito di questa riorganizzazione strutturale, è fondamentale una riflessione sui regimi di prescrivibilità, sul *setting* di somministrazione dei farmaci e sulle modalità di erogazione che dovranno adattarsi ai nuovi modelli organizzativi territoriali. Sulla base delle indicazioni di AIFA, i farmaci possono oggi essere prescritti da medici specialisti oppure dai medici di medicina generale (MMG); in taluni casi i farmaci sono prescrivibili da medici specialisti attraverso Piano Terapeutico (PT) e la prescrizione può essere rinnovata da parte del MMG nel rispetto delle indicazioni individuate nel PT. Alcuni farmaci possono essere somministrati unicamente in ospedale o in *setting* assimilabili alle strutture ospedaliere (sono classificati come H-osp).

Se la cura dei pazienti deve spostarsi verso il territorio è necessario ripensare a queste classificazioni per evitare che a fronte di un potenziamento della cura sul territorio, i regimi di prescrivibilità rimangano invece fortemente ancorati al medico specialista e la somministrazione limitata al *setting* ospedaliero.

Per quanto riguarda le modalità distributive, l'attuale normativa prevede che i farmaci rimborsati dal Servizio Sanitario nazionale siano classificati da AIFA in fascia H, A/PHT o A, definendo di fatto tre *setting* assistenziali in ragione della tipologia della terapia farmacologiche: *setting* ospedaliero, *setting* di continuità tra ospedale e territorio e *setting* territoriale rispettivamente.

■ **il *setting* ospedaliero** (farmaci di fascia H prevalentemente), in cui vengono distribuiti direttamente dalla farmacia ospedaliera o dal Servizio farmaceutico territoriale di ASL, tutti i farmaci necessari ai pazienti in regime di ricovero ordinario o di

*day hospital*, ai pazienti in ospedalizzazione domiciliare o in setting ambulatoriali dedicati.

■ **il setting Ospedale-Territorio** (farmaci in A-PHT), ovvero della presa in carico e della continuità terapeutica, tra l'Ospedale e il Territorio il cui strumento è il PHT (Prontuario della Distribuzione Diretta). I farmaci classificati in A-PHT sono acquistati dalle ASL e distribuiti attraverso la distribuzione diretta da parte delle stesse aziende o attraverso la distribuzione per conto (DPC) da parte delle farmacie pubbliche e private convenzionate territoriali;

■ **il setting Territoriale** (farmaci classificati A) ovvero della cronicità o anche di terapie a breve termine per le situazioni cliniche che non richiedono l'ospedalizzazione, con prescrizione da parte dei MMG e PLS e distribuzione, come da Convenzione vigente, da parte delle farmacie pubbliche e private convenzionate territoriali.

Di fatto dovrà essere quindi potenziata l'erogazione dell'assistenza farmaceutica nel setting ospedale-territorio e nel setting territoriale, prevedendo un coinvolgimento integrato del farmacista di ASL e del farmacista della farmacia di comunità.

Il potenziamento dell'assistenza territoriale attraverso l'attivazione delle Case della Comunità (CDC), in ragione delle funzioni ad essa assegnate, determineranno la necessità di un rafforzamento sul territorio della presenza del farmacista dell'ASL per quanto riguarda la gestione dei farmaci distribuiti direttamente ai pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale. La presenza del farmacista dell'ASL nella prevista *equipe* multiprofessionale territoriale è importante per la verifica ed il monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva, la ricognizione/ riconciliazione della terapie in collaborazione con il medico, la preparazione di farmaci in dose unitaria e terapie personalizzate, oltre che per assicurare un *counselling* dedicato all'uso corretto del farmaco. E' inoltre la figura che può assicurare un controllo della spesa farmaceutica attraverso un costante monitoraggio dei consumi anche in quest'ambito.

Tenuto conto dei servizi offerti –anche di natura specialistica per patologie ad elevata prevalenza- e del modello organizzativo HUB & Spoke delle CDC finalizzato a garantire la capillarità e la prossimità del servizio, è ipotizzabile e, forse in qualche caso necessario, che siano attivati presso le stesse CDC dei punti di distribuzione diretta che possano gestire tutti i farmaci di esclusiva distribuzione diretta o comunque non inclusi nell'Accordo unico DPC/Farmacup della Regione del Veneto, oggi disciplinato dalla DGR n.629 del 14.5.2019, distribuiti ai sensi della Legge n.405/2001. Gli stessi punti di distribuzione diretta potranno essere attivati anche presso gli Ospedali di comunità e potranno inoltre includere, laddove previsto sulla base dell'organizzazione aziendale, la distribuzione di dispositivi medici.

Accanto a questo, bisogna sottolineare che sono in corso diversi progetti nazionali e regionali di *home delivery* gestiti dalla farmacia della struttura pubblica che prevedono la consegna di medicinali di esclusiva distribuzione diretta a domicilio del paziente; questo modello si integra in modo coerente con il Nuovo Piano Territoriale del PNRR che si rivolge proprio ad un rafforzamento del domicilio come primo luogo di cura specie per pazienti di età superiore ai 65 anni con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti.

Come detto, a queste attività del farmacista della ASL, si affiancano e si integrano le attività proprie delle farmacie pubbliche e private convenzionate territoriali. Le farmacie con-

venzionate con il SSN sono presidi indispensabili all'interno delle cure territoriali che in ragione della loro capillarità assicurano quotidianamente prestazioni di servizi sanitari rivolti al cittadino: dalla dispensazione del farmaco, da attività di farmacovigilanza, dalle attività rientranti nella c.d. "Farmacia dei Servizi" (D. Lgs. 153/2009), nonché dai nuovi servizi legati all'emergenza COVID-19, che hanno visto potenziare il loro ruolo come punti vaccinali e punti tampone. Va detto che, con questa riorganizzazione, si dovrà delineare con chiarezza quali attività possono essere svolte nell'ambito della Farmacia dei servizi, che dovranno svolgersi in modo integrato e coordinato con le attività assicurate dai medici di medicina generale e dalle aziende sanitarie locali. Serve sicuramente formazione sui nuovi servizi e modifica del piano di studi, perché il farmacista sia considerato un professionista sanitario che può svolgere queste nuove attività.

In questa riorganizzazione è possibile prevedere che i farmaci classificati in fascia A-PHT siano sempre di più distribuiti dalle farmacie sul territorio, per la loro capillarità, in virtù degli accordi vigenti della DPC. In questo caso il *counselling* al paziente viene quindi garantito dal farmacista nella farmacia convenzionata. Se verrà potenziata la DPC, bisogna però prevedere un programma di formazione specifica su questi farmaci dedicato ai farmacisti di comunità e anche una riduzione delle tariffe delle farmacie, che hanno grosse diversità tra regioni. In un'ottica di sostenibilità e di rispetto dei tetti della farmaceutica, all'aumento dei farmaci in DPC deve quindi corrispondere un adeguamento del costo del servizio della DPC, che viene pagato per confezione distribuita.

## Il modello della Connected Care per il futuro delle cronicità

**Chiara Sgarbossa**  
Direttore  
dell'Osservatorio  
Innovazione Digitale  
in Sanità  
del Politecnico  
di Milano

**La pandemia** ha messo sotto stress il nostro sistema sanitario e ha richiesto un dispendio di risorse per fronteggiare la situazione di emergenza. La spesa sanitaria sostenuta in Italia nel 2020, infatti, è stata pari a oltre 123 miliardi, con un tasso di crescita rispetto all'anno precedente pari al 6,7%, tasso decisamente superiore a quello registrato negli anni precedenti (2019: +1,2%; 2018: +1,9%)<sup>24</sup>.

Ma, al di là dell'emergenza, la pandemia ha anche reso ancora più evidenti alcuni aspetti critici di natura strutturale che contraddistinguono il nostro sistema sanitario e che sono stati riconosciuti dallo stesso Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza<sup>25</sup> (PNRR), tra cui:

- la disparità nell'accesso ai servizi sanitari a livello socioeconomico e geografico;
- la ridotta integrazione tra servizi ospedalieri e servizi territoriali;

■ i tempi di attesa molto elevati per l'accesso ad alcune prestazioni sanitarie.

Il PNRR prevede un capitolo di riforme e investimenti dedicati al settore salute. In particolare, sono previsti 7 miliardi per lo sviluppo delle Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e 8,63 miliardi per l'innovazione, la ricerca e la digitalizzazione del SSN, con focus particolare sul Fascicolo Sanitario Elettronico. Come si evince anche dalla direzione intrapresa a livello governativo, è ormai evidente come un sistema sanitario sostenibile, resiliente, equo, non possa prescindere dalla necessità di ripensare i servizi e i processi integrandoli con il digitale, rendendoli efficaci ed efficienti e modellandoli sulle esigenze dei vari attori che operano nel settore, in primis operatori sanitari e cittadini/pazienti.

Si apre quindi una fase estremamente complessa in cui, mentre continuiamo ad affrontare le difficoltà legate all'emergenza sanitaria ancora in corso, dobbiamo trovare visione ed energia per progettare sin da subito la Sanità post-emergenza. L'esperienza ci ha insegnato che questa sfida si potrà vincere solo con una reale valorizzazione dell'innovazione digitale e dallo sviluppo di un modello di Sanità connessa, che come Osservatorio Sanità Digitale abbiamo chiamato "Connected Care".

La Connected Care rappresenta l'ecosistema che permette al paziente di accedere alle informazioni sanitarie attraverso piattaforme digitali integrate o interoperabili e di condividere tali informazioni con tutti gli attori coinvolti nel processo di cura (medici e infermieri, operatori sanitari sul territorio e a domicilio, farmacie, assicurazioni, ecc.). Allo stesso modo anche i diversi attori che entrano in contatto con il paziente sono connessi tra di loro e hanno a disposizione la storia clinica del paziente, così da supportarli nella presa di decisioni e in una migliore presa in carico.

Per comprendere quale sia ad oggi il ruolo del digitale in questo nuovo ecosistema, l'Osservatorio ha identificato e analizzato le diverse fasi attraverso le quali il cittadino/paziente entra in contatto con il "sistema Salute", studiando il livello di diffusione e maturità delle tecnologie digitali che supportano ciascuna fase:

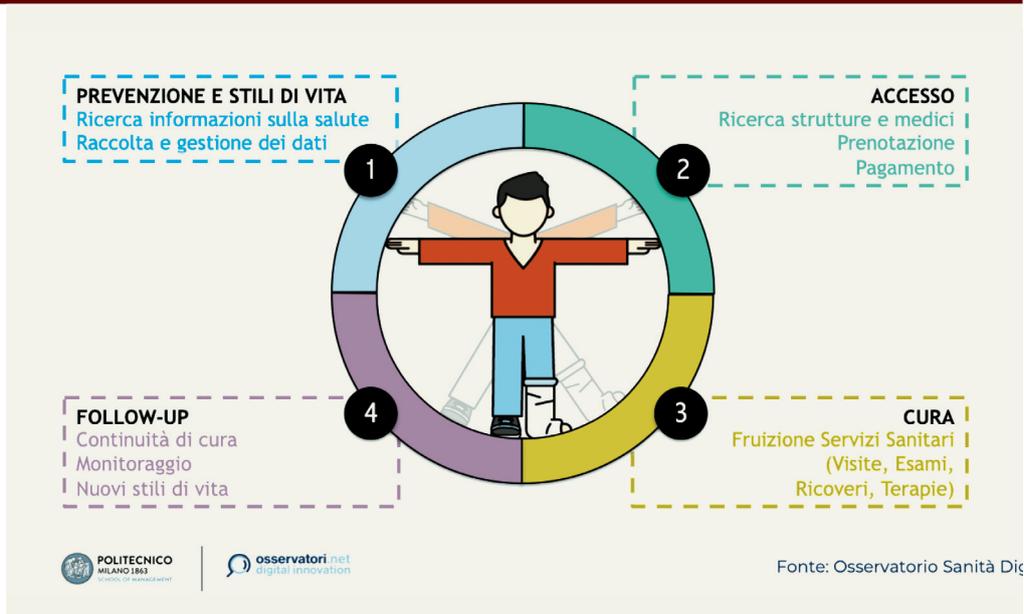
- **prevenzione e stili di vita**, che comprende le attività relative alla ricerca di informazioni sulla salute, sugli stili di vita e sulle possibili azioni di prevenzione, alla raccolta di dati sul proprio stile di vita e alla gestione di questi ultimi;

24 [http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo\\_id=95007](http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=95007)

25 [https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR\\_0.pdf](https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR_0.pdf)

- **accesso**, che prevede la ricerca di informazioni sulle strutture sanitarie e sui medici e la prenotazione e il pagamento di visite ed esami, nonché l'accesso fisico alle strutture sanitarie;
- **cura**, che comprende la vera e propria fruizione di servizi sanitari (visite, esami, ricoveri e terapie);
- **follow-up**, che comprende tutte le attività che il paziente svolge dopo l'accesso al Sistema sanitario, presso il suo domicilio.

FIGURA 1 IL MODELLO DELLA CONNECTED CARE



## Le App per la salute

**Nel modello della Connected Care**, le App per la salute possono essere utilizzate per diversi scopi e in diverse fasi del percorso del paziente, soprattutto per i cronici: per monitorare il proprio stile di vita (es. alimentazione, attività fisica, ecc.), per tenere sotto controllo una patologia cronica (es. sintomi, parametri, ecc.) o per intervenire con un trattamento specifico e personalizzato.

Le App più utilizzate dai pazienti riguardano il monitoraggio dello stile di vita (33%) e più della metà del campione mostra interesse a farne uso in futuro. Seguono le App per ricordarsi di prendere un farmaco (utilizzate dal 22% e di interesse per il 45%) e per tenere sotto controllo i parametri clinici (21% e 47%). Il beneficio principale espresso dai pazienti che hanno utilizzato App per la salute è legato al sentirsi più consapevole della propria patologia e della salute in generale (46%) e all'aver un supporto per rispettare il proprio piano di cura (42%).

Un'offerta di App certificate come dispositivi medici o di vere e proprie Terapie Digitali favorirebbe la diffusione di questi strumenti e, probabilmente, la maggiore fiducia da parte dei medici nel consigliarle ai propri pazienti.

Le Terapie Digitali forniscono infatti interventi terapeutici "evidence-based" ai pazienti che sono guidati da software per prevenire, gestire o trattare un disturbo o una malattia. Sono usate indipendentemente o di concerto con farmaci, dispositivi o altre terapie per ottimizzare la cura del paziente e i risultati clinici. Le Terapie Digitali costituiscono un ambito particolarmente innovativo: in alcuni Stati, come la Germania, sono previsti dei percorsi specifici per l'approvazione e il rimborso di queste applicazioni.

Ma ancora pochi medici hanno ben chiara la differenza tra App per la salute e Terapie Digitali (24% dei MMG e 32% degli specialisti). I medici specialisti vorrebbero disporre di Terapie Digitali per migliorare l'alimentazione (71%) e l'attività fisica (66%), seguite da soluzioni per migliorare l'aderenza alla terapia (60%). La principale barriera alla diffusione delle Terapie digitali riconosciuta dai medici è legata alla ridotta chiarezza del processo di validazione clinica di queste applicazioni, che a oggi ne ha frenato spesso lo sviluppo da parte dei player del mercato italiano.

---

## La Telemedicina

**L'emergenza Covid** ha accelerato molto la diffusione di applicazioni e servizi di Telemedicina, soprattutto in risposta alle difficoltà di svolgere prestazioni sanitarie in presenza e di minimizzare gli accessi in ospedale, quando non necessari.

La Telemedicina è entrata quindi nelle agende dei decisori, anche a livello politico. Si è compreso quanto sia fondamentale per garantire la continuità delle cure soprattutto per i pazienti cronici, anche a domicilio, e l'integrazione tra ospedale e territorio. Nell'ambito dei finanziamenti del PNRR, è stato stanziato l'importo di 1 miliardo di euro proprio per lo sviluppo di piattaforme di Telemedicina. Esse, infatti, consentirebbero di supportare il rafforzamento l'assistenza sanitaria territoriale, la revisione degli attuali modelli di cura e l'integrazione dei diversi servizi socio-sanitari. Rappresentano altresì un formidabile mezzo per contribuire a ridurre gli attuali divari geografici e migliorare l'esperienza di cura per i pazienti.

Lo scorso 17 dicembre 2020 sono state, inoltre, approvate dalla Conferenza Stato-Regioni le indicazioni nazionali sulla Telemedicina, che definiscono le regole per l'erogazione da remoto di alcune prestazioni sanitarie (es. Televisita, Teleconsulto, Teleconsulenza medico-sanitaria, Teleassistenza, Telerefertazione) e le relative logiche di tariffazione. Il 18 novembre 2021 sono state approvate anche le indicazioni sulla Teleriabilitazione.

L'accelerazione dettata dalla pandemia e dall'evoluzione normativa ha portato anche a un aumento nell'utilizzo delle applicazioni di Telemedicina da parte dei medici e all'aumento dell'interesse verso questo tipo di strumenti. Se prima dell'emergenza il livello di utilizzo superava di poco il 10%, durante l'emergenza ha superato il 30% per molte applicazioni. Il servizio di Telemedicina più utilizzato è il Tele-consulto con medici specialisti (47% degli specialisti e 39% dei MMG), che raccoglie l'interesse per il futuro di 8 medici su 10. Seguono, in termini di utilizzo durante l'emergenza, la Tele-visita (39% degli specialisti e dei MMG) e il Tele-monitoraggio (28% e 43%).

I servizi di Telemedicina sono, invece, ancora poco utilizzati dai pazienti, non tanto per la mancanza di interesse, ma a causa dell'offerta ancora limitata e frammentata. I pazienti dichiarano che la modalità più utilizzata per monitorare a distanza il loro stato di salute

è una semplice telefonata oppure una videochiamata di controllo (23%). Molto meno utilizzati i vari servizi di Telemedicina strutturati, come la Tele-visita con lo specialista (8%), la Tele-riabilitazione (6%) o il Tele-monitoraggio dei parametri clinici (4%). Su tutti i servizi emerge un interesse molto elevato da parte dei pazienti, con percentuali vicine al 90%, per il Tele-monitoraggio e la Tele-visita con il medico specialista.

I pazienti percepiscono comunque i benefici della Telemedicina, come strumento per evitare spostamenti non necessari e risparmiare disagi legati al tempo impiegato, al supporto di eventuali caregiver, ai costi, ecc. È anche presente la percezione che con la Telemedicina si possano scambiare informazioni in modo più semplice e si possa ottenere un riscontro più rapido dal medico. La Telemedicina è quindi un'importante strumento di *empowerment* del paziente, che lo rende più consapevole della propria salute e agevola una percezione maggiore di continuità di cura e al contempo maggiore flessibilità nella gestione del tempo.

---

## Il Fascicolo Sanitario Elettronico

**Una delle priorità** riconosciute e indirizzate dal PNRR è la gestione e valorizzazione dei dati in Sanità. Un punto critico sarà la messa a regime del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), un asset fondamentale per la raccolta dei dati sui pazienti, le cui potenzialità ad oggi sono ancora poco sfruttate. Il FSE potrebbe rappresentare anche quella piattaforma che potrebbe contribuire allo sviluppo del modello della Connected Care ed essere la base su cui implementare servizi innovativi aggiuntivi.

È anche per tali motivi che il PNRR dedica al FSE una sezione specifica, con 1,38 miliardi di finanziamento per il “potenziamento del FSE al fine di garantirne la diffusione, l’omogeneità e l’accessibilità su tutto il territorio nazionale da parte degli assistiti e operatori sanitari”.

Per quanto attivo in tutte le Regioni italiane, di fatti, il Fascicolo Sanitario Elettronico è oggi ancora poco conosciuto e utilizzato dai cittadini. Dalla Ricerca dell'Osservatorio Sanità Digitale, emerge come solo il 38% della popolazione abbia sentito parlare del FSE e che solo il 12% lo ha utilizzato. La scarsa conoscenza dello strumento è proprio il motivo principale del suo scarso utilizzo.

Inoltre, seppur i FSE siano ormai attivati per quasi tutta la popolazione (grazie a quanto definito nel Decreto Rilancio), sono spesso privi delle informazioni e dei documenti maggiormente utili ai pazienti e ai medici. La disponibilità sulla piattaforma di referti e documenti prodotti dalle aziende sanitarie che hanno in cura il paziente è, infatti, un tassello fondamentale per rendere il fascicolo uno strumento utile per pazienti e professionisti sanitari. In particolare, i pazienti che utilizzano il FSE affermano di riscontrare benefici dal punto di vista del supporto nella gestione degli aspetti amministrativi e logistici: lo strumento permette di avere i propri documenti sanitari in un unico luogo ed evita di spostarsi da casa quando non è necessario.

Dai dati del monitoraggio di AgID<sup>26</sup> risulta però che in 8 regioni italiane la percentuale di aziende che alimenta il FSE con documenti sanitari è praticamente nulla e questo limita fortemente l'utilità dello strumento. Un altro attore fondamentale nel processo di inserimento di dati e informazioni relativi al paziente è il MMG/PLS, che può caricare sul FSE il Patient Summary (o Profilo Sanitario Sintetico – PSS) degli assistiti<sup>27</sup>. Dai dati a disposi-

---

26 <https://www.fascicolosanitario.gov.it/>

zione, risulta che in quasi la totalità delle Regioni i Patient Summary all'interno dei FSE non sono stati caricati (ad eccezione di Sicilia, Umbria e Valle d'Aosta).

Sarà quindi importante abilitare l'alimentazione dei documenti da parte di aziende sanitarie e medici, ma anche arricchire il FSE di servizi digitali innovativi di interesse per cittadini e pazienti. Su questo punto, i pazienti coinvolti nella ricerca ritengono che, oltre a referti e ricette, sia importante integrare nei FSE sistemi per la prenotazione online di visite ed esami, ma anche i propri piani di cura e le informazioni su prestazioni sanitarie convenzionate o con esenzione.

---

### Le azioni per sviluppare il modello "Connected Care"

L'emergenza ha consentito di rilevare, ancor di più rispetto al passato, che sia necessario lavorare su:

- **co-progettazione dei servizi**, abilitati anche dal digitale, direttamente con gli utenti (medici, pazienti, ecc.) per tradurre le loro diverse esigenze in servizi di valore per tutti gli attori del sistema;
- **rafforzamento della governance** delle iniziative di Sanità digitale per superare quella frammentazione di iniziative a livello locale e regionale che stiamo vivendo ormai da molti anni;
- **cultura e competenze digitali** di tutti gli "utenti" della Sanità digitale, affinché possano sfruttare al meglio e con consapevolezza le potenzialità della sanità digitale.

Gli investimenti, grazie al PNRR, non mancheranno e potranno dare una forte spinta alla crescita della Sanità digitale italiana. Sarà necessario lo sviluppo di progetti concretamente attuabili e un attento monitoraggio dei risultati conseguiti.

---

27 Al suo interno sono contenuti, oltre ai dati identificativi del paziente e del suo medico curante, tutte le informazioni cliniche che descrivono lo stato dell'assistito come, ad esempio, la lista dei problemi rilevanti, le diagnosi, le allergie, le terapie farmacologiche per eventuali patologie croniche e tutte le indicazioni essenziali per garantire la cura del paziente.

CAPITOLO

2

La gestione del paziente  
con malattie croniche,  
paradigma per gli obiettivi del PNRR

**Le esperienze da rilanciare,  
le aspettative dei cittadini e dei pazienti,  
il ruolo dei professionisti e dell'impresa**

# La gestione della cronicità tra territorio e ospedale, stato dell'arte e gap da colmare

**Maria Rosaria Natale**  
Presidente  
Your Business Partner

**Obiettivo di questo articolo** è proporre un metodo pragmatico ed efficace per realizzare un Sistema Sanitario Nazionale sostenibile nella realizzazione del PNRR in particolare per quanto riguarda la Missione 6.

1

## Un sistema che valorizza le eccellenze e le pone in connessione per misurare gli esiti

Il vissuto del Covid-19 ha spinto il SSN a ridisegnare la gestione della presa in carico in generale e soprattutto della presa in carico della cronicità, in quanto è sicuramente una delle aree con l'impatto più significativo dal punto di vista clinico, sociale ed economico. Oggi leggere il PNRR alla luce della storia della Sanità in Italia è essenziale perché permette di riflettere sui risultati dei Piani Nazionali già varati in passato, ma soprattutto ci permette di cogliere quali siano state le problematiche riscontrate nella loro realizzazione per non ripeterle e quali siano le possibili eccellenze reperibili a diversi livelli e in diverse aree Regionali per avere esempi a cui guardare.

Imparare dalla storia delle eccellenze già realizzate, per quanto in modo parziale, in diverse Regioni Italiane, è condizione necessaria ma non sufficiente per poter realizzare un PNRR sostenibile nel tempo.

È necessario anche un metodo implementativo condiviso e basato sulla misurazione e il miglioramento continuo degli Outcome clinici: degli esiti clinici.

E tale metodo è stato teorizzato dal professore dell'Harvard Business School, Michael Porter con il Metodo del Value Based Healthcare. Che definisce il valore come:

### Risultati che fanno la differenza per i pazienti

#### Costi

E dal prof. Clayton Christensen che in "Disruptive Innovation in Healthcare" sostiene che "Disruptive Innovation in Healthcare Delivery significa collaborare con tutti gli attori chiave del sistema sanitario per creare nuove connessioni mai testate prima".

2

## Partiamo dallo stato dell'arte

In Italia abbiamo già delle eccellenze regionali per temi specifici, come:

- Sistema a rete
- Prototipi rispetto alle Case di Comunità
- Prototipi di Ospedali di Comunità
- Prototipi di Centrali Operative Digitali
- Telemedicina avanzata

- Gestione eccellente di home care

Sono eccellenze conoscibili, misurabili e incontrabili.

Qui ci permettiamo solo di citarne alcune, lasciando poi alla progettualità più specifica che si sta seguendo con l'Azienda Farmaceutica Galapagos di analizzarle e farle emergere in modo molto più puntuale.

A Bergamo durante il Covid il sistema sanitario, messo a dura prova dalla patologia sconosciuta, ha dovuto organizzarsi ponendo in relazione molti stakeholder che fino a quel momento non erano mai stati connessi. Gli ospedali pubblici e privati piegati dall'emergenza

genza acutissima hanno attivato relazioni mai testate prima: la connessione con il territorio, ma soprattutto la partnership con gruppi di Hotel, hanno disegnato la diagnostica da realizzare in Home Care. Per fronteggiare l'emergenza gli ospedali pubblici si sono avvicinati ai gruppi ospedalieri privati. Tutto questo potrebbe non essere riconosciuto e scomparire dopo l'acuto della pandemia, oppure potrebbe diventare la base di realizzazione anche per il PNRR attraverso un sistema a rete già sperimentato e in grado di portare i suoi frutti se consolidato e connesso con il sistema disegnato dal Piano Nazionale. Gestione eccellente di Home care, pubblica e privata: oggi in Italia esistono molti progetti sia prototipali, sia avanzati, realizzati da provider privati, da cooperative di grande professionalità e da enti pubblici (INPS) in grado di gestire con infermieri specializzati e operatori sanitari, con competenze differenti dagli infermieri ospedalieri, cure ad alta complessità. Tali provider si connettono direttamente con il paziente e sono attivati sia da chi ha la presa in carico del singolo paziente sia, in alcuni casi, dai care givers o dai pazienti stessi. Anche questo elemento del modello è già sperimentato e realizzato da anni con risultati importanti in diverse aree geografiche del Servizio Sanitario sia Regionale che Nazionale. Il tema critico è che non riescono a far parte attiva del sistema a rete che correttamente il PNRR vorrebbe realizzare.

Per quanto riguarda le Case di Comunità la regione Emilia-Romagna ha realizzato il prototipo a livello nazionale nella provincia di Piacenza. Anche in questo caso il disegno organizzativo e i dati relativi all'impatto positivo sul sistema salute sembrano essere incoraggianti. Ma ancora una volta è un pezzo del puzzle. Il disegno complessivo va realizzato.

Oggi questi esempi (e sono molte di più le eccellenze presenti sul territorio) non sono ancora parte di un sistema integrato, non sono ancora un ecosistema che misura i risultati da un punto di vista di outcome clinico, di PROMs, PREM s e di sostenibilità economica.

**3****Il Metodo**

La modalità migliore per poter disegnare il PNRR in modo efficace è innanzitutto partire dalle necessità del cittadino, che può divenire paziente e anche paziente cronico con molte comorbidità.

La comprensione delle esigenze del cittadino ci porta a comprendere le interconnessioni del sistema disegnato dal PNRR e queste connessioni conducono a realizzare quella rete di competenze diagnostiche, cliniche e socioassistenziali che permettono di migliorare sia l'outcome clinico, sia il servizio Socio-Assistenziale e allo stesso tempo liberare risorse economiche.

Il metodo di lavoro così descritto si chiama Value Based Healthcare.

E lo proponiamo come metodo attuativo del PNRR in Italia.

In Italia, ma anche in altre nazioni a livello globale, abbiamo esempi ancora solo prototipali della realizzazione di questo metodo. Sia nel pubblico che nel privato.

Il vero passaggio ad un sistema sostenibile ed efficace basato sul Value Based Healthcare richiederebbe un approccio sistemico e chi scrive ha la consapevolezza che oggi in Italia anche per fronteggiare il Covid e per implementare il PNRR Missione 6, siamo in un momento storico in cui alcune Regioni, alcuni grandi gruppi di Ospedali, e alcune rappresentanze dell'Industria privata, dalla Diagnostica ai farmaci, come alcune grandi Università, hanno raggiunto una conoscenza ed una consapevolezza che potrebbe aiutare a realizzare il modello VBHC in una modalità sistemica passando da un approccio di crea-

zione di valore orizzontale ad un approccio di reale ecosistema. Approccio che peraltro si vede oramai realizzato in certe aree di altissima complessità tecnologica. Dobbiamo guardare alle best practices extra nazionali per trarre esempi interessanti, anche se ancora parziali.

4

### Le best practices internazionali

Osserviamo quindi tre esempi internazionali per poter cogliere diversi aspetti da cui apprendere come rendere questo metodo reale ed efficace anche nel nostro Paese. Il primo esempio è quello Olandese, il secondo quello Gallese e il terzo quello Canadese. Iniziamo da uno sguardo all'Olanda per capire come passare da una dimensione prototipale ad una dimensione sistemica quale esempio interessante di implementazione di un sistema a rete così disegnato attraverso il Value Based Healthcare.

#### 4.1 Olanda

Ha le dimensioni di una regione italiana. È sovrapponibile come popolazione alla Lombardia. E ha un Sistema sanitario sia pubblico che privato, quindi è un modello sanitario non molto distante dal sistema italiano. Vorremmo evidenziare in questo scritto alcuni dati interessanti del modello olandese, non per essere applicato esattamente in Italia, ma esclusivamente per poterne trarre ispirazione a diversi livelli.

- Si parla sempre di opposizione tra modelli top down e bottom up. Il caso olandese è interessante perché non ha posto questi approcci in modo antitetico ma li ha resi complementari. In Olanda il metodo VBH è stato applicato seguendo un'agenda Nazionale, ma poi realizzato a livello locale con la leadership di clinici che hanno coinvolto tutti gli stakeholder relativi. Tale impostazione ha portato ad un miglioramento significativo dell'outcome clinico e soprattutto ad una liberazione di risorse economiche pari ad 1 Miliardo di euro in un anno.
- Altra opposizione corrente: si contrappone il valore dei clinici al valore manageriale e spesso si chiede a bravissimi medici di diventare anche bravi manager per poter gestire la complessità delle Aziende sanitarie. Ma forse, dovremmo integrare competenze cliniche e manageriali nella gestione della complessità.
- Altro punto essenziale su cui si dibatte è identificare il punto di connessione delle diverse competenze: sia in ottica di clinica multidisciplinare, sia in ottica territoriale, sia in ottica di relazione tra Regioni e Governo Nazionale. Forse il modello olandese può ispirarci vedendo come il Percorso Paziente inteso come percorso personale possa essere il punto di connessione reale e proprio in quanto reale possa essere la base del disegno digitale delle connessioni di rete che ci permetteranno di gestire in modo efficace ed efficiente la salute dei cittadini.

#### 4.2 Galles

Ci dà qualche elemento in più per comprendere come il sistema integrato di un approccio Value Based Healthcare debba articolarsi in 6 punti fondamentali:

- lavorare con i pazienti e creare una cultura del coinvolgimento degli stakeholder.
- Incoraggiare la realizzazione di PROMs (Patient Reported Outcomes Measures) per supportare la presa di decisione condivisa (paziente e clinico) e poter realizzare una digital transformation basata sui dati.

- 
- Creare le competenze in grado di implementare la misurazione degli outcomes clinici in Galles.
  - Stabilire la gestione e la governance per la realizzazione di questo modello VBHC.
  - Creare partnership nazionali e internazionali per accelerare la realizzazione di un sistema VBHC.
- 

#### 4.3 Canada

Invece ci permette di osservare il modello VBHC da un punto di vista di Leadership. È fondamentale creare una cultura e dei leader in sanità in grado di personificare i principi del Value Based healthcare.

Vorremmo qui citare Josie Walsh, presidente e CEO del Providence Healthcare, uno degli ospedali più significativi di Toronto in grado di realizzare in modo radicale il Value Based Healthcare e incrementare i risultati economici in un contesto di sanità pubblica.

La sua esperienza può essere riassunta in 7 punti:

- 
- Investire molto tempo nel disegnare tutte le attività in un arco temporale veloce.
  - Stabilire una time line molto stretta.
  - Essere molto diligente nel creare partnership con tutti gli stakeholder (tutti, anche quelli territoriali apparentemente meno rilevanti).
  - Allineare le priorità del progetto con le priorità del Ministero della Salute.
  - Comunicare a tutti gli stakeholder le ragioni delle azioni intraprese.
  - Mantenere un bottom-up approach coinvolgendo tutti.
  - Misurare costantemente i risultati da un punto di vista clinico, di esperienza paziente ed efficienza organizzativa.
- 

Questi 3 esempi esplicitano la necessità di un approccio sistemico e di relazione virtuosa tra tutti gli stakeholders, ma al contempo identificano con chiarezza una leadership collaborativa ma di grande determinazione, capacità di comunicazione e misurazione costante.

#### 5.

##### **È possibile realizzare una sanità Value Based Healthcare in Italia?**

Oggi grazie al PNRR in Italia avremo le risorse economiche per poter realizzare un miglioramento importante della sanità.

Ma le risorse, anche ingenti, se utilizzate senza un piano in grado di misurare gli outcome clinici, la soddisfazione del paziente e di sostenibilità anche economica nel tempo, non faranno che aumentare il costo della salute.

L'ipotesi di chi scrive è che una reale leadership clinica in grado di seguire tutte le fasi della presa in carico del cittadino, prima ancora che diventi paziente, quindi con un'attenzione significativa alla prevenzione e alla diagnosi, debba essere disegnata in modo capillare connettendo le diverse responsabilità, così come si è visto realizzare nell'esempio olandese, gallese e canadese.

Diversamente, in risposta alle esigenze del paziente sarà molto difficile realizzare un sistema che sia anche sostenibile dopo l'utilizzo di fondi seppur significativi del PNRR a livello sanitario.

Oggi porre come motivazione e comprensione del nuovo PNRR, il bene dei cittadini, che a volte diventano pazienti e possono diventare pazienti cronici, ci permetterà di coinvolgere tutti gli Stakeholder necessari e realizzare effettivamente l'integrazione del sistema sanitario di cui abbiamo bisogno. Con questo approccio vorremmo seguire l'esempio gallesse proprio perché come primo passo di creazione di un sistema Value Based Healthcare coinvolge i cittadini prima ancora che diventino pazienti.

L'approccio italiano è spesso quello di osservare i diversi benchmark e poi affermare che nel nostro Paese è impossibile. Analizzando la storia recente, ma anche più lontana nel tempo, della sanità in Italia è molto interessante riscontrare la presenza di reali eccellenze, anche se parziali, realizzate nel nostro Paese, così come brevemente accennato precedentemente.

Non considerare quello che è già stato realizzato può essere un errore di metodo ma soprattutto può richiedere sforzi realizzativi ancora più significativi e può condurre a realizzare molti più errori che in passato.

## 6. IL PNRR

Riprenderei il disegno complessivo del PNRR così come espresso da AGENAS per vedere la connessione con il metodo Value Based Healthcare.

Innanzitutto, l'obiettivo di tutta la Missione 6 del PNRR è esattamente quello di "Rafforzare la prevenzione e i servizi sanitari sul territorio, modernizzare e digitalizzare il sistema sanitario e garantire equità di accesso alle cure".

Citiamo ancora i principali interventi per essere precisi:

- Assistenza di prossimità diffusa sul territorio e cure primarie e intermedie (attivazione di 1.288 Case di Comunità e 381 Ospedali di Comunità)
- Potenziamento dell'assistenza domiciliare
- Telemedicina e assistenza remota (attivazione di 602 Centrali Operative Territoriali)
- Aggiornamento del parco tecnologico, delle attrezzature per diagnosi e cura.
- Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione e l'analisi dei dati (inclusa la diffusione ed effettivo utilizzo del Fascicolo sanitario elettronico)
- Programmi di formazione per il personale medico e amministrativo
- Ricerca Biomedica.

18,49 MLD di cui: 7 Mld per le reti di prossimità, le strutture intermedie e la telemedicina e 8,63 Mld per l'Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale. Più ci sono da aggiungere 2,89 Mld di Fondo Complementare".

Il disegno del PNRR della Missione 6 con il sistema di Distretto creato attorno alle Centrali Operative e la ricchezza delle connessioni delle Case di Comunità, con gli Ospedali di Comunità, gli Hospice, le Case dei Pazienti e il sistema digitale è il primo passo per iniziare a concepire un sistema, meglio un ecosistema.

Ma ciò che si è appena descritto è sempre e solo l'hardware. Quello che non è esplicitato e può permettere la realizzazione di questo disegno così ben articolato è il software.

E quello che contraddistingue il SSN Italiano, comprensivo anche del contributo dato non solo dall'ambito pubblico ma anche dai privati è che esistono molti punti, nodi di rete di

eccellenza insieme ad una competenza clinica e operatori sanitari altamente qualificati. Facendo leva su queste eccellenze e sul metodo comune del Value Based Healthcare che si fonda sulla leadership clinica per la realizzazione di percorsi clinici personalizzati volti al miglioramento dell'outcome clinico, avremo la connessione di hardware e software permettendo al sistema italiano di essere veramente eccellente e divenire un modello realizzabile anche in altre nazioni.

---

## Bibliografia

1. Assolombarda, (2021). PNRR - Missioni, bandi e investimenti: il ruolo di Assolombarda per le imprese. <https://www.assolombarda.it/pnrr/missioni/salute>
2. ATS Bergamo (2021, 15 dicembre). Attuazione del PNRR missione 6 componente 1: pubblicata la DGR di Regione Lombardia che conferma per la Bergamasca 20 case di comunità, 6 ospedali di comunità e 12 centrali operative territoriali [Comunicazione Stampa].
3. Camera dei Deputati Servizio Studi XVIII Legislatura, (2021, 23 settembre). Il Piano nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). [https://www.camera.it/temiap/documentazione/temi/pdf/1253627.pdf?\\_1621605046374](https://www.camera.it/temiap/documentazione/temi/pdf/1253627.pdf?_1621605046374)
4. Christensen, C. M., Hwang, J., & Grossman, J. H. (2016). *Innovator's Prescription: A Disruptive Solution for Health Care*. McGraw-Hill Education.
5. EIT Health (Director: Gregory Katz), (2020). *Implementing Value-Based Health Care in Europe: Handbook for Pioneers*. [https://eithealth.eu/wp-content/uploads/2020/05/Implementing-Value-Based-Healthcare-In-Europe\\_web-4.pdf](https://eithealth.eu/wp-content/uploads/2020/05/Implementing-Value-Based-Healthcare-In-Europe_web-4.pdf)
6. Fuchs, B., Studerab, G., Bodee, B., Wellauerc, H., Freic, A., Theusb, C., Schüpferb, G., Plockf, J., Windeggerc, H., Breitenstein, S. (2021). Development of a value-based healthcare delivery model for sarcoma patients. *Swiss Med Wkly*. 2021;151:w30047. <https://doi.org/10.4414/smw.2021.w30047>
7. Italia Domani, (2021). Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza [Presentation]. [https://www.mef.gov.it/inevidenza/2021/article\\_00060/Presentazione-Master-PNRR-PMST2021920STLM03-3.pdf](https://www.mef.gov.it/inevidenza/2021/article_00060/Presentazione-Master-PNRR-PMST2021920STLM03-3.pdf)
8. Italia Domani, (2021). Il principio DNSH (Do No Significant Harm) nel PNRR. Italia Domani - Portale PNRR. <https://italiadomani.gov.it/it/Interventi/dnsh.html>
9. Johansson, H., Díaz de Vivar Wachter, R., (2021). Le sei priorità per implementare il Value Based Healthcare in Italia [White paper]. Harvard Business Review Italia. [https://www.hbritalia.it/userUpload/Implementare\\_il\\_Value\\_Based\\_Healthcare\\_in\\_Italia.pdf](https://www.hbritalia.it/userUpload/Implementare_il_Value_Based_Healthcare_in_Italia.pdf)

- 
10. NHS Wales (GIG Cymru), (2019). Putting Value at the Centre of Health and Care in Wales. A Three-Year Action Plan 2019-2022.  
<http://www.infoandstats.wales.nhs.uk/Documents/869/VBHC%20Action%20Plan%202019-2022.pdf>

---

  11. Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2006). Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results. Harvard Business School Press.

---

  12. Roche Diagnostics (2021). Il ruolo della Diagnostica nella sanità del futuro.

---

  13. Weil, M., Reddin, C.P., (2015). Boldly Go: Character Drives Leadership at Providence Healthcare [HBR Case Study]. Ivey Publishing.

---

  14. Van Eenennaam F., (2019). Your Role in VBHC implementation [Presentation]. The Decision Institute. <https://www.thedecisioninstitute.org/>

---

  1. Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali). <https://www.agenas.gov.it/>

---

  2. Italia Domani, Portale PNRR. <https://italiadomani.gov.it/it/home.html>  
Ministero dell'Economia e delle Finanze, Ragioneria Generale dello Stato.  
<https://www.rgs.mef.gov.it/VERSIONE-I/home.html>

## Rafforzare il territorio non significa disseminare il paese di burocrazia

**Dario Manfredotto**

Presidente Fadoi  
Federazione dei medici  
internisti ospedalieri

**La Medicina interna** è presente in quasi tutti i 1137 ospedali italiani, con circa 10mila specialisti, e si è fatta carico, come è noto, di oltre il 70% dei malati Covid ricoverati, insieme agli infermieri di area medica, professionisti di grande valore.

Il servizio sanitario è una filiera che va dal territorio al pronto soccorso, al ricovero in ospedale, alla dimissione, alla post-acuzie, alla riabilitazione e di nuovo al territorio.

Tutto deve funzionare in modo omogeneo, altrimenti rinforzare un segmento piuttosto che l'altro può alterare questo sistema di vasi comunicanti.

Tutto funziona se c'è la collaborazione fra i vari specialisti e non è strategico investire sugli uni e dimenticare gli altri.

Il Piano nazionale di Ripresa e Resilienza e il cosiddetto dm71, che si sta implementando, hanno lo scopo di riformare l'attuale organizzazione dei servizi, soprattutto territoriali, per offrire una prospettiva di riorganizzazione e presa in carico dei pazienti più efficiente ed estesa, con l'obiettivo, tra gli altri, di alleggerire la pressione sulle strutture ospedaliere, soprattutto per patologie che, appunto, possono essere curate il più possibile vicino al domicilio del paziente stesso.

Nella bozza del dm70 da ridiscutere vi sono certamente alcuni aspetti positivi:

- avere introdotto il concetto di flessibilità, di ospedale “duttile”, che si modifica a fisarmonica a seconda delle necessità;
- avere introdotto il concetto della “trasformazione della UO da spazio fisico a unità funzionale”;
- avere introdotto il modello delle semi-intensive per varie specialità, anche di medicina interna e di neurologia.

Questa è un'attività che come internisti abbiamo già svolto nel corso della pandemia, e che realizziamo da sempre nelle nostre Unità operative, pur avendo sempre lo stesso numero di Medici e infermieri, ancora regolato secondo il decreto Donat Cattin del 1988, che indica la Medicina interna come una bassa intensità di cura e con la definizione “*Codice 26 medicina generale*”.

Peraltro fra l'allegato esplicativo e la bozza di aggiornamento del decreto 70 appare evidente una certa differenza fra il linguaggio più burocratico del decreto e quello più clinico dell'allegato.

Ma oltre a questo ci sono altri punti non chiari.

Per esempio non è chiaro quale sia il numero globale dei posti letto, se è vero come si legge all'articolo 3 comma c, che rientrano “...nella dotazione di letti ospedalieri per 1000 abitanti, i posti di residenzialità presso strutture sanitarie territoriali comunque classificate e denominate...”.

Sembra di capire che questi siano gli ospedali di comunità descritti nel PNRR che non si comprende come debbano essere gestiti e da chi, né con quale tipo di organizzazione.

Forse andrebbero chiamati diversamente, per esempio “*presidi di comunità*” poiché la parola “ospedale” può creare confusione. Il cittadino pensa di ritrovarsi un ospedale vicino casa ma, in realtà, al massimo si ritrova un edificio dove c'è un appartamento con dieci letti, alcuni infermieri e nessuna delle caratteristiche che contraddistinguono una struttura ospedaliera, né tantomeno di vocazione internistica, vista la complessità assistenziale che ormai caratterizza questo settore.

Vi è una notevole differenza, inoltre, fra il numero di *ospedali e case di comunità* indicato dal PNRR e quello indicato nella bozza del DM 71. Per esempio gli ospedali di comunità sarebbero 380 nel PNRR e diventano 1200 nel DM 71, secondo quanto indicato in rapporto alla popolazione.

Però se il numero di letti globale rimane quello indicato, gli ospedali rischiano di essere svuotati. Ma il territorio senza l'ospedale non funziona e viceversa.

Crediamo sia davvero giunto il momento in cui finalmente venga trasformato il codice 26 da "*medicina generale*" a "*medicina interna*", non soltanto per definire meglio il lavoro che noi prestiamo, ma anche per distinguere chiaramente da un'altra disciplina, che è appunto la medicina generale, che è cosa diversa.

Questo perché, come detto, i livelli assistenziali prestati oggi in ospedale, in particolare nei reparti di Medicina interna, ma in genere in tutte le specialità, non sono neanche lontanamente paragonabili a quelli che venivano prestati più di 30 anni fa. Oggi l'assistenza prestata ha una medio-alta intensità di cura con ampia dotazione di tecnologia, strumentazioni tecnico-diagnostiche e terapie e con tipologia di pazienti che impegnano notevolmente il personale.

La Medicina generale, altrettanto dignitosa, ma di diversa impostazione e organizzazione, è quella prestata per l'appunto dai "Medici di medicina generale", nel coordinare attività clinico-assistenziale di livello base sul territorio con un riferimento ospedaliero per problematiche di salute acute.

Proprio per tale motivo in più occasioni la FADOI, Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti, Società scientifica di Medicina Interna, ha presentato la richiesta al Ministero della Salute di trasformare in "*Medicina Interna*" la denominazione di "*Medicina Generale*" presente nelle normative sulla organizzazione e sugli standard ospedalieri che indicano nell'Area omogenea medica al CODICE 26 i reparti ospedalieri di Medicina.

La trasformazione del termine da "*Generale*" in "*Interna*" del codice 26 non ha soltanto una valenza burocratica, bensì l'obiettivo di esprimere più fedelmente il senso ed il significato di essere un medico internista e definirne meglio l'attività professionale.

La Medicina Interna è una specialità ospedaliera che si occupa di pazienti che presentano problematiche di salute acute e di gravità prevalentemente medio-alta, e per questo ricoverati in ospedale. In particolare, è una disciplina che si occupa di pazienti, che pur presentando patologie acute prevalenti (scompenso cardiaco, polmoniti, sepsi, insufficienza renale acuta, ecc), hanno spesso numerose comorbilità che rendono più complessa la diagnosi e la gestione olistica.

Il termine "Interna" esprime la capacità di approfondire le cause acute di malattia nel paziente reso complesso dalla presenza contemporanea di più malattie, e di farsi carico del malato come persona, nella sua globalità, e per l'appunto, complessità.

Le UO di Medicina interna sono presenti praticamente in tutti gli Ospedali con un totale di circa 30.000 letti e con circa un milione di ricoveri l'anno.

La Medicina Interna ospedaliera svolge molto spesso anche un ruolo di "facilitatore" nel creare team multidisciplinari (vedi esperienza COVID in tutta Italia) che si fanno carico complessivamente del problema acuto di salute del paziente, sia in ambito ospedaliero sia creando un rapporto virtuoso tra ospedale e territorio.

Non a caso la complessità dei pazienti ricoverati per COVID in ospedale nel corso dell'attuale pandemia ha portato al loro ricovero e presa in carico nelle UO di Medicina, co-

me già detto in precedenza, nel 70% dei casi.

In definitiva, nel PNRR per la sanità si trova qualche spiraglio di luce, parecchie ombre e tante aspettative deluse. E non soltanto per un discorso economico, perché i 20 miliardi stanziati sono comunque una somma cospicua, quanto per l'assenza di percorsi chiari su come utilizzare queste risorse. Senza contare che alcune ricette sono vecchie ed hanno già dimostrato sul campo la loro inefficacia.

Vanno benissimo gli investimenti in digitalizzazione e nuove strumentazioni, ma per gli ospedali non c'è nessun accenno alla loro necessaria riforma, così come sono davvero pochi i fondi stanziati per l'edilizia sanitaria.

La pandemia ci ha insegnato che le nostre strutture, in molti casi vecchie e strutturalmente non più adeguate ai nuovi bisogni e modelli assistenziali, dovrebbero essere modernizzate e rese duttili, in grado di cambiare pelle nel giro di pochi giorni di fronte ad un'emergenza. Un'ottima prospettiva ma, a tal fine, servono regole chiare e stabilite a livello nazionale che leghino tutta la filiera del Servizio sanitario nazionale. Oggi invece percorsi di cura sono frammentati e spesso si formano dei colli di bottiglia che intasano le strutture.

Allo scopo di impedire il sovraffollamento degli ospedali, il PNRR punta sul rafforzamento dell'assistenza domiciliare, ma purtroppo lo fa con ricette discutibili come le Case e gli Ospedali di Comunità. Sono modelli già sperimentati ma non funzionali e lo si è visto nell'era Covid, e proprio in quelle aree dove erano già presenti, sotto forma di «case della salute». Rafforzare il territorio non vuol dire disseminare l'Italia di altre strutture burocratiche.

Non dimentichiamo che le esigenze primarie dei cittadini sono quelle di semplificare il sistema di prescrizione e prenotazione, ottenere diagnosi e cure più puntali grazie alla condivisione delle informazioni cliniche, abbandonare inutili duplicazioni di analisi e accertamenti. Per questo servirà agevolare il percorso casa-territorio-ospedale-post acuzie-riabilitazione-casa, con regole d'ingaggio strette e rigorose. E questa regia difficilmente la potrà fare in modo burocratico una «Centrale operativa territoriale» ma solo una équipe di professionisti competenti.

## La visione di Galapágos per un nuovo modello di gestione delle cronicità

**Alberto Avaltroni**  
VP Country Head  
Galápagos Biopharma  
Italy

### Stato dell'arte per la gestione del paziente cronico

L'emergenza sanitaria in corso ha certamente messo in evidenza le fragilità del sistema di presa in carico e gestione dei pazienti con patologia cronica in Italia, rendendo evidente la necessità di avviare un confronto ecosistemico, per definire un nuovo modello di gestione della cronicità.

Soltanto in Europa, Eurostat stima che le malattie croniche siano responsabili di una spesa sanitaria valutabile intorno ai 700 miliardi di euro annui e la causa di circa l'86% dei decessi<sup>28</sup>.

Una riflessione in merito al futuro delle politiche sanitarie in Italia e, in particolare, rispetto alla cronicità, non può non tenere conto degli elementi che caratterizzano lo scenario italiano: il progressivo invecchiamento della popolazione – secondo il Censis tra vent'anni in Italia, su una popolazione di 59,7 milioni di abitanti gli anziani saranno più degli under 35- unitamente alla comorbidità che caratterizza spesso i pazienti cronici, con conseguenze sulla sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale.

Il dibattito pubblico e istituzionale si inserisce in un contesto regolatorio di rinnovamento del sistema, a partire dalla scadenza del Patto della Salute, la riforma del Decreto Ministeriale 70/2015 recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera e l'attesa del DM 71, dedicato agli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza territoriale. Una riforma del sistema a cui guarda il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza sulla base di due pilastri: territorio e innovazione digitale, con la volontà di affrontare in maniera sinergica gli aspetti critici di natura strutturale emersi nel corso dei mesi della pandemia, con conseguenze sulla mancata aderenza alle cure e il blocco delle prestazioni. Soprattutto il blocco delle prestazioni rappresenta ancora oggi, a due anni dall'inizio della Pandemia, una forte criticità per il sistema e per il paziente, che vede rallentate sia le visite di diagnostica sia di follow up. Non è giustificabile oggi pensare di poter procrastinare questi servizi, e dobbiamo essere tutti consapevoli che il paziente, anche con malattie infiammatorie croniche, ha diritto alla migliore continuità assistenziale possibile.

### Le fragilità di oggi nel post-pandemia tra gap da colmare e un nuovo Chronic Care Model

La scarsa integrazione tra assistenza primaria e specialistica, la mancanza di continuità assistenziale nel passaggio da ospedale a territorio e di potenziamento delle cure domiciliari, la poca personalizzazione delle cure richiamano dunque la necessità di colmare alcuni gap esistenti nella presa in carico e gestione dei malati cronici.

Alla luce della crescita della domanda di "dare valore e ruolo alla medicina di prossimità", si rende necessaria prima di tutto una riforma del sistema territoriale, che vada a lavorare sui processi e sulle tecnologie, soprattutto digitali, da adottare e implementare. È prioritario implementare dei processi che consentano un equilibrio tra prestazioni ospedaliere e medicina del territorio, e che metta in collegamento le due realtà partendo da una profilazione accurata del paziente e un'analisi e gestione del dato che superi la frammentarietà regionale. Esistono infatti già diverse esperienze in questo senso, molte delle quali sono considerate delle buone pratiche; spesso però tutto questo non confluisce in uno standard di approccio nazionale che guidi e omogenizzi i criteri. Da questo punto di

<sup>28</sup> eHealth Task Force Report Redesigning health in Europe for 2020. <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/library/eu-task-force-ehealth-redesigning-health-europe-2020>

vista è importante prevedere azioni di policy che permettano una più snella adozione delle tecnologie digitali, rimuovendo quelle barriere che ancora oggi ostacolano la messa in comune dei dati.

Nella futura organizzazione del territorio, la prospettiva regionale resta inoltre di fondamentale importanza, non solo per via dell'assetto di governance delle politiche sanitarie in Italia basato sulla sussidiarietà, ma anche dato il ruolo che svolgeranno gli enti locali nell'attuazione del PNRR, in un'ottica di superamento della frammentarietà. Per questo motivo sarà opportuno assicurare sempre una maggiore omogeneità di prestazioni per rispondere ai divari territoriali, dovuti anche a reddito, titolo di studio e residenza.

Secondo uno studio condotto dall'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, infatti, nella classe di età 25-44 anni la prevalenza di persone con almeno una cronica grave è pari al 5,8% tra coloro che hanno un titolo di studio basso e al 3,2% tra i laureati. Tale gap aumenta con l'età, nella classe 45-64 anni, è il 23,2% tra le persone con la licenza elementare e l'11,5% tra i laureati.

Infine, per colmare il divario tra paradigma medico e socioassistenziale, come evidenziato nel contributo *"PNRR e Value Based Healthcare: Hardware e Software per l'eccellenza sanitaria sostenibile"*, a cura di Maria Rosaria Natale, è preferibile l'applicazione di un approccio value based, che tenga conto di un outcome olistico del paziente, tramite la realizzazione di una rete di competenze diagnostiche, cliniche e socioassistenziali, modellate sulla base delle esigenze del cittadino. Tra i benefici di questo approccio, la possibilità di efficientare il Sistema e quindi liberare risorse e tempo da concentrare dove più necessario.

Si tratta di un cambiamento profondo, così come già disegnato in prima battuta dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), che ha proposto un nuovo modello assistenziale dei malati cronici, basato sulla cura del paziente, piuttosto che sul trattamento della patologia, nel processo di cura, follow up e assistenza, tramite un approccio multidisciplinare e personalizzato.

---

### **Il ruolo di Galapagos per il design della cronicità nel futuro assetto del SSN**

**Nel panorama della cronicità**, un incubatore di esperienza è rappresentato dalle malattie croniche infiammatorie, proprio della visione e dell'impegno di Galapagos, e che ci vede protagonisti a partire dall'innovazione nel trattamento dell'Artrite Reumatoide oggi, e della Colite Ulcerosa nel prossimo futuro.

Richiamando due tipologie di pazienti cronici diversi, in ottica di stratificazione del paziente, le malattie croniche infiammatorie rappresentano un potenziale campo in cui generare valore rispondendo ad alcune sfide: la centralità del paziente, tale che sia l'innovazione digitale che la riforma del territorio siano funzionali a curare il paziente e non la patologia, un maggiore integrazione, dei diversi sistemi ma anche dei diversi attori e infine la diffusione della cultura tra professionisti e i pazienti.

Questo cambiamento riguarderà prima di tutto la nostra capacità di promuovere una trasformazione culturale e un rinnovamento nelle politiche di programmazione, tale da garantire in primis una maggiore aderenza terapeutica e, in ultima analisi, un miglioramento della qualità della vita delle persone.

---

## Le proposte di Galápagos

**Per l'implementazione** di un sistema di servizi efficiente che aiuti il paziente a gestire al meglio la propria patologia, dalla prescrizione al follow up, siamo convinti che il sistema sanitario universalistico e pubblico potrebbe beneficiare nel lungo periodo della collaborazione con i privati, non solo in termini di investimenti, ma anche di capillarità, timing e know-how.

Convinti della necessità di costruire un percorso condiviso con tutti gli stakeholder coinvolti a vario titolo nella gestione dei malati cronici (decision makers, associazioni di pazienti, professionisti), viene suggerito un approccio con l'obiettivo di cogliere l'opportunità per creare una rete di supporto e servizio al paziente cronico, in una triplice prospettiva temporale:

- 
- 1** **Prospettiva di breve periodo** Per assicurare l'assistenza decentralizzata per il paziente con cronicità e garantire che il decorso della patologia possa essere seguito in modo multi-specialistico, si propone di omogeneizzare e regolamentare a livello nazionale l'approccio legato alla telemedicina e gli altri strumenti digitali, implementando al contempo sistemi centrali (a livello regionale) di home delivery, per evitare l'accesso del paziente in ospedale al solo fine di prendere il farmaco.

---

  - 2** **Prospettiva di medio periodo** In una seconda fase, per favorire uno spostamento della gestione della cronicità dall'ospedale, si propone di modificare l'assetto di dispensazione per i farmaci di semplice somministrazione, che assicurano un rapporto rischio-beneficio tale da non necessitare controllo a livello ospedaliero e al contempo implementare le reti cliniche per rispecchiare la pluralità di patologie di cui è affetto il paziente. Valutare l'efficacia e l'efficienza dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) e dell'approccio di telemedicina come strumento complementare alla visita, unitamente alla collaborazione tra Medici di Medicina Generale e specialisti.

---

  - 3** **Prospettiva di lungo periodo** Per finalizzare infine un nuovo modello di gestione della cronicità, si propone di ricavare uno spazio alla cronicità all'interno del nuovo paradigma della medicina territoriale definito dal Recovery Plan tramite le Case e gli Ospedali di Comunità, per potenziare e riorganizzare i servizi offerti sul territorio migliorandone la qualità e coordinare tutti i servizi offerti, in particolare ai malati cronici.

## La cura che (ancora) non c'è

**Anna Lisa Mandorino**  
Segretario Generale  
Cittadinanzattiva

**Di recente**, Cittadinanzattiva ha presentato il suo XIX Rapporto sulle politiche della cronicità, redatto grazie alle risposte delle 64 associazioni di pazienti che hanno contribuito all'indagine e di 3.000 cittadini affetti da patologia cronica direttamente intervistati. Ne è emerso un quadro chiaro della situazione dei malati cronici nel nostro Paese, con particolare riferimento al periodo dell'emergenza Covid. Infatti, un paziente su due dichiara che con la pandemia sono aumentate le criticità nell'accesso alla diagnosi e cura per la propria patologia, con i costi privati in aumento per un paziente su due e uno su cinque costretto a rinunciare alle cure per motivi economici. A subire rinvii e ritardi sono soprattutto le visite specialistiche e diagnostiche, ma sono sempre crescenti le difficoltà ad attivare l'assistenza domiciliare integrata e a farsi riconoscere l'invalidità o l'handicap. Va meglio sul fronte della prevenzione, grazie al recupero di alcuni ritardi negli screening programmati e nelle vaccinazioni ordinarie; così come dalla pandemia si registra un impulso positivo alla telemedicina.

Insieme alle difficoltà e richieste dei cittadini affetti da una patologia cronica e rara, ci sono quelle dei caregiver familiari - oltre sette milioni nel nostro Paese - che chiedono meno burocrazia e più tutele a livello lavorativo e, i più giovani, nel percorso di studi.

### Le disuguaglianze territoriali

Circa tre associazioni su quattro hanno denunciato la presenza di **importanti differenze sul territorio nazionale e regionale** riguardo alla gestione e alla presa in carico dei pazienti: ad esempio, solo poco più di una su due (52,3%) afferma che sono presenti ovunque i registri di patologia (archivi informatizzati con i dati dei pazienti) e i cosiddetti PDTA (Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali).

Quasi un cittadino su due (48,8%) ha avuto difficoltà nell'ottenere il **riconoscimento dell'invalidità e dell'handicap**, principalmente perché i medici della commissione sottovalutano la patologia visto che non la conoscono, e per i tempi eccessivamente lunghi per la visita di accertamento. Il 62% afferma le criticità sono aumentate con la pandemia.

Più di uno su tre (34,3%) ha incontrato difficoltà per l'**assistenza domiciliare integrata**, e ben il 71% dichiara che la situazione è peggiorata rispetto al periodo pre-Covid: in particolare mancano figure specializzate, oppure si fa fatica ad attivarla o viene sospesa da un momento all'altro.

Più di un paziente su cinque (22,7%) segnala criticità nell'**assistenza protesica e integrativa**, criticità aumentate rispetto al passato nel **70,8%** dei casi. In particolare, sono troppo lunghi i tempi di autorizzazione e rinnovo per avere presidi, protesi ed ausili, e questi non sono compresi nel nomenclatore tariffario o non sono adatti alle esigenze personali.

### Dopo la pandemia, fra servizi attivati e liste di attesa

Se da un lato la pandemia ha avuto un impatto positivo sui servizi e programmi di telemedicina che, a detta dell'oltre il 58% delle associazioni, sono stati incrementati, e sul rafforzamento del ruolo delle stesse associazioni che hanno attivato o ampliato gli spazi e gli strumenti di informazione, tutela e advocacy per i propri pazienti, dall'altro lato ha acuito problemi già evidenti anche prima dell'emergenza.

Un paziente su due, **52,4%**, ritiene aumentate le criticità, il **41,4%** invariate e il **6,2%** leggermente peggiorate.

**Il 40,5%** dei cittadini dichiara che è più difficile effettuare una visita specialistica a causa degli ambulatori chiusi o delle liste di attesa (lo scorso anno la percentuale delle segnalazioni era del 35,3%). Stessa situazione viene segnalata per quanto riguarda le prestazioni diagnostiche e ricoveri - sempre a causa della lista di attesa si passa dal 36,5% al **39,9%** delle segnalazioni - e ancora anche per le prestazioni diagnostiche in generale. Negative ma stabili le segnalazioni di ritardi negli interventi chirurgici: le indicano ancora un cittadino su tre. I pazienti lamentano anche una minor attenzione al dolore collegato alla propria patologia: lo denuncia il 34,5%, rispetto al 26,4% dello scorso anno. Sembra riprendere il suo corso la prevenzione, visto che diminuiscono le segnalazioni di interruzione degli screening programmati (dal 38% del 2020 al 32% di quest'anno) e riprendono le vaccinazioni per i minori (si abbassa al 16,5% la quota di chi lamenta ritardi o interruzioni, in confronto al 34% circa dell'anno scorso) e quelle per adulti (dal 29,7% al **19%**). Meno difficoltà anche per ottenere protesi, ausili e dispositivi medici (le segnalazioni calano dal 32,5% al 21%).

---

### **I costi. Fino a 7mila euro per protesi e ausili non rimborsati. E un paziente su cinque rinuncia alle cure**

I pazienti sostengono abitualmente di tasca propria costi privati necessari alla gestione della patologia. Il 45% circa per l'acquisto di parafarmaci e integratori non rimborsati, oltre il 40% per effettuare visite specialistiche in regime privato o intramurario, il 36% per la prevenzione terziaria (diete, attività fisica, dispositivi), il 33% circa per effettuare esami diagnostici a pagamento.

**Uno su due afferma che i costi sono aumentati rispetto al periodo pre-pandemia e uno su cinque è stato costretto a rinunciare ad alcune cure perché non poteva sostenerne i costi.** Si arriva a spendere fino a 60.000 euro per l'adattamento dell'abitazione o la retta in RSA, 25.000 euro per pagare una badante e 7.000 euro per protesi e ausili non rimborsati dal SSN, solo per citare alcuni esempi.

---

### **Accanto ai pazienti cronici: i caregiver, chi sono, cosa fanno, cosa vorrebbero.**

Più di un paziente cronico su due (53,2%) afferma che c'è almeno una persona a prendersi cura di lui e, nella stragrande maggioranza (98%), si tratta di un familiare.

Sono i cosiddetti caregiver: dimenticati dalle istituzioni, assistono i familiari anche per 20 ore a settimana. Vorrebbero occuparsi meno di burocrazia, essere a fianco della persona più da un punto di vista emotivo e avere maggiore spazio per se stessi.

Il 47,6% ha fra i **51 e i 65 anni**, il 27% 36-50 anni, il 18,7% 66-80 anni, il 4,6% tra i 25-35 anni. Inoltre **il 76,8% dei rispondenti è femmina**. Oltre il 28% dichiara di dedicare alla cura ed assistenza del familiare più di 20 ore a settimana, e circa il 30% è caregiver da 5-10 anni, un 20% addirittura da più di 20 anni.

Più della metà degli intervistati, il **56,4%**, si occupa della cura della sfera emotiva, il **41,6%** parla di aspetti burocratici, amministrativi e finanziari, il **39,1%** di gestione dell'igiene e cura quotidiana, il **25,2%** di assistenza infermieristica.

Il **69,7%** sostiene che essere caregiver influenzi la vita familiare significativamente, dal punto di vista emotivo e pratico, perché provoca stress e stanchezza e si ha poco tempo libero per sé e per gli altri familiari. **Il 74% delle donne e i 59% degli uomini han-**

**no dovuto rinunciare o smettere di lavorare e studiare.** Il 64% vorrebbe disporre di più tempo da dedicare a se stesso/a e alla sua “vita privata”, il 46,6% avere un maggior riconoscimento sociale, il 35,3% avere qualcuno che lo supporti o si faccia carico delle incombenze amministrative e finanziarie correlate alla persona, di modo che si possa dedicare a lei e non alla burocrazia.

Quasi l'80% vorrebbe che gli venissero riconosciute agevolazioni e permessi ulteriori rispetto alla legge 104 e ulteriori contributi, rispetto ai tre anni previsti. Il 43% gradirebbe avere la certificazione di competenze acquisite sul campo e spendibili sul mercato del lavoro (tipo ECM, attestati tipo OSS, iscrizione ad albi o registri specifici). Uno su tre chiede di avere agevolazioni e linee guida uniformi fra gli Atenei per poter effettivamente proseguire gli studi universitari (il 4,6% dei rispondenti alla nostra indagine ha tra i 25 e i 35 anni).

Rispetto alla fotografia che emerge dal Rapporto sulle cronicità, le risorse che stanno arrivando con il PNRR sono preziose ma vanno accompagnate con misure che ne consentano solidità strutturale anche dopo il 2026, a cominciare da un adeguato potenziamento del personale sanitario, e con la realizzazione di quelli che da tempo sono strumenti prioritari ma ancora non attuati appieno per rispondere alle esigenze dei malati cronici e rari.

Si tratta innanzitutto di dare ovunque, e uniformemente, attuazione, tanto al livello regionale, quanto a quello aziendale, ai PDTA e al Piano nazionale delle cronicità e monitorare il raggiungimento degli obiettivi previsti; di finanziare e monitorare il rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) su tutto il territorio, al fine di ridurre le disegualianze tra regioni ed assicurare a tutti i cittadini pari diritti. Tutto questo è importante che sia fatto attraverso un confronto costante con i cittadini e con le associazioni di tutela dei diritti dei pazienti che, in questo anno e mezzo di pandemia, hanno mostrato di essere un fondamentale tassello del welfare del nostro Paese. La sfida da affrontare si giocherà sulla capacità di mettere al centro della governance sanitaria la salute dei cittadini, percorrendo una strada di sviluppo equo, tempestivo, e conservando e valorizzando tutto ciò che ha funzionato in pandemia come la digitalizzazione dei servizi, per esempio nel caso della ricetta dematerializzata, la loro semplificazione come è avvenuto per il rinnovo automatico dei Piani terapeutici, la telemedicina che ha conosciuto nel periodo dell'emergenza un'importante accelerazione.

In conclusione, il XIX Rapporto di Cittadinanzattiva sulle politiche della cronicità mostra chiaramente che le persone con patologia cronica e rara ad oggi non rappresentano ancora una vera e concreta priorità per le politiche pubbliche socio-sanitarie in Italia, nonostante l'incidenza, la diffusione, l'impatto sulla qualità della vita, sulla sfera lavorativa della persona malata e di chi la assiste, famiglia in primis, sui redditi familiari e sul bilancio della sanità pubblica e dei servizi socio-assistenziali. Se da un lato abbiamo assistito ad una rimodulazione dei servizi ospedalieri in grado di riadattarli alle esigenze di contenimento, contrasto e cura del contagio da Covid, dall'altro tutto sembra essere stato prodotto mettendo da parte le esigenze di salute di pazienti non-Covid che hanno visto ridurre, se non bloccare, le possibilità di accesso soprattutto alle prestazioni specialistiche. A farne le spese sono stati proprio i pazienti fragili: la pandemia non è ancora superata ma siamo già chiamati a fare i conti con quanto ci sta lasciando in eredità, e cioè una notevole richiesta di servizi e bisogni di salute di cittadini che in questo anno e mezzo hanno sviluppato nuove patologie, hanno subito ritardi nelle diagnosi e hanno visto

peggiore significativamente le proprie condizioni di benessere e salute legate a patologie pregresse. La sostenibilità della nostra sanità pubblica si giocherà sulla capacità di rimettere al centro dell'azione politica la salute di questi cittadini per primi, chiudendo definitivamente la stagione dei tagli e dei definanziamenti e inserendo l'ammodernamento della sanità in un progetto più ampio di modernizzazione dell'intero paese. La pandemia ci ha insegnato che il futuro della medicina passa necessariamente da percorsi di innovazione e di sicurezza, e dall'utilizzo di nuove tecnologie in grado di produrre esiti di salute misurabili. Ma, nello stesso tempo, è auspicabile pensare che il reclutamento di personale medico e delle professioni sanitarie, cui si è assistito durante la pandemia, non resti circoscritto alla fase di emergenza: poiché servono tecnologie, ma soprattutto competenze per utilizzarle e persone attente e disponibili a rispondere ai bisogni di salute dei pazienti. Al contempo serve rafforzare la cultura dell'interazione e della collaborazione tra i professionisti sanitari, nel rispetto di ruoli e competenze, per restituire valore alle professioni sanitarie, sia quelle mediche sia quelle non mediche, e per consentire una presa in carico complessiva della persona e non più della malattia.

Tutto ciò ha come necessaria condizione l'eliminazione delle disuguaglianze esistenti, poiché non ci potrà essere alcuna riforma della sanità pubblica che non passi attraverso il diritto di tutti i cittadini a goderne. L'attenzione alla prossimità delle cure non si esaurirà costruendo solo nuove infrastrutture e strutture pur diffuse sul territorio; queste ultime dovranno offrire servizi davvero integrati, capaci di tenere insieme gli aspetti sanitari, sociali e la qualità di vita delle persone, orientati ad andare incontro al cittadino; non soltanto assicurare luoghi fisici da dover raggiungere, ma essere punti-rete capaci di "dialogare tra loro" e di interconnettersi con la rete ospedaliera, caratterizzando in maniera uniforme tutto il Paese. Con ruoli e responsabilità diverse, siamo tutti chiamati a fare i conti con quanto ci stiamo lasciando alle spalle e a costruire in modo partecipato la salute del futuro.



# 36

---

## IL PNRR E LA GESTIONE DELLE CRONICITÀ SUL TERRITORIO

---

DALL'OSPEDALE ALLE CASE DI COMUNITÀ  
E AL DOMICILIO COME SETTING DI CURA



Quotidiano  
Sanità  
edizioni

[www.qsedizioni.it](http://www.qsedizioni.it)  
[www.quotidianosanità.it](http://www.quotidianosanità.it)

Con il contributo incondizionato di

**Galápagos**