



CENTRO STUDI BORGOGNA

I QUADERNI

SECONDO NUMERO

SANITÀ





CENTRO STUDI BORGOGNA

I QUADERNI

SECONDO NUMERO

SANITÀ

INDICE

Presentazione del Centro Studi Borgogna	
Fabrizio Ventimiglia	5
<i>Presidente Centro Studi Borgogna</i>	
Introduzione	
Luigi Cajazzo	7
<i>Direttore Generale della Fondazione Regionale per la Ricerca Biomedica, Coordinatore Tavolo Sanità del Centro Studi Borgogna</i>	
Prefazione	
Patrizia Toia	10
<i>Eurodeputata e Vicepresidente della Commissione per l'Industria, la Ricerca e l'Energia del Parlamento Europeo</i>	
Contributi	
Attilio Fontana	15
<i>Presidente di Regione Lombardia</i>	
Francesco Longo	19
<i>Professore di Management Pubblico e Sanitario, CERGAS – SDA Università Bocconi</i>	
Massimo Russo	26
<i>Magistrato, già Assessore alla Sanità della Regione Sicilia</i>	

Sergio Pillon	31
<i>Vice Presidente AiSDeT</i>	
Anna Roli	34
<i>Direttore S.C. Sistema Qualità, formazione e protezione dei dati dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano</i>	
Luca Merlino	38
<i>Direttore Generale dell'Istituto Cardiologico Monzino di Milano</i>	
Ugo Pastorino	45
<i>Direttore dell'Unità Operativa di Chirurgia Toracica. Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano</i>	
Christian Cotsoglou	48
<i>Direttore UOC di Chirurgia ASST di Vimercate</i>	
Considerazioni conclusive	
Renato Balduzzi	54
<i>Professore ordinario di Diritto costituzionale presso la Facoltà di Giurisprudenza dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, già Ministro della Salute</i>	



FABRIZIO VENTIMIGLIA

Presidente Centro Studi Borgogna

Si deve partire dall'idea che la Sanità non è un costo, ma un investimento necessario per lo sviluppo e la crescita del Paese. Ora che grazie al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza ci sono le risorse per intervenire, occorre però che ci siano anche delle proposte concrete e delle strategie sinergiche che consentano di raggiungere l'obiettivo indispensabile dell'efficientamento del nostro SSN.

Il Centro Studi Borgogna, anche nel 2022, ha proseguito il proprio percorso nel solco della continuità, realizzando numerosi eventi, non soltanto in ambito formativo, ma anche di carattere scientifico.

In questo contesto sono molto felice ed entusiasta di avere avuto la possibilità di realizzare, grazie al prezioso contributo di così tante, autorevoli e prestigiose firme, questo secondo Quaderno, che ha ad oggetto la Sanità, un tema centrale e primario per il nostro Paese. Una materia oggi più che mai di attualità, in considerazione della pandemia che ci ha accompagnato negli ultimi anni e che ha messo a dura prova il nostro sistema sanitario, ricordando a tutti noi il valore universale della salute, la sua natura di bene pubblico fondamentale e la rilevanza macro-economica dei servizi sanitari pubblici.

Proprio alla luce di questo trascorso, quale Presidente di questa Associazione, ho ritenuto indispensabile concentrare gli sforzi ed i contributi dei nostri associati intorno al mondo della Sanità, perché reputo indispensabile riflettere sull'efficientamento del nostro SSN, sedendosi ad un tavolo e programmando gli step necessari per renderlo più forte ed efficiente, facendo tesoro delle esperienze del passato.

Si deve partire dall'idea che la Sanità non è un costo, ma un investimento necessario per lo sviluppo e la crescita del Paese. Ora che grazie al PNRR ci sono le risorse per intervenire, occorre però che ci siano anche delle proposte concrete e delle strategie sinergiche che consentano di

raggiungere l'obiettivo. Ecco, con tale obiettivo è nata l'idea di questo secondo Quaderno del Centro Studi Borgogna, che si inserisce a pieno nella mission della Associazione, che ha tra i propri scopi quello di sensibilizzare la Società civile e le Istituzioni per stimolare un confronto sui temi centrali del Paese attraverso proposte concrete, frutto del lavoro e del confronto tra professionisti ed esperti del settore, con un approccio critico, ma sempre costruttivo.

Sono molto orgoglioso, pertanto, che abbiano preso parte alla realizzazione di questo Quaderno illustri rappresentanti delle Istituzioni, del mondo accademico e della Sanità, che hanno offerto il proprio autorevole contributo, rendendo possibile la realizzazione di questo ambizioso progetto.

Il lavoro di ricerca scientifica è un tema molto caro alla nostra Associazione, che è da sempre attenta al tema della salute ed ai suoi profili giuridico-operativi. Ritengo che questo Quaderno sia, pertanto, il giusto coronamento di un lungo percorso che non è ancora però da considerarsi concluso.



LUIGI CAJAZZO

Direttore Generale della Fondazione Regionale per la Ricerca Biomedica, Coordinatore Tavolo Sanità del Centro Studi Borgogna

Il Covid ci ha “donato” un incredibile bagaglio di sinergia e collaborazione tra specialisti diversi, senza cui non sarebbe stato possibile affrontare la drammatica primavera del 2020 e senza il quale non avremmo potuto beneficiare, in tempi così rapidi, dei vaccini e della stessa macchina organizzativa che ha permesso di somministrarli rapidamente.

Il Quaderno sulla Sanità del Centro Studi Borgogna vede la luce in un momento particolare, direi unico, per il Servizio Sanitario Nazionale. Dopo un trentennio – e forse più – nel quale l'attenzione della politica e del management si è concentrata, essenzialmente, sulla quadratura dei conti (mantenendo comunque alta la qualità dell'*outcome*), la Sanità vive un momento di crescita e di espansione, grazie, soprattutto, al Next Generation Europe e alle correlate risorse del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

La migliore valorizzazione di questo momento, che auspico essere “rifondante”, postula il perseguimento e la permanenza di alcuni concetti fondamentali.

Il primo, già teoricamente affrancato e oggi “toccato con mano” da tutti, è che la Sanità ha anche un forte impatto economico: e non solo perché, come è ovvio, senza salute non c'è vita, ma anche perché è alto il valore di tutto ciò che gravita nel mondo della prevenzione e della cura (dispositivi, farmaci, e-health). È sotto gli occhi di tutti quella che, con una brillante definizione, è stata battezzata la “policrisi” del 2020: crisi biologica, dovuta ad un virus che ha preso a minacciare le nostre vite; crisi di civiltà, con un passaggio brusco dalla mobilità senza confini alla restrizione di ogni movimento; crisi economica, frutto di misure restrittive che hanno seriamente compromesso la tenuta del bilancio del Paese nel suo complesso e delle famiglie italiane.

L'altro punto fermo – che è anche un vanto per l'Italia – è quello di un Sistema sanitario pubblico universalistico, che garantisce la salute ad ogni individuo (individuo, si badi, non cittadino) come diritto fondamentale della persona e interesse della collettività. Un Sistema ideato magistralmente dai nostri Padri costituenti e costruito con fatica negli anni, fino alla storica riforma del 1978 e agli interventi correttivi degli anni successivi, con una complessità sul piano ordinamentale e gestionale davvero unica tra gli apparati amministrativi del nostro Paese.

Un Sistema che, pur con le criticità e le lagnanze che siamo abituati sovente ad ascoltare, ha mostrato tutta la sua forza e la sua resilienza di fronte ad un evento di portata imprevedibile e straordinaria come il Covid-19. La letteratura abbonda, ormai, di studi che dimostrano come gli Stati dotati di un sistema come il nostro abbiano affrontato con più efficacia la tempesta pandemica rispetto ai Paesi con modelli sanitari ad accesso limitato, con una forte componente assicurativa.

Il terzo elemento sul quale ritengo debba essere concentrata l'attenzione di tutti è la visione pluridisciplinare e sistemica della Sanità. Il Covid ci ha “donato” un incredibile bagaglio di sinergia e collaborazione tra specialisti diversi, senza il quale non sarebbe stato possibile affrontare il drammatico periodo della primavera del 2020 e senza il quale non avremmo potuto beneficiare, in tempi così rapidi, dei vaccini e della stessa macchina organizzativa che ha permesso di somministrarli rapidamente. Visione sistemica, certo, anche con le tutte le Istituzioni, compresi gli enti locali: il confine, sempre più labile, tra bisogni socio-sanitari e sociali, accompagnato ad un concetto di salute che è necessariamente correlato all'ambiente, impone evidentemente un circolo virtuoso, di programmazione e di azione, anche con i Comuni.

Infine, senza con ciò voler tralasciare la centralità della prevenzione, della Sanità territoriale, della tecnologia e della necessità di un accesso equo e uniforme alle cure su tutto il territorio, a partire dalla nostra comune Casa europea, ritengo importante una riflessione che, credo, possa assurgere a chiave di lettura per lo sviluppo del nostro Sistema Sanitario: il PNRR non è un esercizio di espansione economica, poiché si tratta di risorse (peraltro per lo più da restituire) in conto capitale, che non consen-

tono un aumento strutturato della nostra spesa sanitaria. E lo dimostrano le previsioni finanziarie contenute negli atti governativi.

Il PNRR è, invece, una grande occasione di innovazione dei processi lavorativi, che devono essere rivisti per creare valore aggiunto nel Sistema, non solo sotto il profilo finanziario, ma soprattutto dal punto di vista della qualità dei servizi erogati, della loro accessibilità e fruibilità.

Se la telemedicina non sarà solo una visita a distanza, ma permetterà di telemonitorare i tanti pazienti cronici e di verificare in tempo reale la loro aderenza ai percorsi di cura; se i tanti anziani potranno un giorno evitare di recarsi ogni mese dal medico di medicina generale per la ricetta ripetitiva dei farmaci stranoti (e che dovranno as-



sumere per il resto della loro vita) e potranno, invece, averne diritto sulla base di un semplice “Piano di assistenza individuale” al quale si accompagna la verifica costante del loro stato di salute; se i nostri ricercatori potranno finalmente utilizzare la mole impressionante di dati di cui il Sistema dispone, senza le barriere, spesso incomprensibili, di regole che diventano ostacoli al progresso; se davvero si creerà un ecosistema digitale per mettere in collegamento i diversi setting assistenziali, facilitando la transizione dei pazienti dal reparto per acuti alle strutture intermedie o al domicilio, senza che i familiari debbano arrovellarsi per trovare una soluzione adeguata; se tutto questo accadrà, allora saremo riusciti, nel solco indelebile tracciato dall’art. 32 della Costituzione, a far crescere, in qualità e sostenibilità, uno dei patrimoni più grandi del nostro Paese: il Servizio Sanitario Nazionale.

Il Centro Studi Borgogna, attraverso gli scritti di alcuni tra i più illustri protagonisti del mondo scientifico e della ricerca, e con una visione alta e sempre costruttiva, offre il proprio contributo al dibattito, nella certezza che l’Italia, anche questa volta, saprà dare il meglio di sé.

Prefazione

PATRIZIA TOIA

Eurodeputata e Vicepresidente della Commissione
per l'Industria, la Ricerca e l'Energia del parlamento Europeo

È dalla “Conferenza sul Futuro dell’Europa”, su input del Panel dei cittadini per la salute e del Gruppo di lavoro ad hoc, che è venuta ufficialmente la richiesta di realizzare una vera e strutturata “Unione Europea della salute” come obiettivo di lungo termine. Si chiama “EU4Health” e sarà la pietra miliare della futura unione della Sanità.

Il ruolo dell’Europa nella Sanità

Sebbene l’Europa abbia, in base ai Trattati, una limitata competenza in campo sanitario, è andata crescendo negli anni l’aspettativa dei nostri cittadini per un’Europa più forte in questo settore. Solo con la gravissima crisi pandemica questa aspettativa si è tramutata in necessità, oltre che in un’esplicita richiesta affinché fosse in capo all’Unione, e non ad ogni singolo Stato, l’onere di coordinare una risposta tempestiva, efficace e sostenibile.

Basti pensare alla strategia comune sui vaccini, grazie alla quale nessuno Stato Membro è stato lasciato indietro nell’approvvigionamento e fornitura delle dosi. Una centralizzazione, questa, che ci ha permesso di evitare campagne vaccinali “a macchia di leopardo” garantendo comunque livelli di immunizzazione pressoché omogenei a livello comunitario. È giusto ricordare anche in questa sede che la ricerca di base sull’utilizzo della tecnologia innovativa a RNA messaggero, alla base dei primi vaccini anti COVID, ha ricevuto negli ultimi vent’anni finanziamenti europei, tra cui anche dall’ERC.

Sulla scia di questo nuovo ruolo affidato alle istituzioni comunitarie, si è aperta una stagione di iniziative sul piano legislativo e di proposta politica.

In risposta alla pandemia, oltre alle riforme attese (e già portate a termine) dell'Agenzia europea per i medicinali (EMA) e del Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC), abbiamo istituito per la prima volta un nuovo programma, autonomo e con budget a sé stante, per rafforzare l'azione comune in campo sanitario tramite maggiore prevenzione e preparazione alle minacce transfrontaliere, maggiore accessibilità ai farmaci e maggiore sviluppo di strumenti e servizi digitali.

Si chiama "EU4Health", avrà un portafoglio di € 5.1 miliardi e sarà la pietra miliare di quella unione della Sanità che ci siamo ripromessi di rendere realtà, ascoltando in primis le richieste dei nostri cittadini. Infatti, è proprio dalla "Conferenza sul Futuro dell'Europa", su specifico input del Panel dei cittadini per la salute e del Gruppo di lavoro ad hoc (di cui ho fatto parte), che è venuta ufficialmente la richiesta di realizzare una vera e strutturata "Unione Europea della salute" come obiettivo di lungo termine.

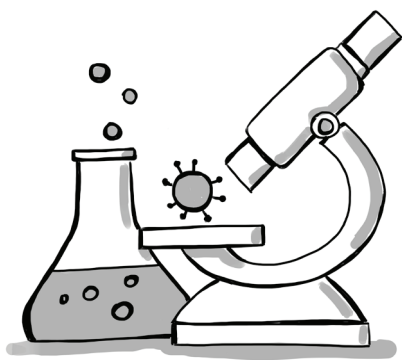
L'appello che abbiamo lanciato da Strasburgo chiede di aprire finalmente una stagione di riforma e revisione dei Trattati, perché si arrivi a sancire una competenza specifica in materia di Sanità, naturalmente coordinata con le competenze primarie che sono degli Stati Membri e delle loro articolazioni regionali. Sempre dai lavori conclusivi della Conferenza, che il Parlamento europeo ha recepito e votato con una propria deliberazione a giugno 2022, si auspica che vi sia maggiore visione a livello europeo per una politica sanitaria che sviluppi sistemi con forte radicamento territoriale e reti di servizi di prossimità, garantendo sempre un'ampia offerta di servizi e un accesso universale alle cure e prestazioni. Quello della parità di diritti e del superamento delle divergenze territoriali è un punto sul quale dobbiamo insistere perché non possiamo più tollerare che sia la geografia a condizionare il nostro diritto alla cura.

Queste disomogeneità di situazioni sono di fatto in palese contrasto con la comune cittadinanza europea. Si pensi ad esempio al trattamento delle malattie oncologiche infantili, all'accesso alla cura delle psicopatologie, alle prestazioni odontoiatriche di base o all'effettiva disponibilità di farmaci per le malattie rare. Non è giusto, oltre che moralmente inaccettabile, che una persona in Bulgaria abbia meno possibilità di un suo concittadino in Francia, Svezia o Portogallo.

È evidente dunque come la parola Sanità sia entrata oramai indelebilmente nelle future agende di lavoro delle istituzioni europee, le quali però, è bene ricordare, operano già attivamente in questo settore su vari livelli. Ne citerò solo due: quello della ricerca e quella della digitalizzazione.

Il livello della ricerca

All'interno del nuovo programma quadro per la ricerca e l'innovazione *Horizon Europe*, il Polo tematico Salute disporrà di un bilancio di € 8.3 miliardi con lo scopo di far avanzare la ricerca di base a quella applicata in campo sanitario ed assicurare costante innovazione nelle cure e nell'assistenza.



Sono state inoltre individuate, per la prima volta, cinque macro-priorità verso cui concentrare strategicamente risorse in favore della ricerca: sono le cosiddette ‘Missioni’, ossia un portafoglio di azioni (progetti di ricerca e misure di *policy* eterogenee) dirette a raggiungere, entro un arco di tempo prestabilito, un obiettivo misurabile e rilevante

per la società. Tra queste, ve n'è proprio una specifica contro il cancro, che ha lo scopo dichiarato di contribuire a salvare 3 milioni di vite entro il 2030 con un budget minimo di 400 milioni circa, cui si integrano finanziamenti da altri programmi settoriali, come i fondi strutturali, EU4Health, Digital Europe nonché i fondi del PNRR. Vorrei segnalare in particolare che la *Cancer mission* ha un italiano come Presidente del Board, il Prof. Walter Ricciardi.

Sia Commissione che Parlamento, in stretta sinergia, hanno lavorato regolarmente per far avanzare i temi di ricerca, prevenzione e presta-

zione di cure, nonché di riabilitazione e organizzazione di servizi di supporto per la vita dei pazienti dopo la guarigione dal cancro.

Dopo che l'esecutivo ha infatti predisposto un nuovo Piano d'azione contro il cancro, in Parlamento, attraverso la Commissione speciale sulla lotta contro il cancro (BECA), di cui ho fatto parte, è stata varata una strategia che costituisce la sintesi di tutte le proposte che dovranno essere realizzate con orientamenti di *policy* chiari per guidare rigorosamente l'attività degli Stati Membri.

Questo piano è stato votato dalla plenaria del Parlamento europeo sotto forma di risoluzione a febbraio 2022. Mi preme qui ricordare che a questo lavoro hanno contribuito fattivamente molti esperti e professionisti italiani, alcuni anche membri attivi del Centro Studi Borgogna, che vorrei ringraziare sinceramente per i loro preziosi apporti.

Il livello della Sanità digitale

Numerosi sono gli atti definiti dalla Commissione Europea nel grande percorso di digitalizzazione dell'economia e della vita pubblica che l'Europa sta realizzando attraverso direttive, regolamenti, programmi, progetti e cospicui finanziamenti.

Fondamentale in tal senso è la creazione dello "Spazio Europeo dei Dati Sanitari". Si tratta di un'iniziativa che prevede norme vincolanti per gli Stati Membri affinché organizzino la raccolta digitale dei dati sanitari, la loro interoperabilità anche a livello sovranazionale e la definizione della responsabilità della gestione e dell'utilizzo degli stessi.

In questo spazio comune deve essere certamente garantito il diritto alla privacy e alla riservatezza, rimanendo vigilianti sui rischi cibernetici e la sicurezza dei cittadini.

Su questo dossier il lavoro legislativo sta per iniziare e vedrà coinvolte in particolare le commissioni Sanità e Industria/Ricerca. Su questo importante capitolo sarà fondamentale, ancora una volta, il contributo degli esperti in materia ai massimi livelli. È anche questo un grande impegno che l'Europa si è presa nei confronti dei nostri cittadini, sul quale assicureremo massima attenzione e cooperazione.



ATTILIO FONTANA

Presidente di Regione Lombardia

La Sanità lombarda tra ospedale, territorio e ricerca scientifica: un'eccellenza che si consolida

L

a legge regionale 14 dicembre 2021, n. 22 rappresenta una tappa importante nel processo di evoluzione del Sistema Sociosanitario lombardo. Processo che, a partire dalla storica riforma del 1997 – che, per prima, ha rimarcato le peculiarità di un Sistema da sempre “faro” del Paese – non si è mai fermato, riuscendo ad anticipare soluzioni e modelli poi adottati a livello nazionale.

Si tratta, del resto, di una modalità

di lavoro e, direi, di una capacità di visione che connotano fortemente, in tutti i settori, l'operato di Regione Lombardia. Basti pensare al Programma di interventi per la ripresa economica approvato con legge regionale n. 9 del 4 maggio 2020, il cosiddetto “Piano Lombardia”, che, ben prima degli interventi europeo e nazionale, ha iniettato nell'economia lombarda 400 milioni di euro per interventi strutturali a beneficio di un territorio gravemente colpito dalla pandemia.

Le risorse sono poi cresciute, nel 2021 e nel 2022, di 3,86 miliardi di euro, assicurando la realizzazione, entro il 2027, di opere strategiche del valore di oltre 6 miliardi. Anche per la Sanità la Regione non si è certamente limitata a beneficiare degli stanziamenti del PNRR (pari a circa 1,2 miliardi di euro), ma ha aggiunto a questi ben 800 milioni di risorse proprie per por-

tare a compimento il progetto di rimodulazione del proprio Sistema Sociosanitario, già fortemente “ridisegnato” dalla legge regionale n. 23 del 2015.

La riforma da ultimo approvata, infatti, rappresenta la naturale evoluzione del modello delineato nel 2015 e porta a compimento obiettivi in parte definiti e realizzati già prima della crisi pandemica. Basti pensare ai Presidi Ospedalieri Territoriali (POT) e ai Presidi Socio Sanitari Territoriali (PRESST), precursori delle Case e degli Ospedali di Comunità e il cui sviluppo era stato approvato dalla Giunta regionale nel luglio del 2019.

E, ancora, si pensi al sistema di prenotazione centralizzato, introdotto, su proposta della Giunta, con l’art. 34 della legge regionale 6 giugno 2019, n. 9.

La pandemia ha sicuramente accelerato il processo di revisione del nostro Sistema Sociosanitario, procurando sì una cospicua dose di risorse, ma soprattutto una “lettura” diversa dei bisogni di salute, fatta attraverso le “lenti” sofferte della crisi più drammatica dell’era repubblicana.

Ed è proprio su tale nuova visione che si basano alcuni dei principi portanti della nuova legge, primo tra tutti quello del “One Health”,

ossia di un approccio che considera la protezione e la promozione della salute in una logica di stretta relazione tra uomo, ambiente e animali, secondo una declinazione promossa dall’OMS e che fa della prevenzione e della sostenibilità ambientale i pilastri portanti di un welfare moderno e incisivo.

Un welfare che, ponendo al centro la persona, richiede una forte sinergia tra Regione, Aziende sanitarie e Istituzioni locali: da qui il potenziamento dei distretti che, con una popolazione di circa 100.000 abitanti, costituiranno il bacino di riferimento non solo per una corretta programmazione dell’offerta sanitaria, ma anche per una erogazione delle prestazioni efficace e accessibile, connotata dalla integrazione dei professionisti sanitari e dalla collaborazione tra questi e gli assistenti sociali.

Nei distretti – e quindi nel polo territoriale delle ASST – si collocano le 216 Case di comunità, strutture polivalenti distribuite in modo capillare sul territorio (una ogni 50.000 abitanti), che diventano un punto di riferimento continuativo per i cittadini, a cui garantire le funzioni di assistenza sanitaria primaria e le attività di prevenzione. In esse operano team multidisciplinari che comprendono i medici di medicina generale e



La riforma approvata rappresenta l'evoluzione del modello e porta a compimento obiettivi in parte definiti e realizzati già prima della crisi.

che erogano prestazioni sanitarie e sociosanitarie ambulatoriali e domiciliari a bassa intensità, garantendo l'integrazione delle attività sanitarie e sociosanitarie con i servizi sociali di competenza degli enti locali.

Sempre nei distretti avranno sede i 71 Ospedali di comunità, strutture destinate a ricoveri brevi per pazienti che hanno bisogno di interventi sanitari a bassa intensità clinica e che contribuiscono a garantire cure più appropriate, riducendo, per esempio, gli accessi impropri al pronto soccorso o ad altri servizi sanitari.

L'orientamento all'interno di questa rete d'offerta territoriale – alla quale si affiancano, per le fasi acute di patologia, i poli ospedalieri delle ASST e gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico – è facilitato dalle 101 Centrali Operative territoriali che hanno il compito di coordinare i servizi domiciliari con quelli sanitari e socioassistenziali e di assicurare al paziente la continuità di cura nelle varie fasi della malattia.

La programmazione delle attività

sul territorio – e quindi la preliminare definizione dei bisogni di salute della comunità di riferimento – viene svolta con il coinvolgimento della Conferenza dei sindaci, elemento, questo, che connota fortemente la visione trasversale e sinergica che si vuole imprimere alla Sanità lombarda.

Trasversalità e sinergia che trovano concretezza nella valorizzazione del volontariato – da sempre pilastro irrinunciabile della nostra Sanità – delle associazioni dei pazienti, del Terzo settore, delle Organizzazioni sindacali.

Una visione, quindi, fortemente orientata al paziente, ma, allo stesso tempo, decisamente protesa all'innovazione e alla ricerca scientifica.

In questo senso, la creazione di network di ricerca e il consolidamento del rapporto, già proficuo e costruttivo, con le Università della nostra Regione saranno fattori determinanti per il mantenimento dei livelli di eccellenza della Sanità lombarda.

Proprio in tema di innovazione, non posso non ricordare la recen-



Il miglioramento dell'assistenza ospedaliera e territoriale non passa soltanto attraverso la creazione di nuove strutture.

tissima istituzione, presso l'Ospedale Sacco di Milano, della prima Agenzia italiana per la prevenzione e il controllo delle malattie infettive, anch'essa prevista dalla legge regionale 22/2021.

Una struttura d'avanguardia che, in Rete con analoghe strutture estere, sarà lo strumento del Paese per lo studio delle malattie infettive e per la preparazione e la risposta alle emergenze sanitarie.

Tanto altro vi sarebbe da dire su quella che non è una riforma vera e propria, ma semplicemente una evoluzione ragionata e responsabile di un Sistema altamente performante e competitivo.

Mi piace, però, sottolineare che il miglioramento dell'assistenza ospedaliera e territoriale non passa soltanto attraverso la creazione di nuove strutture, seppure importanti, ma richiede una profonda revisione dei processi organizzativi, una reale integrazione delle professionalità, un uso efficace dei tantissimi dati di cui disponiamo, una semplificazione reale delle tante pastoie burocratiche che adombrano e minano gravemente

il cuore della nostra missione: la cura dei malati e la prevenzione delle malattie.

Per questo, Regione Lombardia intende investire fortemente sulla formazione degli operatori, a ogni livello, per creare quella "nuova cultura" che sarà il terreno fertile del Sistema che stiamo costruendo nel tempo.

In tale contesto, è oramai ineludibile l'attuazione della autonomia differenziata prevista dall'art. 116 della Costituzione, quale primo, fondamentale strumento per il superamento di vincoli non più comprensibili (primo tra tutti quello sulle assunzioni del personale medico e infermieristico) e per lo sviluppo e la messa a disposizione del Paese, senza costi aggiuntivi, dei sistemi regionali più maturi.

FRANCESCO LONGO

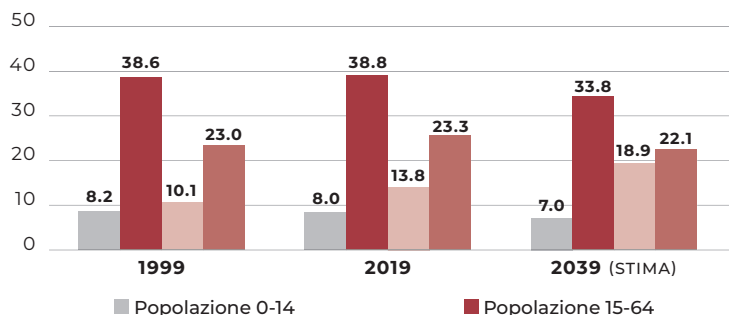
Professore di Management Pubblico e Sanitario,
CERGAS – SDA Università Bocconi

La matrice di cambiamento del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza per il SSN

Lo scenario sociale del SSN

L'Italia è contemporaneamente il Paese con una delle più basse natalità al mondo (1,2 figli per donna: ne servono 2,2 per tenere la popolazione stabile) e con una delle più alte speranze di vita nel confronto internazionale. Questo determina il trend strutturale di

un Paese in riduzione numerica e sempre più anziano. Nel 2019 abbiamo registrato 25,9 milioni di lavoratori e 13,8 milioni di pensionati, ovvero un rapporto uno a due. L'Istat prevede per il 2039 22 milioni di lavoratori e 19 milioni di pensionati, un rapporto chiara-



Fonte: Istat, previsioni demografiche. Il numero di occupati 2039 è calcolato ipotizzando come costante (65%) il rapporto tra occupati e popolazione 15-65.

mente non sostenibile dal punto di vista sociale, economico e politico. Proprio perché il nostro deserto demografico è un tabù nell'agenda collettiva, le conseguenze ricadono direttamente sul SSN, con una inevitabile e progressiva riduzione della base imponibile – e quindi di risorse pubbliche disponibili – combinata a un inevitabile aumento dei bisogni dovuti all'invecchiamento.

Questo spiega perché la programmazione del governo preveda dal 2024 il parametro del 6,5% di spesa pubblica sul PIL per il SSN, 50% in meno di francesi e tedeschi, che si posizionano al 9% del PIL.

A sua volta, questo dato chiarisce le determinanti dei 40 Mld di *spesa out of pocket* all'anno, ovvero 700 euro per persona e 2.800 euro per una famiglia di 4 persone.

La seconda diagnosi chiama in causa la cronicità. Considerando una speranza di vita di 82 anni e la probabilità del 50% di sviluppare una malattia cronica al cinquantacinquesimo anno di età, si può affermare che un italiano su due in media convive con la cronicità per 27 anni.

Nello scenario della cronicità, il 90% delle cure sono assunte in modo autonomo dal paziente lontano dallo sguardo di un professionista. Questo dato va letto tenendo

a mente che l'aderenza alle terapie spiega almeno il 50% degli esiti di salute.

Il quadro deve poi essere arricchito dalla constatazione che il 6% degli italiani (3,8 milioni di persone) versa in condizioni di non autosufficienza.

Di queste solo il 10% è seguito in struttura, mentre 3,5 milioni sono assistiti in casa, con il sostegno di 1,1 milione di badanti (doppiando i dipendenti del SSN, che ammontano a 650.000).

Venendo alla composizione delle strutture di offerta, va registrato che il processo di razionalizzazione ha fatto passi da gigante negli ultimi 20 anni, riducendo e concentrando i posti letto e i primariati per ottenere la casistica minima indispensabile per avere la *clinical competence* in ogni reparto.

In questo quadro migliorato rimangono però il 30% delle unità operative ancora troppo piccole e 9.000 spazi di erogazione territoriali (uno ogni 6.000 abitanti). Questa frammentazione residua va letta insieme con la progressiva crescente carenza di personale medico e infermieristico e con l'attesa crescita esponenziale delle modalità erogative digitali da remoto.

In questo scenario quali sono le innovazioni che propone il PNRR per il SSN?

Gli assi di innovazione previsti dal PNRR

Il PNRR propone una matrice d'innovazione a due assi: uno verticale e uno orizzontale. L'asse verticale prevede la costruzione di nuovi edifici, nuovi setting assistenziali, l'investimento in grandi macchine, il rinnovo infrastrutturale degli ospedali, soprattutto quelli che non sono in sicurezza dal punto di vista sismico o a causa di altri coefficienti di rischio. Possiamo affermare fin da subito che, in quanto a muri e tecnologie, il Piano destina notevoli risorse.

C'è poi l'asse orizzontale, ambizioso, che mira a innovare in maniera significativa il format dei servizi e di conseguenza i processi di lavoro e le competenze disponibili nel sistema.

Un esempio significativo è quello del Fascicolo Sanitario Elettronico, che secondo le intenzioni del PNRR dovrebbe diventare il canale unico con cui i cittadini (almeno quelli dotati di competenze digitali sufficienti) possono effettuare prenotazioni e ottenere referti, evitando di doversi recare fisicamente in un ospedale o centro medico.

Abbiamo quindi una matrice di innovazione imperniata sull'as-

se verticale, che riguarda muri e macchine, e una sviluppata sull'asse orizzontale, che mira a realizzare nuovi format di servizi, processi di lavoro e competenze.

Si osserva una dinamica interessante: tutti gli incentivi statali e le metriche di valutazione si focalizzano sull'asse verticale e, di contro, sono disattenti rispetto a quello orizzontale.

Dal mio punto di vista di aziendalista e di convinto sostenitore dell'economia regionale, questa è una buona notizia perché il cambiamento nasce più probabilmente dal basso, nel micro.

Basti guardare a come, nel campo dell'innovazione digitale, molto spesso i propulsori siano le piccole *startup*, che poi magari in un secondo momento vengono acquisite da un grande *player* già affermato.

Il fatto che in campo sanitario l'innovazione non sia ancora regolata ma sia lasciata sostanzialmente all'autonomia delle Regioni o delle Aziende sanitarie pubbliche può essere una buona notizia, se questo spazio di libertà verrà popolato da un necessario spirito imprenditoriale.

Una trasformazione trascinata dalle avanguardie regionali

In che senso l'asse verticale ha chiari incentivi, metriche e tempistiche?

Per ciascuno dei propri blocchi finanziari, il PNRR ha previsto delle tappe precise, un cronoprogramma esteso su cinque anni entro i quali devono succedere precisi accadimenti affinché le risorse dell'Unione Europea fluiscono davvero al nostro Stato. A oggi tutte le tappe definite a monte sono state rigorosamente rispettate, anzi siamo addirittura in vantaggio di un mese in ambito sanitario.

Per fare un esempio, nella Missione 6 sono previste 1.350 Case della Comunità e tutte le Regioni sono state invitate a individuare gli indirizzi civici dove sorgeranno. Tali indirizzi sono già stati tutti individuati, consegnati ufficialmente al Ministero della salute e ad Agenas, deliberati e messi all'interno di un contratto interistituzionale tra Stato e Regione. I tempi previsti per questo processo sono stati rigorosamente rispettati.

I prossimi tempi da rispettare

sono quelli delle progettazioni esecutive per riuscire a realizzare questi setting. Poi ci saranno quelli degli appalti, della costruzione e così via. Insomma, il rispetto di metriche precise impone l'identificazione di luoghi, la definizione di progetti, l'esecuzione di gare e l'assegnazione degli appalti con precisi tempi da rispettare per poter intercettare i fondi dell'Unione Europea, che passeranno allo Stato italiano e da qui alle Regioni e infine alle aziende. Al contrario, sull'asse orizzontale a oggi non sono stati definiti con accuratezza tempi e tappe, e dunque c'è una grande autonomia di azione. Ma questa è, probabilmente, una situazione ragionevole perché il nostro Sistema Sanitario Nazionale è abituato a sperimentare al suo interno, tra le varie Regioni, una grande discrepanza di competenze, di modelli di servizio e di processi erogativi.

Il nostro SSN si è sviluppato non per convergenza bensì spinto dalle avanguardie di Regioni come Veneto, Lombardia, Emilia-Romagna e Toscana che hanno tra-

scinato le Regioni la cui Sanità è meno avanzata, più debole. Questa impostazione, chiaramente, pone significativi problemi sul piano dell'equità ma è il risultato del modello di sviluppo che si è imposto storicamente.

Giusto o sbagliato che sia, il nostro SSN non riesce a procedere verso la convergenza e tuttavia riesce a progredire e lo fa con un certo margine di autonomia

sull'innovazione dei processi, delle competenze, della riforma dei servizi. Anche con il PNRR possiamo aspettarci che le Regioni forti spingeranno di più sull'acceleratore, saranno in grado di produrre innovazioni più profonde e faranno da pilota per le altre.

Dunque, le questioni relative alle metriche e ai processi da attivare dovranno essere affrontate all'interno dei singoli contesti regionali.

Nuovi servizi richiedono nuovi processi e competenze

L'indirizzo del PNRR si basa fondamentalmente su due grandi intuizioni.

La prima è la necessità di prendere in carico i pazienti cronici, mentre la seconda è quella di portare le cure, il più possibile, vicino agli assistiti, nei loro domicili.

I pazienti cronici sono una popolazione di circa 24 milioni di persone, che rappresenta circa il 38% degli italiani, e tra costoro ci sono anche 3,8 milioni di pazienti fragili non autosufficienti.

La maggior parte di essi non si trova all'interno di strutture di assistenza ma viene seguita a casa, dai propri familiari.

Ora, finalmente, con il PNRR si stabilisce che è il SSN a prendersi cura di questi pazienti attraverso un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) che definisca quali siano le prestazioni di cui la persona avrà bisogno nel corso di un anno. La creazione del PAI consentirà di evitare ai pazienti di doversi spostare da un luogo e da un servizio all'altro, di risparmiare il disagio di dover richiedere una ricetta al proprio medico per poi rivolgersi a un Cup e scoprire magari che i tempi di attesa per la prestazione sono lunghissimi.

Il PAI ha l'ambizione di diventare un sistema che segue il cittadino,



Con gli incentivi, la collaborazione tra Regioni e Aziende sanitarie e progetti ben definiti, i prossimi anni potrebbero essere entusiasmanti.

raccogliendo le prenotazioni degli esami da effettuare, i farmaci da assumere e anche indicazioni sullo stile di vita e gli esiti clinici intermedi.

Per la digitalizzazione di tutti questi processi sono state introdotte numerose risorse, veri e propri nuovi format di servizi che però richiedono, per funzionare, anche nuovi processi di lavoro.

È necessario che ospedalieri, specialisti ambulatoriali territoriali e medici di medicina generale si accordino sulla divisione delle responsabilità, per esempio su chi sia il deputato alla stesura del PAI (e questa scelta dipenderà probabilmente dalla gravità della patologia del paziente).

Dunque, non si tratta solo di definire nuovi servizi, bensì di strutturare nuovi processi erogativi dei servizi stessi, basati su nuove reti professionali e competenze. Si prevede che per la futura assistenza territoriale ci dovrà essere un infermiere di famiglia e comunità ogni tremila abitanti.

Dovremo quindi avere circa 20.000 professionisti che si occu-

peranno di fare *case management*, ovvero controlleranno l'aderenza alle terapie prescritte nel PAI e, laddove non siano rispettate, interverranno aiutando i cittadini a seguire le indicazioni su prescrizioni di farmaci, visite ed esami.

A tal proposito, le Regioni e le aziende devono attuare in piena autonomia due grandi processi organizzativi di innovazione che davvero faranno la differenza, decretando se le Case della Comunità saranno il frutto di soldi ben spesi oppure cattedrali nel deserto.

Il primo è il processo di riprogrammazione dell'allocazione del personale: a oggi in Italia abbiamo nel territorio del Servizio Sanitario Nazionale circa novemila spazi ambulatoriali, mentre le Case della Comunità dovranno essere in numero compreso tra 1.350 e le 2.400.

Come facciamo a passare da novemila spazi a circa duemila, centinaia più o centinaia meno? Chiaramente, più riusciremo a razionalizzare e più libereremo risorse, e anziché avere piccoli spazi ambulatoriali dispersi e privi di

contenuti potremo concentrare in un minor numero di luoghi dei nuovi servizi, supportati da budget e anche da personale.

Da questi luoghi, per tutte le attività che non richiedono un incontro di persona (come la verifica della corretta aderenza a una terapia) si potrà fare ampio ricorso alla telemedicina.

Il secondo processo da attivare riguarda la re-ingegnerizzazione di questi processi, ma forse dovremmo definirla come una progettazione ex novo, perché si tratta di processi realmente innovativi. Questo è un terreno fertile per diversi soggetti, come chi vende piattaforme digitali e anche per molti professionisti del SSN, che sono chiamati a sviluppare competenze e ad apprendere nuovi mestieri (per esempio il citato case management, o la direzione delle future Case della Comunità e degli Ospedali di Comunità).

Un problema da affrontare è quello della definizione delle metriche con cui misurare il raggiungimento degli obiettivi.

Potremmo usare anche metriche molto semplici, come il conteggio dei pazienti per cui è stato realizzato un Piano Assistenziale Individualizzato, di quelli che lo utilizzano per le prenotazioni in *back office*, e soprattutto il numero

dei pazienti per i quali è stata aumentata l'aderenza alle terapie ed è stato ottenuto un miglioramento degli esiti clinici intermedi.

Oltre alla definizione delle metriche, bisogna puntare a mettere il sistema "sotto pressione" sulle due dimensioni dell'innovazione, orizzontale e verticale.

Dobbiamo tirare su muri, muovendoci sull'asse verticale, ma anche rinnovare i format dei servizi e i processi di lavoro sull'asse orizzontale.

Con i giusti incentivi, con la giusta collaborazione tra Regioni e Aziende sanitarie e con progetti ben definiti, i prossimi cinque anni di lavoro potrebbero essere entusiasmanti.

MASSIMO RUSSO

Magistrato, già Assessore alla Sanità della Regione Sicilia

Un'idea post pandemia per superare la frammentazione del SSN: l'holding delle Arnas, la rete degli Ospedali Nazionali



a pandemia da Covid ha colpito profondamente il nostro sistema sanitario, lo ha scosso sin dalle fondamenta. Ha aggredito in modo indifferenziato strutture, organizzazioni e sistemi regionali, come se, perversamente, avesse utilizzato la sua forza espansiva modulandola secondo i principi di uguaglianza e universalità del nostro sistema sanitario, non risparmiando niente e nessuno. La crisi pandemica ha mostrato in

modo lampante tutti i limiti strutturali del nostro Servizio Sanitario Nazionale: le Regioni, con i propri sistemi sanitari, sono andate in ordine sparso a fronte dell'indifferibilità di una strategia e di una risposta unitaria dinanzi al repentino diffondersi della pandemia. Ora, responsabilmente, è tempo di analisi e di riflessione sulle criticità emerse a fronte dell'eroico e ammirevole impegno profuso da tutti i sanitari, medici, infermieri e personale vario, a cui va rivolto con immensa gratitudine un forte e sentito ringraziamento.

Occorre, innanzitutto, consolidare i percorsi di sicurezza per fare tornare il Paese alla normalità, e indirizzare il governo della Sanità verso obiettivi di modernizzazione dei suoi processi di assistenza e cura sfruttando con efficacia e completamente le opportunità offerte dal PNRR, per non disperdere il valore inestimabile del nostro

Sistema sanitario pubblico e per rinsaldare la fiducia dei pazienti. In questa fase storica sono ancora molti gli interrogativi che si addensano sulla capacità di risposta del sistema sanitario non solo con riferimento ai gravi effetti della pandemia ma anche sulla capacità di ripristinare efficacemente le normali e ordinarie funzioni di assistenza e di cura dei pazienti, assicurando l'equità, l'universalità e l'uguaglianza nell'accesso.

Pur costituendo certamente un tema complesso e politicamente arduo, anche per i riflessi e le ricadute costituzionali, pare giunto il momento perché si avvii anche una profonda riflessione sulla natura strutturale del Sistema del Servizio Sanitario Nazionale, oggi articolato su 21 sistemi, 20 regionali e uno provinciale, i cui limiti sono emersi chiaramente durante la pandemia la quale, per converso, ha finito con il rimettere in discussione l'odioso paradigma tra Regioni buone e Regioni cattive, tra Regioni virtuose e Regioni "canaglia", sino a ieri brandito per accreditare interventi normativi destinati ad amplificare le disuguaglianze tra Nord e Sud.

Urge, innanzitutto, rivedere la ripartizione delle competenze fra Stato e Regioni per rendere effettiva l'omogeneità dei livelli di assi-

stenza nelle diverse parti del Paese, ridefinendo un contesto di regole coordinate che consenta un rapporto di collaborazione fisiologica e non di contrapposizione (spesso conflittuale) tra Stato e Regioni, in grado di ottenere una unitarietà del sistema senza penalizzare l'autonomia delle Regioni.

Decentramento e responsabilità, i due capisaldi del federalismo, si devono iscrivere in un contesto unitario nazionale capace di garantire sia la sostenibilità complessiva del sistema, ma anche una tendenziale uniformità nelle prestazioni, attraverso la previsione di interventi per impedire che la qualità delle prestazioni sanitarie sia condizionata dal fattore territoriale dell'appartenenza, qual è appunto la residenza, in coerenza con l'art 117 della Costituzione che stabilisce che *"competete allo Stato la legislazione esclusiva nella determinazione dei livelli essenziali di assistenza delle prestazioni che devono essere garantite su tutto il territorio nazionale"*.

Se è vero che con la Riforma del 2001 del Titolo V della Costituzione la TUTELA della SALUTE (Art. 117) è materia di legislazione concorrente tra Stato e Regioni, è anche vero che compete allo Stato, ex art. 117 lett. M, la legislazione esclusiva e primaria nella *"deter-*

minazione dei livelli essenziali concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale”.

La ricaduta di tale principio costituzionale sta proprio nel ruolo del Ministero della Salute, chiamato istituzionalmente a *“garantire a tutti l’equità del sistema, la qualità, l’efficienza e la trasparenza” e a “evidenziare le disuguaglianze e le iniquità, promuovendo le relative azioni correttive e migliorative, collaborando con le Regioni nella valutazione e nel miglioramento delle realtà sanitarie”.*

E in questo contesto storico è più che mai necessario che tali funzioni di coordinamento siano svolte con la massima efficacia, energia e intransigenza. D'altra parte, la tutela della salute, al pari delle altre funzioni fondamentali dello Stato (sicurezza, ordine pubblico, giurisdizione, istruzione, economia) esige una precisa matrice unitaria che, tuttavia, è stata innegabilmente compromessa dal modo in cui è stato applicato nel nostro Paese il federalismo sanitario.

Ora, pur nell'attuale assetto costituzionale nel quale è definito il suddetto sistema federale, e nell'attesa che l'auspicata riflessione determini la maturazione di una volontà politica per procedere all'opportuna revisione della Co-

stituzione sul tema fondamentale della riorganizzazione del sistema della tutela della salute, possono configurarsi, a livello di normazione primaria e secondaria, mirati interventi per riaffermare concretamente l'unitarietà del sistema sanitario nazionale e l'effettività dei suoi principi costitutivi, anch'essi di matrice costituzionale.

In tale ottica si iscrive coerentemente la proposta di configurare un'articolazione gestionale avente il fine di collegare organizzativamente, con le opportune connessioni strutturali e funzionali, le aziende sanitarie ospedaliere di rilievo nazionale e di alta specializzazione individuate dalle Regioni e costituite ai sensi del D. Lgs. n. 502 del 30 dicembre 1992 – *le cc.dd. ARNAS oggi presenti sul territorio della maggior parte delle Regioni in numero di 40* – affidandone la direzione e, comunque, l'effettivo coordinamento al Ministero della Salute.

Si tratta, in altri termini, di mettere a sistema l'operatività di tali aziende la cui connotazione è proprio quella di offrire un set di prestazioni di alta specializzazione, assumendo proprio per questo, un rilievo ultraregionale nell'offerta sanitaria, definendolo organizzativamente all'interno di un unico apparato coordinato e



Possono configurarsi mirati interventi per riaffermare l'unitarietà del sistema sanitario nazionale e l'effettività dei suoi principi.

gestito unitariamente con la creazione di un *network* aziendale ad alta specializzazione e ad alto contenuto di innovazione tecnologica all'interno di un processo di riorganizzazione in *holding*, dando in tal modo vita a una Rete sanitaria ospedaliera nazionale, ovviamente non sostitutiva ma fortemente complementare delle singole realtà regionali, con organizzazioni, strumentazioni, servizi, procedure, prestazioni, standard qualitativi che abbiano un'impronta comune, omogenea e uniforme. Tale modello organizzativo comporta, innanzitutto, un'incidenza assai rilevante sul fenomeno, di proporzioni non più accettabili, della mobilità passiva che grava soprattutto sulle Regioni meridionali a beneficio di poche Regioni del nord.

Il fenomeno ha varie cause; una è certamente quella della non fisiologica differenziazione sul territorio nazionale del funzionamento del sistema della tutela della salute: ogni anno vi è un importante flusso di mobilità passiva dal Sud verso il Nord per prestazioni di alta specialità, che genera molti disagi,

costi sociali e soprattutto incide negativamente sul rapporto fiduciario che deve esserci tra l'utente e il proprio servizio sanitario.

In tale ottica la Rete nazionale delle Arnas avrebbe certamente l'effetto di infrenare strutturalmente la mobilità per le prestazioni ad alta complessità: e ciò perché, una volta assestatosi il sistema, ciò che prima era offerto, per esempio in un'Arnas di Milano, verrebbe offerto uniformemente, con le stesse caratteristiche qualitative di efficacia e appropriatezza, dall'Arnas di Palermo, facendo venire meno l'interesse del paziente a spostarsi dal proprio territorio.

In ogni caso, quantunque decidesse di muoversi per avere la prestazione sanitaria da altro punto territoriale della Rete nazionale, non si configurerebbe, in termini economici, alcuna "mobilità" in quanto la *holding* cui fa capo la Rete nazionale delle Arnas sarebbe finanziata direttamente dal Fondo Sanitario Nazionale con imputazione a essa di una pertinente quota del fondo (in prima battuta ammontante alla somma comples-



I valori del nostro SSN devono inverarsi
in scelte volte al diritto di uguaglianza
tra i cittadini nella tutela della salute.

siva dei singoli budget destinati alle singole Arnas dalle rispettive Regioni) prima del riparto alle singole Regioni. Le prestazioni offerte da quelli che potremmo definire gli “Ospedali Nazionali” non ricadrebbero dunque nel sistema TUC, la tariffa unica convenzionale con cui le Regioni hanno regolato la compensazione interregionale della mobilità sanitaria. Al Ministero della Salute dovrebbe competere la gestione della *holding* e il coordinamento operativo della Rete degli ospedali d'intesa con le Regioni, provvedendo:

- alla nomina dei vertici amministrativi e aziendali delle singole Arnas, possibilmente da individuare da un apposito albo;
- alla predisposizione di comuni percorsi formativi per il personale impiegato, sanitario e amministrativo;
- a garantire la possibilità dello scambio e della destinazione del personale all'interno della Rete;
- a favorire il costante scambio di dati, procedure, risultati tra tutti i punti della Rete;
- ad avviare e gestire l'informa-

tizzazione e digitalizzazione delle procedure e dei servizi dell'intera Rete;

- alla predisposizione degli apparati strumentali in modo conforme a tutte le realtà regionali, tenuto conto dei bacini di utenza;
- a conformare, anche dal punto di vista edilizio e architettonico, le singole strutture avviando il relativo processo di standardizzazione per la riconoscibilità dell'“Ospedale Nazionale”;
- a gestire i finanziamenti non rinvenienti dal FSN, a cominciare da quelli del PNRR.

È un'idea che merita momenti di riflessione ed elaborazione tecnica ma che configura un'importante e non più rinviabile percorso di cambiamento coerente con i valori del nostro sistema sanitario nazionale che, al di là delle pompose enunciazioni, devono inverarsi in concrete scelte organizzative capaci di realizzare in maniera compiuta il sacrosanto diritto costituzionale di uguaglianza tra cittadini nel settore più delicato e fondamentale della tutela della salute.

SERGIO PILLON

Vice Presidente Associazione italiana di Sanità Digitale
e Telemedicina

La telemedicina, un elemento portante della Missione 6 del PNRR e uno strumento di reale innovazione dei processi assistenziali

L

a Telemedicina, o meglio salute e cure digitali, o telesalute, come viene definita nei Paesi anglosassoni, è certamente il centro della missione 6 del PNRR. Purtroppo, il termine o i termini, sono poco compresi nel dettaglio, basti, a titolo di esempio, vedere che alcune grandi organizzazioni private offrono il “teleconsulto” intendendo offrire in realtà quello che definiamo come televisita. Di base si tratta di aggiungere il prefisso *tele* per definire una

prestazione in cui chi la eroga non è nella stessa sede di chi la riceve. *Tele* e poi aggiungeremo -visita, -monitoraggio, -assistenza, -refertazione, -consulto, -riabilitazione -screening e molto altro, ma in questo modo definiamo solo il contenuto sanitario. Per approfondire il tema dobbiamo aggiungere il contesto fisico dove avviene la prestazione, il domicilio, la casa della comunità, tra ospedale ed ospedale della comunità, nello studio del MMG, tra ospedali per acuti, grandi e piccoli, nelle RSA. Dobbiamo anche aggiungere il contesto clinico, in emergenza, per esempio da una ambulanza con il PS, tra PS, in urgenza, tra PS di primo livello ed una *stroke unit* o una emodinamica, o come consulenza ordinaria, poi bisogna tenere conto delle competenze digitali di chi fruisce del servizio, giovani, anziani, infermieri, medici, tecnici. L'ultimo tema è la patologia, o le patologie da cui è colpito il paziente su cui si vuo-



La Televisita deve essere declinata in un modello organizzativo che va ben oltre la semplice videoconferenza con il paziente.

le attivare il servizio. Per sintetizzare, per progettare un servizio di telemedicina è necessario definire:

1. Cosa, quale prestazione o quali vogliamo offrire con il prefisso TELE.
2. Dove, domicilio, studio del MMG, RSA, case della comunità, ospedali...;
3. Quando, in emergenza, urgenza, consulenza...;
4. A chi è rivolto quel servizio, da chi è offerto, quali competenze digitali sono necessarie per fruirne;
5. Per quale tipologia di paziente, per quali patologie è prioritario attivare un servizio, considerati tutti i temi precedenti.

Un secondo tema da considerare sono le criticità che si presentano quando si decide di attivare un servizio di telemedicina, pur avendo tenuto conto in dettaglio delle cinque condizioni descritte.

La prima criticità è l'assenza di un quadro normativo chiaro di riferimento, in quanto le norme, pur in presenza di delibere regionali e un accordo nazionale, debbono sempre essere legate ai contesti

specifici. Abbiamo a disposizione piattaforme per la telerifertazione e il teleconsulto, ma le procedure, gli adempimenti relativi al rischio clinico, al GDPR, i modelli organizzativi ecc. devono essere definiti chiaramente e inseriti in delibere aziendali da pubblicare sulla Intranet. Allo stesso modo la Televisita, al di là dei singoli contesti specialistici, deve essere declinata in un modello organizzativo che va ben oltre la semplice videoconferenza con il paziente.

La seconda criticità è l'infrastruttura tecnologica, locale e regionale; fino a prima del COVID la telecamera e il microfono in un PC dell'ambulatorio erano possibili rischi per la sicurezza, oggi sono indispensabili, una banda a volte insufficiente o senza una attenta gestione delle priorità, *firewall* inadeguati, *hardware* obsoleto o non disponibile o posizionato in modo inadeguato, per esempio davanti a una finestra fino alla difficoltà per la *cybersecurity* al recente *hacking* dei server regionali. La terza criticità sono le competenze digitali scarse degli operatori

sanitari, a partire dalla *cybersecurity*, alla mancanza di competenze su SPID ma anche sull'uso dei principali applicativi usati per le *conference call* o per la ricetta dematerializzata.

La quarta è la resistenza al cambiamento degli operatori sanitari, disponibili a chattare con i pazienti con Whatsapp ma poco disponibili ad adottare un modello strutturato, che va dalla prescrizione alla referenziazione. È necessario lavorare per superare tutti questi ostacoli prima di poter avviare un qualsiasi progetto di Telemedicina.

Cosa chiedono i pazienti? L'indagine "La Sanità del futuro: i messaggi delle associazioni di pazienti per l'epoca Covid-19", condotta dal Patient Advocacy Lab (PAL) di ALTEMS – Università Cattolica del Sacro Cuore, presenta il quadro delle aspettative che le associazioni hanno espresso dopo mesi e mesi di impegno accanto a malati cronici e fragili, per lo più privati di supporto e assistenza da un servizio sanitario concentrato sul COVID 19. Sono esse stesse a indicare l'uso della telemedicina (dal teleconsulto alla televisita, dalla telecollaborazione alla telerefertazione) come una delle nove priorità di un servizio sanitario rinnovato, che fa tesoro della lezione del COVID e guarda al futuro verso una umanizzazione

2.0 delle cure. Le aspettative dei pazienti per l'evoluzione del servizio sanitario sono:

- Dematerializzazione delle ricette per farmaci e presidi terapeutici;
- Distribuzione di farmaci e dei presidi a domicilio;
- Semplificazione burocratica;
- Sostegno psicologico;
- Telemedicina;
- *Patient involvement*;
- Assistenza sociosanitaria e domiciliare e medicina del territorio;
- Reti di patologia
- *Care management*;

È evidente come le aspettative dei pazienti "soffrono" anche del divario di competenze digitali.

Chiedere "telemedicina" è una richiesta difficile da esaudire se non viene dettagliata, ma le reti di patologia sono un punto centrale della digitalizzazione delle cure.

Per concludere questo breve excursus, è evidente come non si tratti di un problema facile, l'innovazione dei processi assistenziali richiede equità e non semplicemente uguaglianza; equità vuol dire a sua volta creare servizi "su misura" e il digitale è una grandissima opportunità per una medicina personalizzata, per una medicina della persona e non della cronicità, per curare il singolo e non il cronico. E questo è reso possibile solo attraverso il digitale e i dati.

ANNA ROLI

Direttore S.C. Sistema Qualità, formazione e protezione dei dati dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano

Il trattamento dei dati personali in Sanità: il contesto attuale e le opportunità future



dati sanitari, categorie particolari di dati personali, sono necessariamente trattati da più soggetti fisici o giuridici ai fini di tutela della salute privata e pubblica, di ricerca scientifica e di programmazione sanitaria e valutazione dell'assistenza. Già questo fa emergere una duplice necessità: la tutela rafforzata rispetto a indebite ingerenze e strumentalizzazioni, trattandosi di informazioni descrittive della più individuale e intima identità

di una persona; la condivisione, in quanto patrimonio informativo per lo sviluppo del sistema sanitario in tutte le sue componenti.

Il trattamento dei dati sanitari ha un preciso riferimento nella disciplina giuridica europea e nazionale. Il Regolamento (UE) 2016/679¹ ha previsto le garanzie comuni in Europa per la protezione della persona e la circolazione dei suoi dati personali, fondandole sul rispetto di principi e diritti dell'interessato, nonché sull'approccio *risk based* del Titolare per le misure di sicurezza, da comprovare (*accountability*).

Il Regolamento stesso, tuttavia, limita la disciplina comune laddove, in più punti, richiama il diritto degli Stati membri. A livello nazionale, il diritto è stato rappresentato innanzitutto dal Decreto n.101/2018², che ha portato alla modifiche del "Codice"³ e ai Provvedimenti del Garante per la

protezione dei dati personali sulle Prescrizioni per il trattamento delle categorie particolari⁴ e sulle Regole deontologiche⁵, con un impegno anche sulle misure di garanzia per il trattamento dei dati genetici, biometrici e relativi alla salute⁶.

Quanto precede può far comprendere la frammentazione e sovrastruttura della disciplina giuridica sulla privacy, con la conseguente difficoltà di *accountability* per il Titolare, soprattutto se tratta dati personali in organizzazioni che sommano, o integrano, finalità diverse e se, come ora, le interpretazioni non sono ancora complete o sembrano eccedere nella tutela. Consideriamo alcune situazioni, sia relative alla tutela della salute, che alla ricerca biomedica.

In materia di tutela della salute si è osservato che, nella gestione della pandemia da Covid-19 le disposizioni del Regolamento integrate da una celere e organica disciplina nazionale, hanno portato a un positivo bilanciamento della condivisione dei dati sulla salute, circoscritta e calibrata, e alla protezione delle persone da possibili classificazioni e discriminazioni, evidenziando il ruolo della privacy nella *governance* della salute pubblica e transfrontaliera. Questo approccio sarebbe necessario

anche nella gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici, ormai trasversali ai *setting* di cura e centrati sulla persona nel suo continuum di prevenzione, predizione, diagnosi, trattamento, riabilitazione e palliazione. È urgente adottare norme di legge che semplifichino il quadro d'insieme, favoriscano la circolazione dei dati tra i professionisti coinvolti nella cura, anche se “fisicamente distanti”, considerino i progressi tecnologici di sicurezza informatica.

In materia di ricerca scientifica, si rileva un particolare favore del Regolamento europeo, che prevede l'ammissibilità di esenzione degli obblighi informativi del titolare quando effettivamente sproporzionati, l'ottenimento del consenso per taluni settori se non è possibile individuare pienamente la finalità del trattamento, la base giuridica rilevante e, in quest'ultimo caso, l'esclusione del diritto di opposizione dell'interessato.

Prevede inoltre la presunzione di compatibilità dell'uso secondario dei dati nel caso di trattamento per fini ricerca scientifica, pur in presenza di garanzie adeguate.

Tutto questo però, non è ancora pienamente compiuto da interpretazioni ufficiali. Recentemente, con il provvedimento n. 238 del 30 giugno u.s.⁷, il Garante ha affrontato

il tema del consenso per settori di ricerca, previsto dal Considerando 33 del Regolamento e ripreso nelle Linee guida n. 5/2020 dell'EDPB (*European Data Protection Board*)⁸. L'occasione è stata l'istanza di consultazione preventiva per uno studio osservazionale prospettico, retrospettivo, con "registro" o "data base" dedicato e la previsione di futuri protocolli di ricerca con obiettivi specifici. Il Garante ha espresso il parere favorevole al trattamento dei dati personali, condizionato dall'acquisizione di un "consenso a fasi progressive". La finalità scientifica del data base non è stata ritenuta compatibile con le ulteriori finalità specifiche degli studi, come proposto dal Titolare. Il consenso dell'interessato dovrà essere granulare: acquisito separatamente per la prima finalità (il data base) e per le finalità ulteriori, man mano che vengono definite e implementate. Il consenso ampio al settore disciplinare, quindi, seppure corredato da informazioni sull'avanzamento della ricerca e delle sue finalità, con diritto di revoca in qualsiasi momento da parte dell'interessato, non sembrerebbe legittimare il trattamento dei dati per la ricerca *data driven*.

Nel parere del Garante si osserva che anche la base giuridica della consultazione preventiva per la

fase retrospettiva dello studio, in caso di impossibilità organizzativa a informare gli interessati, dovrà ripetersi a ogni ulteriore e specifica finalità del progetto di ricerca.

La ricerca biomedica in capo agli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), risente delle stesse difficoltà di lettura del Codice. Il legislatore nazionale, con l'art.110 bis, 4° comma, ritenendo "*strumentale* [il carattere] *dell'attività di assistenza sanitaria svolta dai predetti istituti rispetto alla ricerca*", dichiara che "*non costituisce trattamento ulteriore da parte di terzi il trattamento dei dati personali raccolti per l'attività clinica, a fini di ricerca, da parte degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, pubblici e privati*". Questa affermazione definisce compatibile la finalità iniziale (cura) con quella secondaria (ricerca) e ammette nel singolo IRCCS l'uso dei dati raccolti nel sistema informativo diagnostico terapeutico per svolgere ricerche biomediche. Il riferimento generale a "*trattamenti dei dati personali ai fini di ricerca da parte degli IRCCS*", farebbe intendere favorevolmente anche la comunicazione dei dati tra diversi Istituti, appartenenti al settore disciplinare di cura per il quale i dati sono stati raccolti. La ricerca, tuttavia, non può avere confini

condizionati dalla soggettività di IRCCS, sarebbe pertanto opportuna un'ufficiale interpretazione nei confronti delle università e gli altri enti di ricerca con finalità *no profit*, con i quali gli IRCCS conducono le ricerche, anche per ampliare la base informativa di inferenza statistica.

Da quanto sinora esposto emerge che il pieno potenziale dei dati sanitari per la cura e l'innovazione si potrebbe realizzare nel contesto di spazi comuni, come proposto dal Consiglio Superiore Sanità per la “Riforma dei Sistemi Informati-

vi Sanitari” e dalla Commissione europea per l’*“European health data space – Ehds”*.

Le garanzie del Regolamento e dei diritti dell'interessato, saranno i pesi per bilanciare in questi spazi gli usi primari e secondari dei dati, affinché il governo delle informazioni sanitarie sia lungimirante, disegnato sulla centralità della persona e della sua dignità. La normativa nazionale dovrà concorrere in modo lineare a tutelare le libertà, senza vanificare il potenziale conoscitivo per tutte le parti interessate.

¹ Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento e del Consiglio del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati).

² Decreto Legislativo 10 agosto 2018, n. 101, sopra citato.

³ Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n.196 recante il “Codice in materia di protezione dei dati personali”, modificato dal Decreto Legislativo 10 agosto 2018, n. 101, recante “Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 e successivamente integrato da ulteriori riferimenti legislativi nazionali.

⁴ Tra queste, in allegato n. 5 al Codice, le “Regole deontologiche per trattamenti a fini statistici o di ricerca scientifica” (G.U. del 14 gennaio 2019, n. 11), consultabili su www.garanteprivacy.it/codice.

⁵ Provvedimento recante le prescrizioni relative al trattamento di categorie particolari di dati, ai sensi dell'art. 21, comma 1 del d.lgs. 10 agosto 2018, n. 101, consultabili su <https://www.garanteprivacy.it/home/docweb/-/docweb-display/docweb/9124510>.

⁶ D. Lgs 196/2003, Art. 2-septies (Misure di garanzia per il trattamento dei dati genetici, biometrici e relativi alla salute)

⁷ Parere ai sensi dell'art. 110 del Codice e dell'art. 36 del Regolamento – 30 giugno 2022, consultabile su <https://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/9791886>

⁸ EDPB, “Linee guida 5/2020 sul consenso ai sensi del regolamento (UE) 2016/679”, versione 1.1 adottate il 4 maggio 2020.

LUCA MERLINO

Direttore Generale dell'Istituto Cardiologico Monzino di Milano

A proposito dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie. Stiamo guardando il dito o la luna?



Il sistema sanitario nazionale (SSN) italiano nasce (legge 833/1978) con l'obiettivo di garantire a tutti i cittadini il diritto alle cure (art. 32 della Costituzione) secondo il principio fondante dell'universalismo di accesso ai servizi.

Ancora oggi si può indubbiamente affermare che i cittadini che hanno bisogno di cure essenziali (Livelli essenziali di assistenza) riescono ad averle a carico del SSN ma sta diventando sempre più dif-

ficile accedere a certe tipologie di servizi; ci si riferisce soprattutto a quelli ambulatoriali e a quelli di ricovero che riguardano patologie a prevalenza alta o patologie che richiedono competenze e tecnologie di livello elevato e quindi "concentrate" in pochi centri ospedalieri sia pubblici sia privati accreditati.

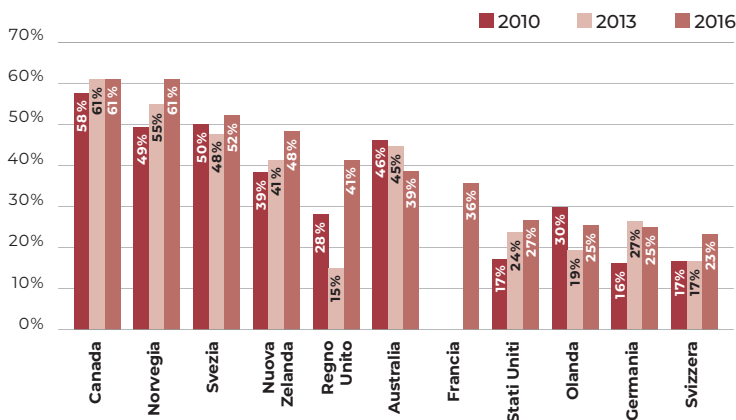
La misura ed il monitoraggio dei tempi di attesa è un indicatore fondamentale di accessibilità dei / ai servizi che è utilizzato in tutte le nazioni dove vigono sistemi sanitari nazionali di tipo universalistico, sia quelli finanziati con le tasse (Italia, U.K., Spagna, Paesi della penisola scandinava, Canada...) sia quelli finanziati con contributi ad hoc obbligatoriamente pagati dai lavoratori e dai datori di lavoro (Germania, Francia, Svizzera, Olanda...).

La figura sovraesposta, tratta da una recente pubblicazione dell'O-

ECD, fornisce una fotografia dei tempi di attesa molto trasversale tra le nazioni e dimostra una netta separazione in termini di tempi di attesa tra i Paesi il cui sistema sanitario è finanziato con le tasse (più lunghi) ed i Paesi il cui sistema sanitario è finanziato con contributi ad hoc versati ad assicurazioni di tipo *no profit* che non selezionano e differenziano gli assicurati in base al rischio di malattia (più brevi). Per necessità di sintesi concludo questo punto affermando che i sistemi di tipo contributivo hanno più possibilità (% di occupati alta, produttività industriale alta, PIL pro capite elevato) di aumentare nel tempo l'entità dei contributi e

quindi le risorse destinate alla Sanità, mentre i Paesi che finanziano il sistema sanitario con la fiscalità generale hanno maggiori difficoltà ad incrementare le risorse per la Sanità, in quanto la Sanità “compete”, ai fini del suo finanziamento, con gli altri ambiti del welfare, con le pensioni (per la gran parte ancora di tipo retributivo e quindi finanziate in prevalenza con i contributi dei lavoratori attivi e non con i contributi versati a suo tempo dai pensionati e dai loro datori di lavoro) e con tutti gli altri settori finanziati con la fiscalità (scuola, difesa, giustizia) In Italia negli ultimi 10 anni sono state emanate, da parte dello Stato

Tempo di attesa per una visita specialistica in alcuni Paesi del mondo



Fonte: calcoli OECD basati su sondaggi delle politiche sanitarie del Fondo Internazionale del Commonwealth



Il PNGLA affronta temi organizzativi e di tipo tecnologico ma non quello delle risorse per una erogazione ottimale delle prestazioni.

e, in termini attuativi, dalle Regioni, numerose direttive finalizzate ad un migliore governo dei tempi di attesa. Anche in questo caso per motivi di sintesi anticipo che le predette direttive affrontano quasi esclusivamente tematiche di tipo organizzativo (gestione delle agende di prenotazione), sanitario (definizione della corretta priorità della necessità per il paziente di avere le prestazioni entro tempi massimi e garantiti), e tecnologico (piattaforme condivise di prenotazione, estese su base regionale attraverso le quali i cittadini possono accedere alle agende ambulatoriali di tutti gli erogatori pubblici e privati accreditati in modo da avere la possibilità di scegliere tra diverse strutture e tra differenti tempi di attesa).

Un cittadino che legge le norme emanate in tema di governo dei tempi di attesa è indotto a pensare che gli stessi (soprattutto la loro crescente lunghezza) siano di prevalente, se non esclusiva, responsabilità delle strutture che erogano le prestazioni con riferimento a loro supposte inefficienze e a loro

supposti intenti opportunistici finalizzati ad ottenere profitto con il minimo sforzo rendendo ad arte difficoltoso l'accesso alle prestazioni SSN per favorire le attività rese il solvenza / libera professione.

Riprendendo il titolo del presente contributo si può affermare che fino a questo punto dell'esposizione abbiamo guardato il "dito" anche se le istituzioni che fanno le regole del sistema ed emanano gli indirizzi normativi inducono (per alleggerire le loro responsabilità?) i non esperti nella materia a credere che stanno guardando prevalentemente la luna (ovvero il reale punto da attenzionare). Il piano nazionale di gestione delle liste di attesa (PNGLA) affronta, come ho sopra scritto, temi organizzativi, priorità cliniche di accesso e temi di tipo tecnologico e non tocca in modo "importante" il tema delle risorse destinate per ottenere una erogazione ottimale delle prestazioni da parte di tutti i soggetti erogatori pubblici e privati accreditati se non nel punto dove prevede (riporto virgolettato il testo) che *"le Regioni e le Province Autonome*

dovranno fornire le % di concorso del Privato accreditato ai volumi complessivi delle prenotazioni”.

Partendo dal testo sopra virgolettato ci si può avvicinare a intravedere la “luna”, ovvero il tema che prevalentemente condiziona l'erogazione delle prestazioni sanitarie: l'ammontare delle risorse stanziare annualmente con la legge di stabilità dello Stato e le regole stabilite per distribuirle ai diversi soggetti giuridici, pubblici e privati, che costituiscono il complesso sistema di erogatori che concorrono ed erogare i servizi del sistema sanitario nazionale.

Fin dalla sua istituzione, avvenuta con l'emanazione della legge 833 del 1978, il sistema sanitario nazionale in Italia nasce secondo il principio sussidiario in base al quale il SSN stesso è costituito da tutti i soggetti che concorrono ad erogare servizi sanitari e socio – sanitari, ivi compresi i soggetti convenzionati/accreditati di diritto privato.

La sopra menzionata “% di concorso del Privato accreditato ai volumi complessivi delle prenotazioni” è normata dall'articolo Art. 8-bis. del Dlgs 502/92 che riporta di seguito virgolettato: “*(Autorizzazione, accreditamento e accordi contrattuali) 1. Le regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza*

di cui all'articolo 1 avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle aziende unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende universitarie e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché di soggetti accreditati ai sensi dell'articolo 8-quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies. 2. I cittadini esercitano la libera scelta del luogo di cura e dei professionisti nell'ambito dei soggetti accreditati con cui siano stati definiti appositi accordi contrattuali. L'accesso ai servizi è subordinato all'apposita prescrizione, proposta o richiesta compilata sul modulo del Servizio Sanitario Nazionale”.

In estrema sintesi la normativa vigente prevede che l'accesso dei cittadini alle strutture sanitarie private accreditate (che in Lombardia, secondo la logica sussidiaria fondativa del Servizio Sanitario Nazionale, erogano circa il 40% delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero garantite ai cittadini a carico del Servizio Sanitario Nazionale stesso) può avvenire solo nel rispetto ed entro i limiti di risorse definite nei contratti di concessione che le ASL/ATS ogni anno stipulano con le stesse. Ne deriva che mentre (in teoria) l'accesso alle strutture pubbliche è senza limiti, se non quelli rappresentati



Nel periodo che va dalla *spending review* a quello precedente la pandemia i fondi destinati al SSN sono cresciuti oltre l'8%.

dal personale disponibile e delle tecnologie necessari per erogare i servizi, l'accesso alle strutture private è limitato nell'ambito di budget predefiniti di risorse assegnati annualmente dalle ASL. Questi budget predefiniti dall'esercizio 2012, secondo le disposizioni del DL 95/2012 (cosiddetta *spending review* del governo Monti), sono costantemente fermi sul valore economico di quanto finanziato per l'esercizio 2011 ai soggetti erogatori privati accreditati. Questo significa che da 11 anni i finanziamenti stanziati per finanziare i servizi sanitari garantiti dalle strutture sanitarie private accreditate sono invariati a fronte della progressiva ed inarrestabile senescenza della popolazione e dell'incremento di prevalenza di cittadini affetti da patologie croniche.

A questo punto sorge spontanea una domanda: le attività ambulatoriali e di ricovero e cura (soggette a severe regole per quanto riguarda l'obbligo di garantirne ai cittadini l'erogazione entro adeguati tempi di attesa) hanno nel corso dello scorso decennio fatto rilevare un

incremento di volumi di attività almeno pari, se non ai bisogni reali, almeno all'incremento percentuale di finanziamento destinato al Fondo Sanitario Nazionale?

Per rispondere alla domanda chi scrive ha fatto un'analisi sui Conti Economici (modelli CE) che le aziende sanitarie pubbliche (aziende ospedaliere ed asl che contengono anche, come voce di costo sostenuta dalle ASL/ATS, la parte di spesa destinata agli erogatori privati accreditati) predispongono e periodicamente inviano alla Regione che a sua volta li invia al Ministero della Salute che li mette a disposizione sul proprio sito web a chiunque abbia la voglia di consultarli e sappia come elaborarli ed interpretarli.

Ecco nel seguente grafico ad istogrammi la risposta:

Prima di commentare il grafico preciso che l'andamento registrato in Regione Lombardia ben rappresenta anche quello nazionale e che il breve commento che segue vale quindi per tutto il Servizio Sanitario Nazionale.

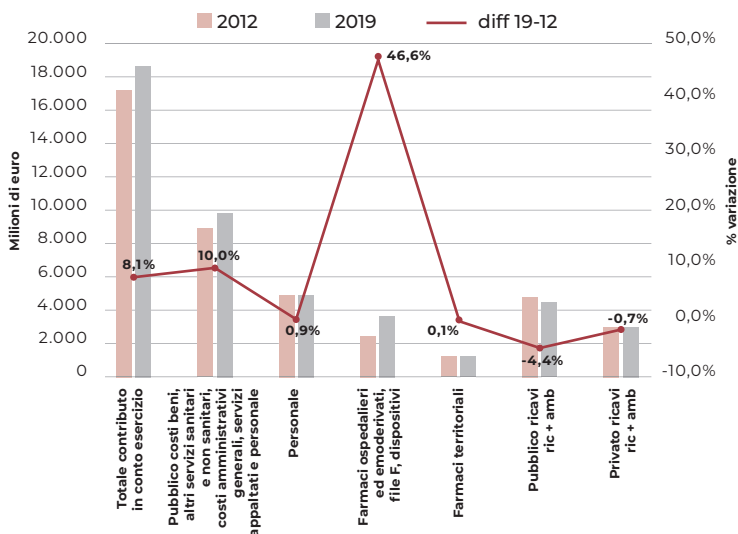
Nel periodo che va dalla emanazio-

ne della spending review (2012) a quello precedente la pandemia da Covid-19 (2019) i fondi destinati a finanziare il Servizio Sanitario Nazionale/regionale hanno avuto un incremento di stanziamento superiore all'8%. Queste risorse aggiuntive stanziare tra il 2012 ed il 2019 in quali voci di costo/di servizi sono prevalentemente andate a finire? Quasi tutto l'incremento di finanziamento è servito per garantire il "metabolismo basale" del Servizio sanitario stesso (i costi sostenuti dal sistema pubblico per pagare il personale e garantirsi tutti i beni ed i servizi necessari per poter essere

vitale) e per sostenere il notevole incremento di risorse destinate alla acquisizione di farmaci ospedalieri e di dispositivi sanitari.

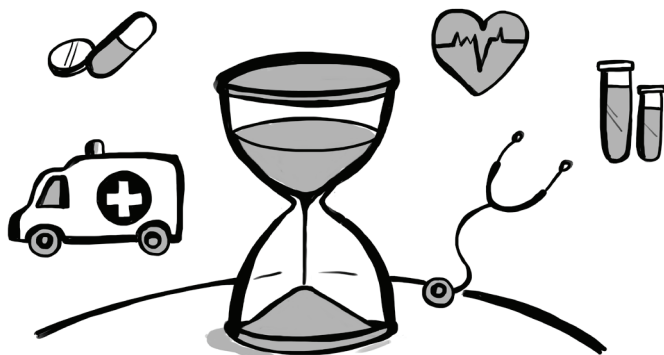
Nelle ultime due serie di istogrammi visibili alla estrema destra dell'asse delle ascisse (pubblico ricavi ric + amb e privato ricavi ric + amb) sono esposti i valori, quantificati a nomenclatore tariffario ambulatoriale e di ricovero, riconducibili alle prestazioni soggette a monitoraggio dei tempi di attesa: i ricoveri (ric) e la specialistica ambulatoriale (amb) erogati dalle strutture pubbliche e da quelle private accreditate.

SSN Lombardia Modelli economici CE trend 2012-2019 pubblico privato



Qui si vede bene la “luna”: gli erogatori privati accreditati sono stabili nel pieno rispetto del DL 95/2012 (spending review) e quindi fermi sui valori del 2012 e le aziende pubbliche dimostrano una grande crisi di produttività facendo rilevare un calo del 4,4% delle erogazioni di attività di ricovero e di specialistica ambulatoriale. A onore del vero bisogna rilevare che se le strutture private accreditate piangono quelle pubbliche di certo non ridono. Le aziende pubbliche dal 2012 in poi hanno infatti imposti dei limiti molto rigidi per quanto riguarda le proprie voci di costo, particolarmente il costo del personale ed i costi dei dispositivi. Concludo affermando che cer-

tamente è importante stabilire delle regole precise per ben governare i tempi di attesa (il dito) ma che di sicuro il vero problema che porta ad un aumento della difficoltà di accesso a certe tipologie di servizi sanitari (la luna) è certamente quello che riguarda il livello di finanziamento, che sembra non essere adeguato a garantire contemporaneamente il metabolismo basale del Servizio Sanitario Nazionale e la necessità di aumentare i volumi di servizi di specialistica ambulatoriale e di attività di ricovero in risposta alle crescente domanda di servizi necessitati dalla sempre più elevata prevalenza di soggetti anziani e di soggetti affetti da malattie cronico degenerative.



UGO PASTORINO

Direttore dell'Unità Operativa di Chirurgia Toracica.
Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano

Il ruolo chiave dell'intelligenza artificiale nella diagnosi precoce del tumore polmonare



Lo sviluppo tecnologico di strumenti diagnostici di sempre maggiore sensibilità e precisione offre alla medicina moderna nuove possibilità di cura, ma grandi necessità di interpretazione dei risultati, per identificare le lesioni sospette e chi realmente necessita di ulteriori indagini o trattamenti immediati. Infatti, le strategie di prevenzione e i programmi di diagnosi precoce hanno modificato il ruolo del medico, che ora si rivolge a persone

non malate o che ritengono di non esserlo, per offrire terapie anticipate, in assenza di sintomi e talvolta senza benefici dimostrabili¹.

In campo polmonare, la tomografia computerizzata (TC) del torace consente di identificare lesioni di piccolissime dimensioni (2-3 mm) senza ricorso a un mezzo di contrasto endovenoso, con dosi di radiazioni simili a quelle di una semplice radiografia del torace e un tempo di esecuzione inferiore al minuto². Il problema è che i micro-noduli polmonari sono frequentissimi, e nella stragrande maggioranza dei casi si tratta di lesioni benigne che non necessitano di alcun trattamento o approfondimento diagnostico.

Tuttavia, per il radiologo l'esame accurato di tutte queste lesioni è lungo e complesso, e il rischio di non identificare un nodulo maligno può generare la ripetizione di esami inutili o interventi invasivi non necessari. Le piccole dimensioni e

il grande numero di questi noduli complicano anche il controllo della loro evoluzione nel tempo³. In questo contesto, i *software* di lettura automatizzata della TC tramite intelligenza artificiale (AI) stanno portando una semplificazione e ottimizzazione delle risorse⁴: la misura automatica del volume reale di un nodulo polmonare è più accurata della stima del radiologo basata sul diametro massimo, perché queste lesioni non sono sferiche ma di forma irregolare. Il volume reale è importante per definire una soglia di probabilità nel rischio di tumore, ma ancora più essenziale per valutare l'incremento dimensionale della lesione in un breve intervallo di tempo (3-4 mesi).

I nuovi programmi di lettura automatica delle TC non misurano solo le dimensioni, ma moltissimi altri elementi come la densità, struttura microscopica, consistenza, forma e margini di ogni nodulo polmonare, e generano parametri qualitativi e quantitativi, che definiamo con il termine tecnico di "dati radiomici"⁵. Questa enorme quantità di dati può essere analizzata solo con programmi di AI, che possono combinare le informazioni radiomiche con le altre caratteristiche epidemiologiche o biologiche di ogni individuo, per esempio generate dalla biopsia liquida, per aiutare il radiologo nel-

la diagnosi differenziale dei tumori polmonari. Grazie all'analisi radiomica è stato possibile identificare quelle lesioni polmonari sub-solidi, che rappresentano lesioni benigne o tumori *in-situ*, e che non necessitano di alcun trattamento, ma solo del monitoraggio con TC annuale. In questo modo si sono evitati moltissimi interventi chirurgici inutili e potenzialmente dannosi in soggetti ad alto rischio per patologie croniche dovute al fumo⁶.

Ma l'analisi radiomica non si limita alla diagnosi dei tumori polmonari. Oggi, una TC del torace permette di quantificare con grande precisione lo stato individuale delle calcificazioni coronariche, e il rischio di eventi cardio-vascolari gravi nel medio periodo. In futuro, questa informazione permetterà di migliorare la cura di queste malattie e ridurre il rischio di infarto miocardico⁴. Anche la quantificazione dell'enfisema polmonare, della bronchite cronica ostruttiva e del profilo metabolico sono in continua evoluzione, e contribuiranno a migliorare le strategie di prevenzione delle malattie croniche nei forti fumatori.

Tutti i programmi di diagnosi precoce dei tumori polmonari condotti all'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano dal 2003 a oggi hanno utilizzato in modo sistematico l'analisi automatizzata della TC torace

CHRISTIAN COTSOGLOU

Direttore UOC di Chirurgia ASST di Vimercate

Pianificazione Preoperatoria 3D e Navigazione Tridimensionale Intraoperatoria nella Chirurgia del Fegato, del Pancreas e delle Vie Biliari

A large, bold, black stylized letter 'U' graphic, which is part of the first letter of the word 'Una' in the first paragraph of the text.

Una delle più grandi sfide della medicina moderna è senza dubbio quella di applicare la tecnologia al servizio dei nostri pazienti, e nello specifico caso, l'obiettivo è quello di rendere sempre più simile alla realtà, grazie all'utilizzo della Tecnologia di Ricostruzione Tridimensionale, la complessa anatomia di un determinato distretto corporeo, di un nostro paziente

affetto da cancro, che dovrà essere sottoposto a un delicato e complesso intervento chirurgico.

È infatti ormai concetto assai noto, che pur mantenendo dei solidi e stabili principi anatomici, ciascun paziente in cura mantiene la propria soggettiva unicità e individualità, sia in relazione a alcune varianti anatomiche personali, sia in merito alla posizione di quello specifico tumore rispetto alle strutture cardine di quel determinato organo.

Fino a oggi, infatti, l'unico modo per pianificare preoperatoriamente il nostro intervento è stata la stretta collaborazione interpretativa di due figure professionali ben definite quali il radiologo e il chirurgo: una collaborazione scaturita dalla visione delle immagini bi-dimensionali di TC e Risonanza Magnetica.

“

L'utilizzo del 3D permette una diminuzione del tempo operatorio grazie a una migliore visione delle strutture anatomiche.

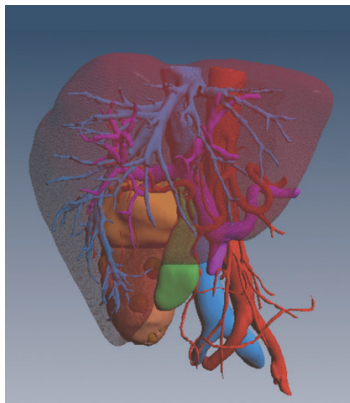
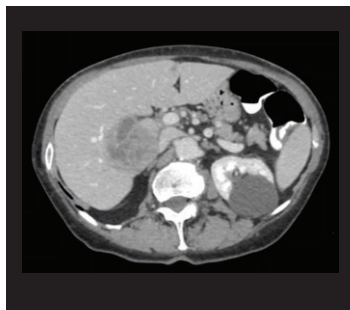
Nella storia del rendering 3D, gli organi bersaglio sono stati soprattutto quelli parenchimatosi come il fegato, il rene e il pancreas poiché la struttura dell'organo circonda, copre e cela al suo interno una moltitudine di strutture vascolo-biliari. Per questo motivo, è stata concentrata l'attenzione specificatamente sulla Chirurgia Epato-Bilio-Pancreatica (HBP)¹.

Innanzitutto, è importante precisare che per raggiungere un elevato dettaglio finale nella ricostruzione 3D è fondamentale la collaborazione di differenti figure professionali come radiologi, chirurghi, ingegneri e tecnici di radiologia. Infatti, oltre al Radiologo HPB, sarà necessario coinvolgere anche un Chirurgo HPB ad alto profilo professionale, in associazione a un Ingegnere Informatico, in grado, quest'ultimo, di tradurre in termini tecnico-numerici, la percezione e l'interpretazione che i medici hanno nei confronti delle strutture anatomiche².

Tra i vantaggi di questa innovativa tecnologia, sicuramente emergono i benefici nei confronti dei

pazienti operati facendo ricorso al 3D rispetto alla procedura tradizionale.

Nei recenti studi è emerso che l'utilizzo della ricostruzione 3D permette una sostanziale diminuzione del tempo operatorio, grazie



a una migliore visione delle strutture anatomiche, una diminuzione della perdita ematica intraoperatoria e una diminuzione del volume di sangue trasfuso, favorendo la prognosi del paziente. Un aspetto importante nella chirurgia del fegato è il calcolo del volume residuo, che tendenzialmente non deve essere sotto il 25% altrimenti il paziente rischia l'insufficienza epatica. A tal proposito, è stata evidenziata una minore differenza tra il volume di fegato rimosso, calcolato tramite il rendering 3D, e il volume di fegato effettivamente resecato, rispetto alle valutazioni preoperatorie basate sull'immagine 2D. Questo sicuramente diminuisce il rischio di insufficienza epatica e migliora la sicurezza dell'intervento chirurgico. Infine, è stato visto come l'uso della ricostruzione 3D può ridurre i danni al sistema vascolare e biliare, facilitando il recupero delle funzioni epatiche durante la degenza postoperatoria³.

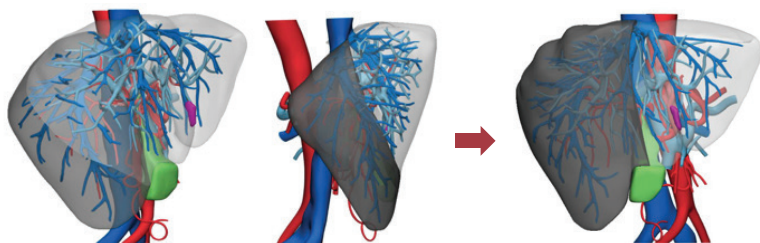
Le reali applicazioni pratiche della tecnologia 3D possono essere divise in 3 macroaree: Pianificazione Chirurgica Preoperatoria, Sistema Guidato di Navigazione Intraoperatoria, Scopo Didattico-Informativo.

Le ricostruzioni 3D offrono grandi vantaggi in fase di pianificazione

chirurgica nel caso di Chirurgia Pancreatica, branca dove risulta fondamentale prevedere problematiche intraoperatorie, trapianto di donatore da vivente, ma soprattutto in Chirurgia Epatica ad Alta Complessità che prevede la ricostruzione vascolare^{4,5}.

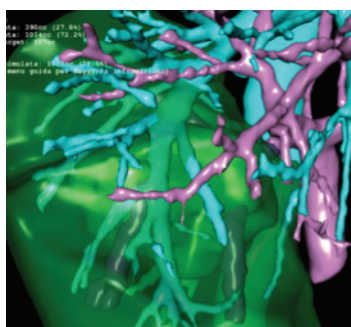
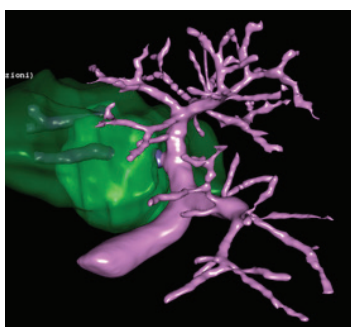
A tal proposito, un aspetto importante nella pianificazione preoperatoria sono le varianti anatomiche che possono essere mal interpretate o sottostimate, nello studio della TAC o della risonanza magnetica. La ricostruzione 3D permette di individuare la presenza di varianti anatomiche soggettive, che quando sono note in partenza possono essere affrontate in totale controllo nella fase intraoperatoria.

La ricostruzione 3D non aiuta solo a perfezionare la tecnica chirurgica in base all'anatomia del paziente, ma in alcuni casi permette un drastico cambiamento della strategia terapeutica⁶. Come si può vedere in questo caso l'intervento chirurgico di sinistra (ossia rimozione della parte grigio scura del fegato) permette di avere un volume rimanente del 72% mentre la seconda strategia a destra è caratterizzata da un volume rimanente del 27.8%. Da tale analisi sembrerebbe la prima strategia la strada migliore da intraprendere per la salute del paziente.



Tuttavia, grazie a una visione tridimensionale e interattiva si è visto che, nel caso fosse stata adottata la strategia terapeutica di sinistra, non sarebbe stato rimosso completamente il tumore a causa di un trombo presente nella vena porta, come si può vedere nell'immagine di destra. Questo è un esempio emblematico in cui la ricostruzione 3D ha permesso di identificare la strategia chirurgica più adeguata al caso clinico. Nella Navigazione Intraoperatoria,

il grande vantaggio che tale metodica apporta si può notare nella rimozione delle cosiddette *Vanishing Lesions*, definite anche come “Piccoli Tumori Invisibili”, lesioni cioè non più visualizzabili in corso di ecografia epatica intraoperatoria, in seguito a una impressionante risposta alla chemioterapia. In questi casi è fondamentale l'utilizzo della ricostruzione 3D, poiché altrimenti non si andrebbe a rimuovere completamente il tumore.





La Tecnologia 3D rappresenta uno strumento che rende più immediata e *Surgical-Like* la pianificazione chirurgica.

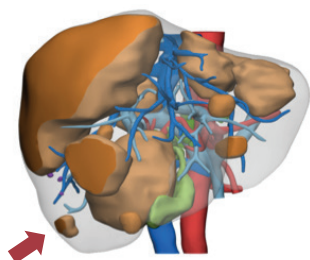
Infine, il modello 3D, soprattutto quando viene stampato con l'ausilio di una stampante 3D, è l'unica modalità per poter dare spiegazioni al paziente e alla sua famiglia in merito ai rischi associati a una determinata procedura chirurgica complessa.

Inoltre, questa tecnologia ha un ruolo chiave in ambito accademico-educativo per i chirurghi in formazione, riducendo i tempi di apprendimento e permettendo loro di avere una visione più diretta e pratica della complessità del lavoro⁷.

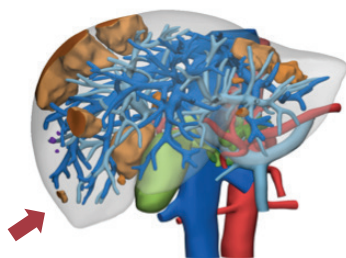
Fino a oggi, il chirurgo HBP e il radiologo HBP hanno rappresentato le 2 facce complementari della

stessa medaglia, poiché analizzano da due punti di vista differenti lo stesso identico problema. Il Rendering Tridimensionale funge come una sorta di “modulatore di linguaggio” tra le due figure professionali, quando il linguaggio interpretativo delle immagini è totalmente differente e questo si potrebbe tradurre in una percezione della realtà in certi dettagli discordante.

Il radiologo è perfettamente in grado di interpretare le immagini bi-dimensionali della TAC e della risonanza magnetica e di rispondere con precisione ai quesiti anatomici dei chirurghi HBP su un determi-



PRE-CHEMIO



POST-CHEMIO

nato paziente in un preciso istante, ma quando viene incalzato da domande correlate a un ipotetico movimento dell'operatore nel tempo, da parte del chirurgo, in relazione alla tecnica che verrà adottata, non è sempre in grado di interpretare le preoccupazioni cliniche e anatomiche, in rapporto con quelle che saranno le mosse sul campo.

Il chirurgo, tuttavia, abituato a lavorare direttamente in un campo tridimensionale, ha necessità di “immaginare” concretamente le

preziose nozioni, dispensate dal radiologo, e deve poterlo fare in maniera dinamica e tridimensionale. Per noi quindi, la Tecnologia Tridimensionale rappresenta questo: la percezione chirurgica e dinamica della anatomia di quello specifico individuo. Uno strumento che non può senza alcun dubbio sostituirsi alle informazioni ottenute nel tempo dal radiologo, ma che rende più immediata e Surgical-Like la pianificazione chirurgica.

- ¹ A. Pietrabissa et al., “An overview on 3D printing for abdominal surgery,” *Surg. Endosc.*, vol. 34, no. 1, pp. 1–13, 2020.
- ² C. Fang et al., “Consensus recommendations of three-dimensional visualization for diagnosis and management of liver diseases,” *Hepatol. Int.*, vol. 14, no. 4, pp. 437–453, 2020.
- ³ S. Zhang et al., “Three-dimensional versus two-dimensional video-assisted hepatectomy for liver disease: A meta-analysis of clinical data,” *Wideochirurgia I Inne Tech. Maloinwazyjne*, vol. 16, no. 1, pp. 1–9, 2021.
- ⁴ K. Nakata et al., “Evaluation of relationship between splenic artery and pancreatic parenchyma using three-dimensional computed tomography for laparoscopic distal pancreatectomy,” *Langenbeck's Arch. Surg.*, vol. 406, no. 6, pp. 1885–1892, 2021.
- ⁵ T. Huber et al., “Entwicklung eines interaktiven Multi-User Virtual Reality Moduls am Beispiel der Leberresektion,” *74. Jahrestagung der Dtsch. Gesellschaft für Gastroenterol. Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten mit Sek. Endosc. – 13. Herbsttagung der Dtsch. Gesellschaft für Allg. und Visz. Gem. mit den Arbeitsgemeinschaften der DGAV*, vol. 57, no. 1, pp. 2020–2021, 2019.
- ⁶ X. D. Wang et al., “Traditional surgical planning of liver surgery is modified by 3D interactive quantitative surgical planning approach: a single-center experience with 305 patients,” *Hepatobiliary Pancreat. Dis. Int.*, vol. 16, no. 3, pp. 271–278, 2017.
- ⁷ F. Huettl et al., “Virtual reality and 3D printing improve preoperative visualization of 3D liver reconstructions—results from a preclinical comparison of presentation modalities and user's preference,” *Ann. Transl. Med.*, vol. 9, no. 13, pp. 1074–1074, 2021.

Considerazioni Conclusive

RENATO BALDUZZI

Professore ordinario di Diritto costituzionale
presso la Facoltà di Giurisprudenza dell'Università
Cattolica del Sacro Cuore, già Ministro della Salute

Se il significato delle proposte di “regionalismo differenziato” volte a modificare l’assetto del Servizio Sanitario Nazionale e i suoi principi ispiratori non sono ispirate da ragioni legate a esigenze epidemiologiche o di aderenza ai territori, sarebbe importante che su questo si aprisse una vera discussione.

I contributi raccolti nelle pagine precedenti permettono di avere un’idea sufficientemente chiara dei cambiamenti che stanno interessando il mondo delle cure sanitarie e, più in generale, il sistema di tutela della salute nel nostro come in altri Paesi.

La pandemia ha svolto e sta svolgendo, evidentemente, un ruolo determinante nella trasformazione, tra l’altro, del Servizio Sanitario Nazionale e dei Servizi sanitari regionali che lo costituiscono, insieme agli enti e istituti di rilievo nazionale, ai sensi dell’art. 1 del d.lgs. n. 502/1992, nel testo modificato dal d.lgs. n. 229 del 1999. Al fine di percepire esattamente tale trasformazione, di dividerne il senso e le prospettive, nonché di potersi inserire virtuosamente e utilmente in siffatta dinamica, è indispensabile sia superare alcune idee ricevute, sia individuare i principali percorsi che si aprono per gli anni a venire.

1. La prima idea ricevuta da superare è quella che consiste nel concepire quali distinte, se non addirittura alternative, la cosiddetta “Sanità ospedaliera” rispetto a quella cosiddetta “territoriale”. Da questa falsa contrapposizione discende storicamente, a seconda degli indirizzi politici prevalenti in questa o quella Regione, l’enfaticizzazione dell’una rispetto all’altra, con il risultato che abbiamo sotto gli occhi in questi anni di pandemia, nei quali anche regioni considerate forti e “virtuose” hanno faticato nell’adozione di risposte efficaci alla crisi sanitaria.

Al di là della retorica di questo o quell'esponente politico, nazionale o regionale, volta a passare sotto silenzio o a diminuire l'importanza delle difficoltà incontrate, è utile oggi ricordare con forza che la rete dei servizi sanitari è unitaria o non è, e che si articola in una sottorete ospedaliera e una territoriale, oltre che in una pluralità di sottoreti specialistiche relative a questa o quella disciplina medico-chirurgica. Il principio organizzativo ispiratore è pertanto quella della necessaria continuità tra ospedale e territorio, secondo un'indicazione da tempo nota agli studiosi e agli operatori del settore, ed esattamente ripresa da ultimo nel n. 10 dell'allegato 1 al regolamento approvato con D.M. 2 aprile 2015, n. 70, recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. Proprio in quest'ultimo documento, che costituisce parte integrante del predetto D.M., troviamo inserito l'obbligo in capo alle Regioni, "al fine di agevolare il processo di ridefinizione della rete ospedaliera", di "procedere contestualmente al riassetto dell'assistenza primaria, dell'assistenza domiciliare e di quella residenziale". Semmai, qualche perplessità suscita la circostanza che il regolamento approvato con D.M. 23 maggio 2022, n. 77, recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale, non abbia dedicato speculare attenzione al D.M. n. 70, limitandosi a un richiamo generico nelle premesse e a due richiami in tema di Ospedali di comunità, anche se va rimarcato che la stesura del D.M. n. 77 ha probabilmente risentito della tempistica serrata imposta dalla necessità di rispettare le clausole del Piano nazionale di ripresa e resilienza.

2. La seconda idea ricevuta, che appare urgente superare, attiene alla presunta inadeguatezza delle norme costituzionali di riparto delle competenze tra Stato e Regioni ad assicurare un contrasto efficace della pandemia. In realtà, gli strumenti ci sono, si tratta di volersene servire, e di usarli bene. Più in generale, a proposito del nostro oggetto, non si rinvengono significative "colpe" in capo al Titolo V, come rinnovato nel 2001. Proviamo ad approfondire.

Anzitutto, non v'è dubbio che il nuovo Titolo V, frutto di larga convergenza parlamentare e territoriale, abbia inciso significativamente, in via generale, sull'assetto dei rapporti Stato-Regioni: una revisione della Costituzione nel senso di accentuare le competenze di Regioni ed enti

locali era, in quegli anni, considerata l'alternativa politico-culturale al cosiddetto "federalismo", che costituiva una prospettiva e una terminologia dilagante.

Tuttavia, in campo sanitario, l'incidenza del nuovo Titolo V è stata modesta, per non dire nulla.

Per giustificare questa che, a mio parere, è una scontata ovvietà, ma che cozza contro una vulgata tanto rumorosa quanto poco consistente, occorre muovere dalla prospettiva storico-costituzionale, dalla quale emerge pianamente che la regionalizzazione della Sanità risale all'Assemblea costituente e che il nuovo Titolo V non ne ha modificato i tratti caratteristici.

In primo luogo, l'affidamento alle Regioni della competenza legislativa concorrente (nell'ambito cioè dei principi fondamentali fissati dalle leggi statali) sull'assistenza sanitaria e ospedaliera fu la scelta del costituente nel 1946/47, confermata nella riforma sanitaria del 1978 e dalle «riforme della riforma». Non fu una scelta facile, considerate le condizioni materiali dell'Italia dell'immediato secondo dopoguerra, ma prevalse l'argomento dell'adeguatezza, o meglio dell'inadeguatezza del livello statale a gestire direttamente e in modo uniforme i servizi sanitari. In secondo luogo, le modifiche apportate al Titolo V con la L. Cost. n. 3/2001, che prevede, tra l'altro, la spettanza alle Regioni della potestà legislativa concorrente in materia di tutela della salute, non hanno cambiato la situazione precedente, in quanto:

a) non è decisivo il cambiamento della formula dell'"assistenza sanitaria e ospedaliera" in «tutela della salute», poiché essa non comporta un sostanziale ampliamento della competenza regionale, avendo già la legislazione e la giurisprudenza inteso in senso estensivo la materia dell'assistenza sanitaria e ospedaliera;

b) ugualmente, la più larga autonomia data alle leggi regionali, non più soggette a controllo preventivo e in una posizione di quasi completa parità delle armi con la legge statale (art. 127 Cost.), non ha comportato, in campo sanitario, né una diminuzione della sfera di applicazione della normativa statale sul Ssn (come ha dimostrato la riforma sanitaria del 2012, in particolare l'art. 1, sulla riforma della medicina di base), né un

significativo ampliamento della legislazione regionale, la quale, salvo qualche eccezione, non ha approfittato della più rigorosa distinzione tra principi fondamentali e legislazione per definire una propria fisionomia del modello di servizio sanitario, ferme restando talune differenziazioni organizzative e di politica sanitaria, che peraltro preesistevano al 2001;

c) non è decisiva neanche la soppressione (che non tocca solo la materia sanitaria) del limite dell'interesse nazionale, in quanto, in Sanità, tale clausola è largamente sostituita dalla menzionata lettera m), anche per quanto concerne i poteri sostitutivi esercitabili ai sensi dell'art. 120 Cost. Proprio perché la ricostruzione qui sintetizzata va in controtendenza rispetto ad alcune *idées reçues*, è necessario dare conto delle principali obiezioni avanzate.

Una prima obiezione si presenta solitamente così: ma se il Titolo V non porta responsabilità nella regionalizzazione, come facciamo ad avere ventuno sistemi sanitari diversi? Specialmente negli ultimi due anni e mezzo, questa diversità è generalmente considerata come intollerabile (salvo la contraddittoria spinta verso il cosiddetto regionalismo differenziato, su cui tornerò più avanti). Qui siamo in presenza di un'altra contraffazione della realtà. Il Servizio Sanitario Nazionale è infatti, come ho accennato all'inizio, il complesso dei Servizi sanitari regionali e degli enti e istituzioni di rilievo nazionale (per es., Istituto superiore di Sanità, Agenas, Aifa, Istituto nazionale migrazione e povertà) ed è unitario: la lungimiranza dei costituenti fu nel capire che i servizi sanitari sono meglio organizzabili e gestibili lasciando spazi di autonomia alle Regioni, ma dentro una cornice unitaria che consenta alla salute di essere garantita dalla Repubblica.

Una seconda obiezione è la seguente: con la regionalizzazione, abbiamo Sanità diversamente efficienti a seconda delle regioni, con diverse velocità e qualità dei servizi. Qui l'obiezione non è al Titolo V, inteso come responsabile di una devoluzione eccessiva di competenze alle Regioni, ma alla regionalizzazione in sé. Forse converrebbe interrogarsi sulla correttezza metodologica di confrontare la qualità sanitaria di territori dove tutto è diverso, mentre il confronto vero dovrebbe essere tra diversi settori (Sanità, istruzione, trasporti, assistenza sociale, ecc.) all'interno della medesima Regione, per verificare se comunque i servizi sanitari

regionalizzati non siano, anche in territori svantaggiati, il settore che comparativamente funziona meglio.

La risposta più puntuale ai critici della regionalizzazione (considerata tale da escludere, complice un Titolo V valutato come inadeguato, una gestione efficace del contrasto alla pandemia) sta tuttavia nel complesso di disposizioni normative inserite nel d.lgs. n. 112/1998, tali da escludere che, (almeno) in tema di emergenze sanitarie, non sembra che, per quanto attiene al riparto delle competenze tra Stato e Regioni, si possa parlare – come pure qualche costituzionalista continua a fare – di un modello dualista e paritario, quindi indeciso. E ciò perché, appunto, nel nostro sistema non esiste nessun “federalismo” sanitario, ma semplicemente un modello che assegna un ruolo importante alle Regioni e ruoli di coordinamento forte in capo dal momento nazionale.

3. Una volta superate queste idee ricevute, che impediscono una lettura consapevole della realtà del nostro sistema sanitario, siamo meglio attrezzati per individuare i principali percorsi che ci attendono per gli anni a venire.

Il primo è proprio la ricomposizione della continuità ospedale-territorio, che richiede non un qualunque potenziamento dell’assistenza territoriale, ma la capacità di realizzare davvero, e finalmente, e oggi individuata come esigenza non rinviabile dal richiamato Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Ciò comporta la ricostruzione di una medicina territoriale, a partire dal suo momento più cruciale, cioè la medicina generale.

Ora, la riforma sanitaria del 2012 (d.-l. n. 158/2012, conv. l. n. 189/2012) aveva assunto tale tema come cardine non soltanto di sé medesima, ma dell’intera operazione di riqualificazione e riorganizzazione del sistema sanitario (comprensiva quindi della parte di rilievo sanitario inclusa nel d.-l. n. 95/2012, conv. l. 135/2012, c.d. spending review, e del suo principale provvedimento attuativo, cioè il menzionato decreto ministeriale sugli standard ospedalieri), in cui alla rimodulazione dell’organizzazione ospedaliera e della relativa spesa si accompagnava, finalmente, la riorganizzazione della Sanità territoriale, a partire dal suo “cuore”, cioè la medicina generale. Proprio in forza della consapevolezza circa la fatica e le resistenze che avevano in precedenza sempre caratterizzato i tentativi di riorganizzazione, la riforma del 2012 non si limitò a definire

i compiti di ciascuno e a disegnare una moderna medicina di famiglia, ma inserì una specifica clausola, in virtù della quale, ove entro sei mesi non si fosse proceduto all'adeguamento degli accordi collettivi nazionali concernenti i medici convenzionati, il Ministro della salute avrebbe emanato «disposizioni per l'attuazione in via transitoria dei principi» della riforma.

Così facendo, lo Stato si è dato un potere importante di pressione e di responsabilizzazione delle controparti territoriali e professionali. Si tratta, appunto, di un potere di intervento, che bisogna volere, oltre che sapere, utilizzare.

Quanto all'integrazione socio-sanitaria, la sua crucialità sta nella circostanza che essa viene a integrare, nel significato stretto della parola (cioè di portare a pienezza), due attività che, se considerate e praticate isolatamente, rischiano di non raggiungere il proprio fine specifico.

Le difficoltà che l'integrazione socio-sanitaria ha incontrato sono legate a due ordini di fattori.

Il primo è strettamente concettuale e attiene alle tante sfaccettature della nozione (professionale, gestionale, orizzontale tra comuni, verticale tra comuni e regioni, "comunitaria", cioè riferita agli enti e alle organizzazioni del Terzo Settore). Quest'ultima, in particolare, sembra essere la vera sfida e il vero obiettivo da realizzare, nel senso che l'integrazione socio-sanitaria acquista pienezza e spessore quando enti territoriali, enti funzionali, professionisti e volontariato-Terzo settore realizzano un'autentica integrazione comunitaria.

Il secondo attiene all'assenza, per molto tempo, dello strumento capace di fornire la base conoscitiva e concettuale per una reale integrazione, cioè la definizione e standardizzazione dei livelli essenziali di assistenza sociale, quelli che sino a qualche anno fa continuavamo a denominare come Liveas, la cui declaratoria ha impegnato ormai da quasi due decenni gli operatori del settore e i relativi organismi politico-amministrativi. Tale assenza (oggi parzialmente superata, dopo che la legge di bilancio per il 2022 ha introdotto una prima, e ancora limitata, ricognizione dei cosiddetti LepS, livelli essenziali delle prestazioni sociali) ha comportato almeno due conseguenze importanti, la cui risultante appunto concorre in misura significativa a spiegare quelle difficoltà: in primo luogo, perché «impedisce la compiuta attuazione del sistema di finanziamento delle funzioni degli enti territoriali previsto dall'art. 119

Cost.» (così Corte cost., sent. n. 273 del 2013, red. Mattarella); in secondo luogo, perché rende meno efficaci gli sforzi fatti in questi anni sul terreno dell'armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio. Sembra cioè, guardando al passato, che si sia delineata una sorta di circolo vizioso per cui la mancata standardizzazione delle prestazioni ha reso ardua la definizione dei Liveas e tale assenza, a sua volta, ha limitato significativamente la possibilità di procedere a un'articolazione del nomenclatore delle prestazioni e degli interventi sociali capace di andare al di là dei macrolivelli degli obiettivi di servizio, e permettere di comporre, insieme agli standard dei servizi ospedalieri e a quelli dell'assistenza territoriale, un disegno finalmente compiuto dell'unitaria rete dei servizi dedicati alla salute.

La crisi pandemica ha imposto di riprendere con forza il tema dell'integrazione socio-sanitaria, e ciò è avvenuto in prima battuta con l'art. 1, commi 3, 4 e 4-bis del d.l. 19 maggio 2020, n. 34, conv. nella l. 17 luglio 2020, n. 77, che ha previsto, al fine di assicurare «il massimo livello di assistenza» a favore dei soggetti contagiati dal virus SARS-CoV-2 e di tutte le persone fragili la cui condizione risulta aggravata dall'emergenza in corso e di «implementare le attività di assistenza domiciliare integrata o equivalenti» per i pazienti in isolamento, la sperimentazione, coordinata dal Ministero della salute sulla base di un'intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, di «strutture di prossimità» ispirate «al principio della piena integrazione socio-sanitaria, con il coinvolgimento delle istituzioni presenti nel territorio, del volontariato locale e degli enti del Terzo settore senza scopo di lucro».

Si è trattato di un intervento legislativo che (incluso anche quanto la stessa legge n. 77/2020 ha dettato in tema di politiche sociali, art. 89, comma 2-bis, e in ordine al consolidamento di formule organizzative introdotte in via emergenziale come le unità speciali di continuità assistenziale, art. 1, commi 6 e 7) ha ripreso il percorso attuativo della già menzionata riforma della medicina territoriale introdotta dal d.l. n. 158/2012 e lo ha connesso con l'individuazione dei livelli essenziali del settore sociale in base alla l. n. 328/2000 e al d.lgs. n. 68/2011.

Tutto ciò ha rappresentato un immediato precedente delle proposte contenute nel menzionato Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, a partire dalla previsione, poi sfociata nel D.M. n. 77/2022, del decreto ministeriale contenenti gli standard per l'assistenza territoriale e nell'indivi-

duazione dei relativi strumenti, a partire dalle Case della comunità. Se pensiamo ai precedenti di queste ultime, e in particolare all'esperienza delle cosiddette "Case della salute", non si possono non sottolineare i profili di analogia dei due percorsi svolti: un Fondo, una sperimentazione, linee guida ministeriali, tutti strumenti rivolti a realizzare la piena integrazione sanitaria e ridurre gli squilibri territoriali. L'attuazione concreta delle "Case della salute", tormentata e disomogenea, costituisce (fatto salvo quanto si dirà nel prossimo paragrafo, a proposito della novità, non soltanto lessicale, che la nuova denominazione comporta) un precedente importante per le Case della comunità, al fine di raggiungere davvero gli obiettivi prefissati e in particolare quello di contemperare l'esigenza di rispettare i margini, esistenti e importanti, di autonomia organizzativa regionale con quella di attenuare le disuguaglianze territoriali assicurando standard uniformi per la presa in carico reale della persona bisognosa. Sarà decisiva la capacità di tutti gli attori (istituzionali e "comunitari") di fare tesoro dell'esperienza e, in particolare, quella del Ministero di esercitare in modo convinto le funzioni di coordinamento che il Piano gli assegna, quale playmaker impegnato e attivo, anche attraverso lo stimolo alla predisposizione degli strumenti di base per potere correttamente leggere i bisogni di un territorio e adeguare ad essi i requisiti delle strutture deputate al loro soddisfacimento, oltre che la capacità da parte delle Regioni sia di coinvolgere le amministrazioni comunali e provinciali, senza il cui fattivo apporto la «piena integrazione socio-sanitaria» rimarrà fatalmente sulla carta (e relativamente alle quali né il Piano, né il D.M. n. 77/2022 sembrano dedicare adeguata attenzione), sia di individuare e valorizzare il "luogo" istituzionale deputato a garantire l'integrazione tra i servizi e la continuità assistenziale, cioè il distretto sociosanitario, ridotto, in molte situazioni regionali, a mero luogo burocratico. Quanto al rapporto con i professionisti da coinvolgere nel percorso di integrazione socio-sanitaria, sarà decisiva la determinazione con cui i decisori politici, a livello nazionale e regionale, affronteranno le sfide con quelle categorie o pezzi di categoria storicamente meno inclini a un coinvolgimento pieno e operativo all'interno del Servizio Sanitario Nazionale: come si è più sopra accennato, l'ordinamento giuridico conosce norme, tuttora vigenti, idonee ad assicurare la priorità delle esigenze collettive rispetto a questa o quella deriva corporativa.

4. Al fine di percorrere finalmente i sentieri dell'integrazione socio-sanitaria e della continuità ospedale-territorio, è tuttavia necessaria la consapevolezza dei problemi che restano sullo sfondo, distinguibili in problemi finanziari, tecnico-organizzativi, culturali e politici.

Quanto ai problemi finanziari, va ricordato che le ingenti risorse confluente nelle previsioni del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza hanno natura di risorse per investimenti, e come tali vanno intese. Al netto di qualche, pure importante, riorganizzazione e redistribuzione, è indubbio che, stando agli standard di personale individuati (per difetto) dall'allegato al D.M. n. 77/2022, servirebbe un surplus di personale tale da richiedere un investimento di risorse aggiuntive, a partire dal 2026, di circa il 25%. Poiché l'attuale monte-risorse è stato elevato essenzialmente per ragioni di pandemia (nel senso che gli incrementi sono correlati alle maggiori spese per il contrasto al Covid-19), e anche ammeso che le risorse aggiuntive da pandemia possano essere stabilizzate, resterebbero da finanziare quelle derivanti dai nuovi standard territoriali: un'eventuale new spending review (ammesso che sia praticabile politicamente) non consentirebbe comunque di centrare l'obiettivo di +25%... Come riuscire, nei tempi previsti e senza dissipazione di risorse, a costruire muri e ad acquisire nuove tecnologie, in particolare quelle necessarie per l'implementazione della Sanità digitale nelle sue diverse sfaccettature, è dunque la prima faccia del problema. L'altra faccia concerne, appunto, la programmazione del personale necessario affinché quei muri e quelle tecnologie possano inserirsi nella rete dei servizi per la salute.

Accanto ai problemi finanziari, quelli più strettamente tecnico-organizzativi: accanto alla situazione di fatto, che vede molte Aziende sanitarie locali non adeguate, allo stato, rispetto all'accelerazione del modello assistenziale incorporato nella previsione delle Case della comunità, restano comunque da precisare alcune scelte organizzative, cioè alcuni elementi essenziali del modello di sottorete territoriale. Esempiare, come già accennato, è la situazione del distretto sociosanitario. Frettolosamente inserito dopo alcuni pre-draft che non lo conoscevano, esso (si veda il n. 4 dell'allegato al D.M. n. 77/2022) finisce in parte per ripetere la normativa del 1999, con alcune clausole connotate da un'eccessiva vaghezza, quale quella per cui «all'interno del distretto possono essere presenti i Consultori familiari e le attività rivolte ai minori, ove esistenti,

funzionalmente collegati con la Casa della comunità hub». Se possono, perché dirlo? E perché dirlo soltanto dei minori e dei consultori? Quando poi si afferma che al distretto possono essere ricondotte le funzioni di committenza, erogazione diretta e garanzia, l'impressione è non soltanto che non si sia voluto scegliere tra i diversi modelli regionali, ma neppure indicare un percorso preferibile. Ma allora era forse meglio la tecnica della cedevolezza (la normativa statale si applica in toto se la Regione non prevede diversamente, nell'ambito comunque dei principi fondamentali da quella ricavabili) del d.lgs. n. 229/1999... Sorprende poi che lo standard di una Casa della comunità hub ogni 40-50.000 abitanti sia ripetuto come standard sia per il distretto sia per la Casa della comunità, per non parlare della sovrapposizione tra Centrale operativa territoriale e distretto.

5. Pur nella consapevolezza dell'interdipendenza tra i vari problemi e dunque della presenza in ognuno di essi di un profilo di carattere culturale, attinente cioè alla mentalità e ai valori umani coinvolti in una determinata scelta o comportamento, sono convinto che alla base della "nuova" Sanità territoriale, in particolare della scelta di promuovere una rete di "Case della comunità" vi sia una scelta di fondo, che richiede di essere focalizzata e discussa.

Sto pensando al rovesciamento del rapporto tra "bisogno sociosanitario" e "servizio sociosanitario".

La sottorete ospedaliera, ma altresì la medicina territoriale (al netto delle iniziative di prevenzione secondaria) e in particolare quella convenzionata (al netto delle meritorie esperienze della c.d. medicina di iniziativa), si sono storicamente ispirate al principio che il bisogno vada al servizio, nel duplice senso dell'andare come spostamento fisico e come comportamento che dà origine al contatto tra struttura e utente della medesima. Da qui l'attenzione ai profili dell'accessibilità di quest'ultimo, della riduzione delle liste d'attesa, della presa in carico come risposta coordinata ed efficiente, ma pur sempre passiva, al bisogno complessivamente inteso. Il "modello" Casa della comunità appare, per contro, ispirato alla logica inversa: grazie anche alle straordinarie opportunità offerte dalla rivoluzione digitale e dalla medicina a distanza, il "servizio", messo in condizione di conoscere e trattare il bisogno, lo "prende in carico" nel senso dell'andare verso e del porre in essere una relazio-

ne biunivoca, caratterizzata da prossimità (non a caso, alla base delle Case della comunità c'è la menzionata sperimentazione delle strutture di prossimità ai sensi dell'art. 1, comma 4-bis del d.l. n. 34/2020) e accoglienza. In questa prospettiva, il "bisogno" viene ad essere percepito realmente come non soltanto sanitario e il programma di assistenza individualizzato (ma forse sarebbe meglio dire personalizzato, in quanto inserito in una relazione persona-comunità) viene ad esprimere non soltanto la traduzione "cartacea" della cura intesa come trattamento, ma la dinamica del prendersi cura.

In questa prospettiva, si comprende meglio la ragione del cambiamento della denominazione di quelli che, in origine, erano poliambulatori e poi sono divenuti, secondo forme e modalità assai diversificate tra Regione e Regione (e all'interno delle medesime), Case della salute, dove il genitivo esprimeva certamente l'idea di andare oltre al bisogno soltanto sanitario, ma non quella di rovesciamento del rapporto tra il servizio e il bisogno stesso.

Questo rovesciamento di impostazione costituisce la premessa culturale per cogliere appieno il significato dell'innovazione disegnata e la chiave per interpretare e attuare le clausole del D.M. n. 77/2022, al cui interno ritroviamo, accanto ad elementi di conferma della lettura proposta, anche profili di ambiguità lessicale. Così, se non si fa fatica a ricomprendere dentro la medesima logica delle Case della comunità la figura dell'"infermiere di famiglia e di comunità", diverso è il significato che il termine "comunità" ha nell'espressione "Ospedali di comunità", dove serve a qualificare una struttura di cure intermedie tra l'ospedalizzazione per acuzie e la presa in carico "territoriale", al di fuori pertanto di quella logica di rovesciamento di cui si è detto.

6. Quanto ai problemi di carattere politico, al primo posto metterei il tema della medicina convenzionata e in particolare della medicina generale. Da molto tempo, i tratti di fondo di quella che dovrebbe essere la nuova medicina generale costituisce patrimonio culturale comune della riflessione sulla Sanità pubblica. Ricordo un testo di quarantacinque anni fa, in cui Elio Guzzanti tracciava l'identikit del «nuovo medico di medicina generale», il quale, recuperando lo spirito e il ruolo del medico condotto, ma non più isolato perché coadiuvato da infermieri e da altre figure sanitarie e sociali, e operando «in centri di Sanità o case della

salute dove collabora con altri colleghi, non solo è in grado di orientare positivamente l'atteggiamento dei suoi assistiti verso la pratica della prevenzione primaria, ma è anche capace di ottenere una maggiore adesione e partecipazione ai programmi di prevenzione secondaria dei fattori precursori delle malattie e/o delle condizioni morbose già presenti ma ancora asintomatiche».

Non saprei dirlo meglio.

All'attuazione di questo disegno non si oppongono ostacoli di carattere tecnico-organizzativo (già si sono menzionati la riforma del 2012 e gli strumenti a disposizione del decisore nazionale), ma per essa si impone una decisione di carattere politico, cioè la volontà di coinvolgere nella rete del Servizio Sanitario Nazionale esperienze professionali importanti e che si sono sinora integrate con essa in misura assolutamente modesta. Analogamente, soltanto una forte volontà politica, nazionale e regionale, potrà consentire un maggiore coinvolgimento dei Comuni sia all'interno dell'esperienze delle Case della comunità, sia, più in generale, nella "nuova" Sanità territoriale. Senza i Comuni, non si dà reale integrazione sociosanitaria.

Ma l'elenco dei nodi politici da sciogliere è ben più lungo.

Pensiamo a strutture fortemente chiamate in causa a seguito della pandemia: le residenze sanitarie assistenziali. Non vedo ancora un'attenzione significativa nei loro confronti. Per riferirmi a un'esperienza straniera per noi sempre interessante, quella canadese, è notizia di questi mesi che il loro finanziamento è assunto all'interno del finanziamento della Sanità, e dunque le Rsa rientreranno dentro i cinque principi del servizio sanitario canadese, che sono assai simili ai nostri (universalità, accessibilità, globalità, portabilità e creazione di una rete di ospedali sostenuta dal finanziamento attraverso la fiscalità generale). Noi stiamo discutendo tra favorevoli e contrari, senza dire su quale modello di Rsa. O pensiamo alla medicina scolastica, che va ricompresa nel ridisegno della sottorete territoriale, nella consapevolezza che oggi la prevenzione comincia, prima ancora forse che in famiglia, a scuola.

Tra i problemi di carattere politico, è inevitabile che il pensiero vada ai temi di governance del Servizio Sanitario Nazionale, e dunque per questa via si ritorna al tema, già accennato parlando delle idee ricevute da superare, del rapporto tra i diversi livelli territoriali, e in particolare tra Stato e Regioni.

Si tratta di un tema evidentemente importante sotto il profilo costituzionale, che le regole concernenti il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza hanno riproposto.

Si pensi, in particolare, al titolo I della parte prima del D.L. n. 77/2021 convertito nella l. n. 108/2021, sulla “governance per il PNRR”, denominato Sistema di coordinamento, gestione, attuazione, monitoraggio e controllo del PNRR. L’art. 1, nel definire «il quadro normativo nazionale finalizzato a semplificare e agevolare la realizzazione dei traguardi e degli obiettivi stabiliti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, di cui al regolamento (UE) 2021/241 del Parlamento europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021», afferma che «ai fini del presente decreto e della sua attuazione assume preminente valore l’interesse nazionale alla sollecita e puntuale realizzazione degli interventi inclusi nei Piani indicati al comma 1». Sempre ai sensi dell’art. 1, comma 3, è in base ad un doppio titolo che trova fondamento la disciplina sulla governance: «Le disposizioni contenute nel presente decreto, in quanto direttamente attuative degli obblighi assunti in esecuzione del Regolamento (UE) 2021/241, sono adottate nell’esercizio della competenza legislativa esclusiva in materia di rapporti dello Stato con l’Unione europea di cui all’articolo 117, secondo comma, lettera a), della Costituzione e definiscono, ai sensi dell’art. 117, secondo comma, lettera m) della Costituzione, livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale».

Il richiamo al valore dell’interesse nazionale e il disegno di un sistema di poteri sostitutivi non vanno visti come necessariamente antagonisti rispetto ai principi di autonomia, sussidiarietà e leale collaborazione, ma, al contrario, appaiono persino doverosi - laddove ve ne sia l’esigenza - per contribuire ad assicurare quei livelli essenziali di assistenza che implicano la garanzia del fondamentale diritto alla salute in condizioni di uguaglianza.

7. Infine, sarebbe molto importante (ma, temo, gli interessi del contesto politico andranno in senso diametralmente opposto) che la discussione nei prossimi mesi non venga catturata dalla ripresa di poco meditate proposte di regionalismo differenziato anche in campo sanitario, avanzate sino alla vigilia della pandemia e poi provvisoriamente sopite. In proposito, non si può sottacere la pressoché totale contrarietà degli

studiosi di settore, significativamente esposta in un recente editoriale pubblicato su una rivista storicamente portabandiera delle istanze regionaliste, e che conclude così: «Dopo l'esperienza della pandemia ben pochi vorrebbero che i loro diritti, civili e sociali, fossero affidati alla disciplina differenziata, con fonte di rango legislativo, delle Regioni».

In materia sanitaria, non è poi azzardato commentare che, se talune di quelle proposte arrivassero in porto, esse comporterebbero la pratica destrutturazione del Servizio Sanitario Nazionale. A creare problema, in prospettiva, è soprattutto l'intreccio tra le richieste di autonomia totale in tema di compartecipazione alla spesa e quelle concernenti i cosiddetti fondi sanitari integrativi: è possibile che singole regioni deroghino all'assetto di fondo del Ssn e alla regola base per cui il finanziamento è assicurato dalla fiscalità generale? In un campo in cui le interrelazioni regionali sono strettamente dipendenti dall'assetto di fondo del sistema, una devoluzione riferita a questo o quel territorio regionale non potrebbe che comportare, appunto, la disarticolazione del Ssn e l'aumento delle diseguaglianze, senza che siano chiaramente percepibili i vantaggi in termini di tutela della salute e garanzia dei livelli essenziali di assistenza. Anzi, stante il prevedibile carattere largamente sostitutivo e non meramente integrativo delle prestazioni coperte da tali fondi, si genererebbero duplicazioni e si aggraverebbero le disparità tra territorio e territorio, tra cittadino e cittadino. Non è difficile scorgere nella combinazione di fondi sostitutivi, manovre sui ticket, regole “ammorbidenti” quanto all'attività libero-professionale intramuraria e ai requisiti di assunzione di personale sanitario e medico in particolare, e infine facoltà di remunerare tale personale in misura differente tra Regione e Regione, la volontà di costruire un sistema “a doppio pilastro” assai squilibrato, nel quale la qualità dei servizi e delle prestazioni rese dalla componente pubblica sarebbe inevitabilmente recessiva rispetto a quella realizzabile all'interno del settore privato.

Se quanto appena sintetizzato costituisce il significato reale delle proposte di c.d. “regionalismo differenziato”, che sorgono dalla volontà di modificare l'assetto complessivo del Servizio Sanitario Nazionale e i suoi principi ispiratori, e non, come si sente affermare, da ragioni legate ad esigenze epidemiologiche o di aderenza ai territori, sarebbe allora importante che su questo si aprisse una vera discussione nazionale sul significato e sul ruolo della Sanità pubblica nel nostro Paese.



Una pubblicazione Centro Studi Borgogna
I Quaderni - Secondo Numero

Coordinatore Editoriale Edoardo Baccari
Progetto grafico e realizzazione editoriale GraFFiti Creative, Milano
Illustrazioni Arianna De Nittis
Prima edizione Gennaio 2023





CENTRO STUDI BORGOGNA

Via Borgogna, 5
20122 Milano
+39 02 3664 2658
segreteria@centrostudiborgogna.it
www.centrostudiborgogna.it

Seguici su:

