

127

MIECOSAN

MANAGEMENT
ED ECONOMIA SANITARIA

FrancoAngeli 

CERGAS



MECOSAN

MANAGEMENT ED ECONOMIA SANITARIA

IN COLLABORAZIONE CON 

SOMMARIO

PUNTO DI VISTA

Manager per il SSN del futuro: la visione di Henry Mintzberg 3
Elio Borgonovi

SAGGI

L'Internal Auditing nel Servizio Sanitario Nazionale: l'esperienza della Regione Veneto e della Regione Emilia-Romagna 7
Cecilia Langella, Iliara Elisa Vannini, Milena Marciacano, Niccolò Persiani

Monitoraggio e referral dei pazienti cronici: i risultati di uno studio empirico 29
Francesco Schiavone, Francesco Montanino, Salvatore Russo

Sviluppo e applicazione di strumenti di telemedicina all'interno del percorso delle pazienti con tumore mammario in fase precoce: dalla diagnosi al follow-up 43
Luigi Maria Preti, Antonella Ferro, Claudio Eccher, Rosa Maimone

Il vissuto emozionale e le strategie comportamentali e organizzative agite dai coordinatori infermieristici in una realtà triestina durante la pandemia da SARS-CoV2: indagine conoscitiva 67
Patrizia Sartorato, Maria Vittoria De Girolamo, Caterina Galletti

L'IRCCS di Veruno: dal Covid al nuovo modello di offerta assistenziale attraverso un percorso di riposizionamento strategico 85
Stefano Gariano, Renzo Augusto Bargarolo, Stefano Corna, Giovanni Maria Soro

MATERIALI PER LA RICERCA E L'APPROFONDIMENTO

Position paper Digitalizzazione e Innovazione 103
Paolo Petralia

Commento a cura di Marta Marsilio e Gianvincenzo Zuccotti 111

Commento a cura di Luca Del Bene 114

COMITATO SCIENTIFICO

Paola Adinolfi, Università degli Studi di Salerno; Luca Anselmi, Università degli Studi di Pisa; Paolo Bordon, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento; Elio Borgonovi, Università Bocconi; Yvonne Brunetto, Southern Cross University; Stefano Caciolari, Università degli Studi di Milano-Bicocca; Lino Cinquini, Scuola Superiore S. Anna di Pisa; Alessandro Colombo, PoliS Lombardia; Thomas D'Aunno, New York University Wagner; Alberto Deales, Istituto nazionale ricovero e cura anziani; Giovanni Fattore, Università Bocconi; S. Robert Hernandez, University of Alabama at Birmingham; Nancy Kane, Harvard School of Public Health; Loredana Luzzi, Università degli Studi di Brescia; Marianna Mauro, Università degli Studi "Magna Graecia" di Catanzaro; Marco Meneguzzo, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"; Stephen J. O'Connor, University of Alabama; Paola Orlandini, Università degli Studi di Milano-Bicocca; David Paltiel, Yale University; Rocco Reina, Università degli Studi "Magna Graecia" di Catanzaro; Francesco Ripa di Meana, FIASO; Claudia Salvatore, Università degli Studi di Napoli "Federico II"; Angelo Tanese, Asl Roma 1; Rosanna Tarricone, Università Bocconi; Emanuele Vendramini, Università Cattolica del Sacro Cuore, Piacenza; Gary Young, Northeastern University; Antonello Zangrandi, Università degli Studi di Parma; Francesco Zavattaro, Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute del Friuli-Venezia Giulia; Giuseppe Zuccatelli, Asp Catanzaro

DIRETTORE SCIENTIFICO E EDITOR IN CHIEF
Elio Borgonovi

EDITORIAL BOARD

Francesco Albergò, Università LUM "Giuseppe Degenaro"; Gustavo Barresi, Università degli Studi di Messina; Antonio Botti, Università degli Studi di Salerno; Corrado Cuccurullo, Università degli Studi della Campania "L. Vanvitelli"; Antonio D'Andrea Matteo, Università degli Studi "G. d'Annunzio" Chieti-Pescara; Mario Del Vecchio, Università degli Studi di Firenze; Andrea Francesconi, Università degli Studi di Trento; Floriana Fusco, Università degli Studi di Milano; Federico Lega, Università degli Studi di Milano; Pier Luigi Catalfo, Università degli Studi di Catania; Concetta Lucia Cristofaro, Università degli Studi "Magna Graecia" di Catanzaro; Manuela S. Macinati, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma; Marta Marsilio, Università degli Studi di Milano Statale; Mario Nicolliello, Università degli Studi di Pisa; Antonio Nisio, Università degli Studi di Bari; Daniela Preite, Università degli Studi del Salento; Elisabetta Reginato, Università degli Studi di Cagliari; Marco Giovanni Rizzo, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma; Anna Romiti, Università degli Studi di Firenze; Angelo Rosa, Lum School of Management; Domenico Salvatore, Università degli Studi di Napoli "Federico II"; Sabato Vinci, Università degli Studi Roma Tre

CO-EDITORS

Mara Bergamaschi, Università degli Studi di Bergamo; Denita Cepiku, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"; Thomas D'Aunno, New York University Wagner; Luca Del Bene, Università Politecnica delle Marche; Mike Drummond, Cergas Università Bocconi; S. Robert Hernandez, University of Alabama at Birmingham; David Paltiel, Yale University; Anna Prenestini, Università degli Studi di Milano Statale; Salvatore Russo, Università degli Studi di Venezia; Domenico Salvatore, Università degli Studi Suor Orsola Benincasa, Napoli; Massimo Sargiacomo, Università degli Studi "G. d'Annunzio" Chieti-Pescara; Marzia Ventura, Università degli Studi "Magna Graecia" di Catanzaro

BOARD FIASO (COMITATO DIRETTIVO)

Giovanni Migliore; Angelo Tanese; Paolo Petralia; Carlo Nicora; Eva Colombo; Antonio D'Urso; Antonio D'Amore; Pasquale Chiarelli; Alessandro Caltagirone

SEGRETERIA DI REDAZIONE

Ludovico Cavallaro, SDA Bocconi; Agnese Palvarini, SDA Bocconi

SOMMARIO

Position paper Ricerca e Sperimentazioni cliniche <i>Carlo Nicora</i>	117
Commento a cura di Federico Lega	122
Commento a cura di Salvatore Russo	124
Position paper Personale e Risorse umane <i>Eva Colombo</i>	127
Commento a cura di Domenico Salvatore	137
Commento a cura di Mara Bergamaschi	139
Position paper Sanità territoriale <i>Antonio D'Urso</i>	143
Commento a cura di Antonio Botti	151
Commento a cura di Emanuele Vendramini	154
Position paper Ospedale del futuro <i>Antonio D'Amore</i>	157
Commento a cura di Marco Meneguzzo	168
Commento a cura di Anna Prenestini	170
Position paper Transizione ecologica e green <i>Alessandro Caltagirone</i>	175
Commento a cura di Floriana Fusco	180
Commento a cura di Antonio D'Andreamatteo	183

Position paper Sanità territoriale

Antonio D'Urso*

Lo stato dell'arte

Il nuovo modello di cure primarie, il raccordo e l'integrazione tra territorio e ospedale, l'utilizzo delle tecnologie di telemedicina hanno monopolizzato a lungo, tanto nella fase pandemica che in quella immediatamente successiva, il dibattito tra addetti ai lavori. Le progettualità del PNRR e il DM77 documentano la centralità assunta da quelle tematiche, considerate cruciali per l'evoluzione del SSN e, secondo molti, per la sua stessa tenuta.

Il PNRR, con le sue progettualità e i suoi finanziamenti, si prefigge tra i suoi obiettivi di intervenire per sostenere e riformare l'assistenza sanitaria territoriale e ospedaliera secondo principi di *prossimità, innovazione e uguaglianza*. La Missione 6 – Salute – si articola in due componenti.

M6C1, *Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale*, ha l'obiettivo di innovare e rafforzare il modello di assistenza territoriale, grazie anche all'attivazione e al potenziamento di strutture e presidi come *Case e Ospedali di Comunità* e all'investimento sull'*assistenza domici-*

liare, sullo sviluppo della *telemedicina* e su una più efficace integrazione con i servizi sociali. Riportiamo di seguito le principali priorità della Componente 1 e la loro articolazione.

- 1) *Case della Comunità e presa in carico della persona.*
- 2) *Casa come primo luogo di cura e telemedicina:*
 - a) *casa come primo luogo di assistenza primaria integrata (ADI);*
 - b) *implementazione delle Centrali operative territoriali (COT);*
 - c) *telemedicina per un migliore supporto ai pazienti in long term care per la gestione delle malattie croniche;*
 - d) *casa come luogo di attuazione della continuità fra assistenza primaria e secondaria (specialistica);*
 - e) *casa come luogo a disposizione della comunità (spazi e opportunità di collaborazione con le organizzazioni del terzo settore presenti e attive nella comunità servita).*
- 3) *Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità, hospice ecc.).*

M6C2, *Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario, com-*

S O M M A R I O

Lo stato dell'arte
Le proposte di FIASO
Conclusioni

* Antonio D'Urso, Vicepresidente FIASO.

La redazione editoriale del presente contributo è stata effettuata da Stefano A. Inglese.

prende, invece, misure per il rinnovamento e l'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il potenziamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), da realizzare anche attraverso il potenziamento dei flussi informativi sanitari. Riportiamo di seguito le principali priorità della Componente 2.

- 1) *Aggiornamento tecnologico e digitale.*
- 2) *Formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico.*

L'Italia ha assunto l'impegno di ideare e sviluppare progetti da finanziare con i fondi della Missione 6, attraverso riforme e investimenti pubblici e privati, in maniera da finalizzarli entro il 2026.

Rientra in questo contesto il DM n. 77/2022, "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale", che definisce le modalità attraverso le quali raggiungere gli obiettivi stabiliti dal PNRR e gli standard assistenziali ai quali attenersi nella ristrutturazione dei servizi territoriali.

Le principali tematiche affrontate dal Decreto sono:

- 1) l'istituzione delle *Case della Comunità*, definite come il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria e socio-sanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento. Sono previste due tipologie di Case della Comunità, *hub & spoke*. Per ciascuna di

esse sono descritti i *requisiti standard*, sia strutturali sia riguardanti i servizi che dovranno essere garantiti dalle rispettive strutture;

- 2) l'introduzione dell'*infermiere di famiglia o di comunità*, definito come la figura professionale di riferimento, che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità, in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera, perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti e favorendo l'*empowerment* della persona e dei caregiver, rendendoli protagonisti del percorso di cura;
- 3) l'istituzione della *Centrale Operativa Territoriale (COT)*, un modello organizzativo che svolge una funzione di *coordinamento* della presa in carico della persona e di *raccordo* tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali, attività territoriali, sanitarie, socio-sanitarie e ospedaliere e di *dialogo* con la rete dell'emergenza-urgenza;
- 4) l'introduzione della *Centrale Operativa 116117*, sede del Numero Europeo Armonizzato (NEA) per le cure mediche non urgenti, che offre alla popolazione un servizio telefonico gratuito, attivo 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 per tutte le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a bassa intensità assistenziale;
- 5) l'istituzione dell'*Ospedale di Comunità*, una struttura sanitaria di ricovero che afferisce alla rete di offerta dell'assistenza territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità, tra l'altro, di evitare ricoveri ospedalieri impropri e di

favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni socio-sanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio;

- 6) la previsione del ricorso alla *telemedicina* come modalità di erogazione a distanza di servizi e prestazioni assistenziali sanitarie e socio-sanitarie a rilevanza sanitaria, abilitata dalle tecnologie informatiche e digitali, e utilizzata da un professionista sanitario per garantire prestazioni sanitarie agli assistiti (professionista sanitario-assistito) o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari (professionista sanitario – professionista sanitario).

Il PNRR permetterà, anche grazie alle disposizioni del DM77, lo sviluppo dell'assistenza territoriale attraverso l'investimento di ingenti risorse in conto capitale. Ciò consentirà, con lo sviluppo delle *Case della Comunità*, di garantire alla popolazione un nuovo punto di riferimento per i bisogni socio-sanitari, e il focus sull'*integrazione multiprofessionale* rappresenta un valore importante sul quale insistere, tenuto conto che i pazienti con patologie croniche presentano condizioni complesse non ascrivibili a una singola disciplina e fortemente condizionate nel loro manifestarsi ed evolvere anche da condizioni non sanitarie (economiche, abitative, familiari ecc.), che non possono prescindere da una valutazione multidimensionale in grado di integrare bisogni sociali e sanitari.

Questi finanziamenti consentiranno, inoltre, di investire su strumenti di telemedicina per raggiungere i pazienti

presso il loro domicilio, che diventa un luogo primario di cura e assistenza. Il Decreto permette, ancora, un discreto margine di flessibilità organizzativa affinché le declinazioni territoriali dei servizi sanitari regionali, in particolare i Distretti, possano organizzare le prestazioni e l'assistenza su misura delle caratteristiche demografiche e geografiche di riferimento.

Tuttavia, si evidenziano anche criticità importanti nello sviluppo di questa riforma.

Gli investimenti e i finanziamenti sono indirizzati alle strutture e alle tecnologie, ma non al personale sanitario. La carenza cronica di medici e infermieri di cui soffre il nostro SSN comporta un intrinseco rischio di investire su strutture che non sarà possibile dotare di personale. C'è poi la questione della formazione del personale, e del rischio che possa non essere formato per fronteggiare l'innovazione tecnologica che non solo il PNRR e il DM77 richiedono, ma anche le esigenze e i bisogni a partire dai quali il nuovo modello di assistenza territoriale sta nascendo. Restano ancora tutte da chiarire le modalità organizzative della Medicina Generale che, a prescindere dalle formule di ingaggio contrattuale, dovranno evolvere necessariamente verso forme di lavoro di équipe coordinate dal Distretto, in stretta integrazione con tutti gli altri professionisti coinvolti nel modello di assistenza primaria (multiprofessionalità). Queste politiche sul capitale umano procederanno, verosimilmente, come è stato finora, dal Governo, con il rischio non ignorabile di cambi di direzione che potrebbero condurre a ritardi o, peggio, alla mancanza di politiche specificamente dedicate ai professionisti sanitari.

Nonostante la normativa nazionale abbia progressivamente precisato ruolo e organizzazione del Distretto, l'applicazione da parte delle diverse Regioni risulta a tutt'oggi largamente incompleta oltre che molto diversificata, tanto che in alcune di esse il Distretto è un'entità virtuale. Il DM n. 77/22 inserisce definizione e configurazione del Distretto, come cornice organizzativo-gestionale dell'assistenza territoriale, nell'all. 1 (*indicazioni propositive*) e non nell'all. 2 (*indicazioni vincolanti*), mantenendo per le Regioni un'ampia discrezionalità, con il rischio di continuare ad alimentare forti disomogeneità e riflessi negativi sull'equità dell'offerta che il PNRR vorrebbe contribuire a superare.

Rimangono da chiarire le forme di collaborazione tra il livello specialistico (ospedaliero) e di assistenza primaria (Distretto) per i processi di presa in carico in continuità e la gestione interdisciplinare delle persone sia in *short* sia in *long term care* a domicilio o nelle residenze.

Infine, l'ambizione di progettare un modello organizzativo standardizzato, indipendente dalle condizioni strutturali e territoriali attuali, delegando questa responsabilità alle singole Regioni e Aziende sanitarie, richiede inevitabilmente un intervento culturale sul sistema, sui professionisti, sulla popolazione, sugli enti e sugli stakeholder coinvolti, che dovrà svilupparsi negli anni che ci separano dalla deadline del 2026.

In particolare, le principali criticità rispetto alle principali progettualità sono riassumibili come segue.

Case della Comunità

- Disomogeneità a livello nazionale: solo alcune Regioni italiane partono

da progetti già avviati. Le Case della Salute, che rappresentano la base per la realizzazione delle Case della Comunità, non sono diffuse in tutte le realtà regionali, e ciò fa sì che alcune Regioni partano con un vantaggio rispetto ad altre. A ciò si deve aggiungere che le risorse economiche per la realizzazione delle strutture sono state distribuite non in base alle reali necessità delle Regioni, ma ripartendo la cifra stanziata per ciascuna delle Case progettate e finanziate. Tutto ciò finirà per accentuare ulteriormente le differenze regionali esistenti.

- Difficoltà a garantire la presenza dei MMG all'interno delle strutture.
- Assenza di infrastrutture informatiche.
- Necessità di formazione specifica e di acquisizione di competenze certificate.
- Scarsa definizione dei rapporti tra MMG/CA/UCA.
- Presenza di UCA sottostimata: 1 medico e 1 infermiere ogni 100.000 abitanti.
- Difficoltà a garantire la copertura infermieristica stabilita. Si prevede una presenza infermieristica h12. Inoltre, il DM77 stabilisce che ci sia un *infermiere di famiglia e di comunità* ogni 3.000 abitanti. Anche convertendo tutti gli attuali infermieri territoriali a IFeC, non saremmo in grado di soddisfare il fabbisogno previsto. A tutto ciò si sommano le carenze croniche di personale infermieristico.

Centrali Operative Territoriali

- Standard minimo di personale: 1 coordinatore infermieristico, 3-5 infermieri, 1-2 unità di personale di supporto. Manca la definizione della struttura e della composizione della équipe multidisciplinare.

- Assenza di infrastrutture tecnologiche informatiche definite.
- Mancata individuazione del Distretto come struttura dipartimentale nella quale è incardinata la COT, della quale tuttavia ha la responsabilità.
- Sede nella Casa della Comunità, che deve essere parte integrante del Distretto, collocata fisicamente in contesti che facilitino la raggiungibilità e l'accesso per tutta la popolazione servita (principio della prossimità), prevedendo anche la possibilità di sedi satellite decentrate (in particolare per le aree interne).
- Mancata chiarezza sulle funzioni di telemonitoraggio, televisita e teleconsulto (target di riferimento, relazioni con le altre Centrali). In generale, resta un modello piuttosto teorico-descrittivo.
- Limiti imposti dalle normative sulla privacy.

Ospedali di Comunità

- Standard: 1 Ospedale di Comunità (20 posti letto) ogni 100.000 ab. Si raggiunge lo standard di 0,4 p.l. per 1.000 ab. attraverso l'integrazione con i p.l. di *Cure Intermedie*.
- Necessità di formare adeguatamente il personale infermieristico e sanitario in generale.
- Si profila un problema di confusione e sovrapposizione di ruoli, oltre a presentarsi una scarsa definizione delle qualifiche del *Medico incaricato* previsto in struttura.
- Personale di assistenza da garantire secondo nuovi criteri e definizione del livello di responsabilità del *coordinatore*.

Telemedicina

- Assenza di indicazioni chiare e di strumenti definiti.

- Limiti imposti dalle normative sulla privacy.

L'applicazione dei progetti del PNRR e del DM77 è una parte non irrilevante dell'impegno delle Aziende in questo momento, ed è destinata a lasciare una traccia di sé nel futuro del SSN. FIASO ha ritenuto utile, quindi, verificare sul campo a che punto siamo, attraverso una survey condotta nel corso del 2023 che ha monitorato il grado di applicazione del PNRR su questi temi, e del DM77. La survey ha riguardato 74 Aziende sanitarie territoriali di tutto il territorio nazionale e ha scandagliato le principali questioni sul tappeto.

Case della Comunità. Il 58% delle Aziende sanitarie che hanno partecipato alla survey ne ha attivata almeno una, nel complesso sono 282 le Case della Comunità avviate. Siamo ancora lontani dagli standard previsti dal DM77, ma il dato più significativo riguarda le differenze nello stato di attuazione tra le diverse regioni, a volte anche all'interno della stessa regione. Quanto alle attività svolte, sembra ben avviata l'integrazione con l'assistenza specialistica e con i servizi sociali, anche se lo sviluppo di tale integrazione sembra basata su un sistema spontaneo di collaborazione tra i professionisti piuttosto che su un sistema preordinato e strutturato. Positiva anche l'attenzione per la prevenzione. C'è ancora molto da fare, invece, per lo sviluppo del monitoraggio da remoto a supporto dell'assistenza a domicilio.

Infermiere di Famiglia e di Comunità. Il 70% delle Aziende monitorate dispone di questa figura professionale, con differenze tra Nord (95%), Centro (70%) e Sud (30%). Quanto al loro reperimento per raggiungere gli stan-

dard previsti, la maggior parte delle Aziende prefigura una riorganizzazione complessiva del personale del quale dispone.

Unità di Continuità Assistenziale. Prevvalgono nelle regioni del Sud, numeri esigui al Nord. Il dato si spiega, probabilmente, con i diversi modelli organizzativi in essere.

Centrali Operative Territoriali. La maggior parte delle Aziende non le ha ancora istituite, ma più del 90% dichiara di avere esperienze con funzioni analoghe.

Ospedali di Comunità. Si contano 90 Ospedali di Comunità attivati in 38 Aziende. Nessuna esperienza a Bolzano, nel Lazio, in Calabria e Sicilia, mentre Emilia-Romagna, Lombardia e Toscana sembrano più avanti nella messa a punto di queste strutture.

Telemedicina. Solo in 10 Aziende si registrano progetti di telemedicina a supporto dell'assistenza territoriale. La tecnologia sembra molto diffusa, non altrettanto le esperienze per il controllo dei pazienti da remoto a supporto dell'assistenza a domicilio. Risultati incoraggianti per il teleconsulto fra professionisti del territorio e fra questi e gli ospedalieri, un passo in avanti nell'integrazione.

Profilo epidemiologico. Esistono profili epidemiologici del rischio dei cittadini assistiti nel 42% delle Aziende monitorate. Un terreno sul quale c'è da lavorare ancora intensamente. La programmazione di strutture, profili professionali, formazione dovrebbe partire dalla stratificazione della popolazione e dalle valutazioni che ne discendono.

PDTA. I PDTA attivati sono numerosissimi (in totale 523) e riguardano non solo le patologie croniche a maggior impatto epidemiologico come lo

scompenso cardiaco, la BPCO o il diabete, ma anche molte neoplasie e condizioni meno intercettate da questo approccio, come per esempio quelle che richiedono la chirurgia bariatrica, o come il gioco d'azzardo patologico. L'interesse per i PDTA e, soprattutto, per la loro applicazione, è legato alla loro impostazione a partire dalle evidenze, a garanzia della qualità delle cure e dell'assistenza, e alla semplificazione dei percorsi per i cittadini. Rappresenta inoltre un elemento essenziale il monitoraggio dei PDTA attraverso la tracciabilità del percorso e la misurazione dei risultati anche ai fini del rispetto del Nuovo Sistema di Garanzia che ha introdotto la misurazione di alcuni indicatori legati ai PDTA per la valutazione degli esiti delle cure. Elementi non di poco conto, nel momento in cui si riorganizza il modello di assistenza sul territorio.

Armonizzazione delle strutture. Quasi tutte le strutture interpellate stanno provvedendo ad armonizzare le nuove strutture territoriali, con particolare attenzione per la formazione degli operatori e la collaborazione con i medici di medicina generale.

Stato di attivazione. Nel complesso, riguardo alla applicazione di quanto previsto da PNRR e DM77, l'11% delle Aziende dichiara di essere in fase di avanzata realizzazione, il 18% in fase di prima sperimentazione, il 26% è in fase di avvio, il 18% è in fase di programmazione, il 27% è impegnato nella trasformazione di altre strutture esistenti. Un quadro composito, che rende conto di un lavoro avviato ma, ovviamente, ancora in progress.

La strada, come dimostrano anche i risultati della survey condotta da FIASO, è ancora lunga. In questa delicata fase di transizione sono necessa-

rie idee, organizzazione, risorse e una governance adeguata a raggiungere i risultati auspicati. E molte riflessioni, dibattiti, confronto.

Le proposte di FIASO

Alla luce del contesto sopra descritto, la FIASO propone di:

- 1) lavorare sul ruolo centrale delle cure primarie (MMG e PLS), da rendere maggiormente operativo ed efficace attraverso i nuovi modelli organizzativi previsti, e resi obbligatori, dall'ACN per alcune funzioni (es. Continuità Assistenziale, UCA, funzione clinica in RSA e in Ospedali di Comunità), e su un approccio multiprofessionale, cardine della risposta alla complessità, in maniera che sia in grado di assicurare il supporto essenziale dell'infermiere di comunità e dei servizi sociali integrati (Aziende Sanitarie, Comuni);
- 2) rafforzare la governance distrettuale attraverso l'investimento sulla formazione, sulle competenze e su un adeguato riconoscimento dello status direzionale ed economico dei Direttori di Distretto;
- 3) garantire il lavoro in équipe multidisciplinare e multiprofessionale, identificando i componenti del team e chiarendo ruoli, funzioni e competenze;
- 4) rafforzare e dare vocazione ai piccoli ospedali, anche attraverso una migliore attività programmata degli specialisti all'interno della rete ospedaliera, con il superamento del modello *hub & spoke* basato sulle strutture invece che sulle équipe, che possono operare anche in sedi decentrate ogniqualvolta lo si ritenga necessario;
- 5) lavorare al rafforzamento dell'integrazione dei servizi ospedalieri, sanitari e socio-sanitari attraverso lo sviluppo, l'attuazione e il monitoraggio dei PDTA;
- 6) implementare l'*Activity-based management* per la valutazione dei percorsi di cura;
- 7) procedere all'implementazione progressiva e controllata degli strumenti e delle modalità di telemedicina (telemonitoraggio, televisita, teleconsulto);
- 8) potenziare l'Ospedale di Comunità attraverso la formazione del personale infermieristico, in modo che sia in grado di gestire situazioni complesse, e in autonomia, anche attraverso protocolli specifici per la modifica e la somministrazione di alcune terapie anche in assenza del medico. Inoltre, così come avviene nel modello inglese dei *Community Hospital*, permettere all'interno degli Ospedali di Comunità il teleconsulto e telemonitoraggio con specialisti situati in ospedali per acuti;
- 9) lavorare al governo delle reti, per contribuire ad attuare i principi di capillarità e prossimità sui quali si basa lo sviluppo del modello delle *Case della Comunità* e della nuova assistenza territoriale. Citando il *Rapporto OASI 2022*: "Il tema dei presidi della rete territoriale si collega direttamente [...] alla diffusione di una cultura organizzativa improntata a un cambiamento di paradigma che si rifà al tema dell'integrazione tra ospedale e territorio".

Conclusioni

Nel contesto attuale, nel quale le Regioni e le Aziende iniziano a recepire ufficialmente le disposizioni del

DM77, il Sistema sanitario si trova in una fase delicata di transizione che non può prescindere da un *change management* oculato, sostenibile, competente su tutti i livelli e monitorabile. La sfida, ambiziosa, si regge sul delicato equilibrio del mantenimento della tensione strategica dal regolatore ai territori, in maniera da consentire a

questi ultimi di attuare il passaggio dal modello organizzativo di sanità territoriale del passato a quello del futuro, senza privarli dell'autonomia della quale dispongono, anche in relazione alla loro maggiore conoscenza del contesto di riferimento, a cominciare dalle caratteristiche geografiche e demografiche.

Commento

a cura di Emanuele Vendramini*

Il documento di FIASO sulla sanità territoriale è suddiviso in tre parti: lo stato dell'arte, le proposte e le conclusioni. In esso vengono analizzati con precisione e dettaglio gli elementi caratterizzanti sia il DM77 sia i contenuti relativi alla Missione 6 del PNRR specifici per la sanità territoriale. L'analisi è completa e coglie alcuni aspetti di evidente criticità: da un lato, il modello distrettuale identificato con il DM77 e, dall'altro, la moltitudine di accezioni identificate a livello regionale spesso molto lontane dalle indicazioni nazionali. Risulta infatti tra i nodi da sciogliere quello di esplicitare il ruolo, la governance ma soprattutto i contenuti di responsabilità dei distretti: solo programmazione e committenza, sola erogazione o mix delle due funzioni? E in relazione ai rapporti con le Case della Comunità: i fattori produttivi (personale, agende, tecnologie) dipendono dal distretto o quest'ultimo ha la responsabilità degli spazi ma non della funzione di erogazione e del relativo case mix che viene prodotto?

Il documento di FIASO cerca di rispondere a queste domande evidenziando come il DM n. 77/22 inserisce definizione e configurazione del distretto come cornice organizzativo-gestionale dell'assistenza territoriale nell'all. 1 (*indicazioni propositive*) e non nell'all. 2 (*indicazioni vincolanti*), mantenendo per le Regioni un'ampia discrezionalità, con il rischio di continuare ad alimentare forti disomogeneità e riflessi negativi sull'equità dell'offerta che il PNRR vorrebbe contribuire a superare.

Sempre in tema di Case della Comunità il documento presenta come in alcune Regioni esse siano l'evoluzione delle Case della Salute in un'ottica di *community building*, quindi con il coinvolgimento del volontariato, dell'associazionismo, della dimensione sociale (centri per anziani, centri diurni), mentre in altre siano strutture da attivare *ex novo*.

L'eterogeneità delle soluzioni porta anche a un'ulteriore preoccupazione legata alla possibilità che in alcuni contesti le Case della Comunità siano degli ex poliambulatori ridenominati con un'enfasi sui contenitori (strutture) e non sui contenuti (valore aggiunto prodotto per il cittadino). L'auspicio è una Casa della Comunità non solo come produttore/erogatore di prestazioni ma anche snodo territoriale e ambito di assistenza e cura per la presa in carico di pazienti fragili e cronici. Quindi non solo ampliamento della rete di offerta ma anche strumento di governo della domanda all'interno della quale si inserisce la centrale operativa territoriale che il documento ben rappresenta nelle sue potenzialità ma anche nei punti ancora da sviluppare.

Un ulteriore spunto di riflessione riguarda i MMG, PLS ma in generale tutti i professionisti che sono liberi professionisti convenzionati. Il tema non è solo di tipo contrattuale bensì di natura squisitamente clinica e gestionale. Le sfide sono legate alla possibilità di avere strumenti efficaci per la responsabilizzazione di questi professionisti in tema di governo clinico e di appropriatezza, di presa in carico dei fragili, degli anziani, dei cronici; nello specifico si intende avere i MMG, i PLS, i MCA e anche gli specialisti convenzionati ambulatoriali pienamente integrati nelle strutture distrettuali quali le Case della Comunità, i PDTA, le COT (si pensi alle fasi di segnalazione, di valutazione e della presa in carico).

La difficoltà di sviluppare programmi di coinvolgimento pieno e integrato dei professionisti delle cure primarie rischia di minare le potenzialità di strumenti innovativi e necessari per rispondere al bisogno dei cittadini come: gli Ospedali di Comunità, le cure di prossimità e le Case della Comunità.

* Emanuele Vendramini, Ph.D, Professore Ordinario di Economia Aziendale. Università Cattolica del Sacro Cuore.

La seconda parte del documento predisposto da FIASO presenta la *pars construens* e le 9 proposte che in termini dettagliati identificano la rotta da tracciare per lo sviluppo delle cure territoriali. Anche se tutti e 9 i punti presentati da FIASO sono significativi e identificano le priorità per continuare a migliorare l'efficacia, la tempestività e l'equità della risposta ai bisogni della nostra popolazione, 3 sembrano spiccare in termini di priorità. Innanzitutto, lavorare sul *ruolo centrale delle cure primarie* (MMG e PLS). Anche alla luce di quanto evidenziato precedentemente e puntando finalmente alla definizione di un vero e proprio processo di responsabilizzazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali e delle Unità Complesse di Cure primarie, obbligatorie dal 2009 ma in molti contesti ancora non presenti e, soprattutto, senza veri e propri obiettivi di salute. In secondo luogo, rafforzare la *governance* distrettuale attraverso l'investimento sulla formazione, sulle competenze e su un adeguato riconoscimento dello status direzionale ed economico dei Direttori di Distretto. Questo al fine di definire in modo chiaro e preciso un sistema di responsabilità in termini di risultato per il Distretto attribuendogli un vero e proprio budget di salute coerente con il sistema di programmazione e controllo aziendale. Infine, lavorare al rafforzamento dell'integrazione dei servizi sanitari e socio-sanitari attraverso lo sviluppo, l'attuazione e il monitoraggio dei PDTA e implementare l'*Activity-based management* per la valutazione dei percorsi di cura. L'implementazione dei percorsi è necessaria per superare le logiche a silos che troppo spesso caratterizzano la nostra sanità. Mettere al centro il cittadino vuol dire progettare, coordinare percorsi che integrino i vari ambiti di cura, coordinino responsabilità cliniche e assistenziali e diano anche la giusta valorizzazione economica a questi strumenti.

AIMS & SCOPE

Mecosan è una rivista trimestrale di saggi e ricerche, documenti e commenti per il governo manageriale della sanità. La sua missione è di contribuire ad una migliore comprensione del funzionamento dei sistemi e delle aziende sanitarie e di promuovere la diffusione delle buone pratiche manageriali a tutti i livelli, nel settore pubblico e privato profit e non profit. Per realizzare la sua missione la rivista Mecosan accoglie contributi di campi disciplinari diversi (economia, statistica, medicina, sociologia e scienze giuridiche) sebbene le sue radici disciplinari siano chiaramente riferibili alla Economia Aziendale. La logica, i principi, i criteri e i metodi della ricerca di economia aziendale sono qualificanti per i contributi, che devono mettere in evidenza le implicazioni di policy e di management delle analisi svolte. Mecosan intende rappresentare un luogo per la condivisione dei risultati di rilevanti e rigorose ricerche, casi di studio ed esperienze nel campo della tutela della salute e dei servizi socio-sanitari affinché le pratiche manageriali possano essere influenzate e migliorate. Il pubblico di riferimento include accademici, ricercatori, policy maker a livello regionale e nazionale, manager a vario livello di aziende sanitarie e ospedaliere pubbliche e private, medici e altri professionisti interessati a temi organizzativi e implicazioni economiche del loro lavoro. Sono benvenuti contributi su temi manageriali nel campo delle aziende e dei sistemi sanitari provenienti da differenti campi disciplinari ed esperienze professionali. Gli autori possono inoltrare saggi teorici, lavori empirici originali, rassegne di letteratura, articoli su buone pratiche manageriali. Tutti i materiali pervenuti saranno sottoposti ad un processo di referaggio di almeno due referee anonimi secondo gli standard internazionali di double blind comunemente accettati. Mecosan considera il referaggio come un processo finalizzato al miglioramento della qualità dei contributi piuttosto che un mero processo di selezione. La rivista accetta anche contributi di autori non italiani o scritti in inglese, sulla base delle norme editoriali pubblicate in altra parte della rivista.

Mecosan is the premier quarterly journal in Italy in the field of healthcare management. Its mission is to improve the understanding of how healthcare organizations and systems function and to promote the diffusion of good managerial practices at all levels. In order to pursue its mission, the journal draws together and learns from different academic disciplines (economics, statistics, medicine, sociology and law), although its conceptual roots are firmly grounded in the Italian approach to managerial studies. Considering the role of the public sector in healthcare systems, public management and administration research is a relevant basis for contributions. Mecosan aims at providing a forum for sharing the results of rigorous and relevant research, case studies and practical experiences in healthcare so that managerial practices can be influenced and improved. The target audience includes academics, researchers, consultants and practitioners. Contributions from different academic disciplines and professional experiences on managerial themes in the field of healthcare organizations are welcome. Authors can submit conceptual articles, original empirical works, theoretical overviews or reviews, or articles on good practices. All submissions will be comprehensively refereed by at least two anonymous reviewers according to internationally accepted standards. Mecosan considers reviewing to be a developmental process aimed at improving the quality of individual papers rather than a mere process of selection. The journal also welcomes papers from non Italian authors written in English.

DIREZIONE E REDAZIONE

Università L. Bocconi, CER GAS Via Roentgen 1, 20136 Milano.
E-mail: redazionemecosan@unibocconi.it

AMMINISTRAZIONE, DISTRIBUZIONE

FrancoAngeli, v.le Monza 106, 20127 Milano, tel. 02.2837141, fax 02.26144793
Ufficio abbonamenti, fax 02.26141958, tel. 02.28371456 – 02.28371454

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore ed è pubblicata in versione digitale con licenza *Creative Commons Attribuzione-Non Commerciale-Non opere derivate 4.0 Italia* (CC-BY-NC-ND 4.0 IT).

L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/it/legalcode>.

Autorizzazione del Tribunale di Milano: n. 73 del 01/03/2018 – Trimestrale – Direttore responsabile: dr. Stefano Angeli
Copyright © 2024 by FrancoAngeli s.r.l., Milano

III trimestre 2023

127
ANNO XXXII - 2023

MECOSAN

Punto di vista

Manager per il SSN del futuro: la visione di Henry Mintzberg, *Elio Borgonovi*

Saggi

L'Internal Auditing nel Servizio Sanitario Nazionale: l'esperienza della Regione Veneto e della Regione Emilia-Romagna, *Cecilia Langella, Ilaria Elisa Vannini, Milena Marciacano, Niccolò Persiani*

Monitoraggio e Referral dei pazienti cronici: i risultati di uno studio empirico, *Francesco Schiavone, Francesco Montanino, Salvatore Russo*

Sviluppo ed applicazione di strumenti di telemedicina all'interno del percorso delle pazienti con tumore mammario in fase precoce: dalla diagnosi al follow-up, *Luigi Maria Preti, Antonella Ferro, Claudio Eccher, Rosa Maimone*

Il vissuto emozionale e le strategie comportamentali e organizzative agite dai coordinatori infermieristici in una realtà triestina durante la pandemia da SARS-CoV-2: indagine conoscitiva, *Patrizia Sartorato, Maria Vittoria De Girolamo, Caterina Galletti*

L'IRCCS di Veruno: dal COVID al nuovo modello di offerta assistenziale attraverso un percorso di riposizionamento strategico, *Stefano Gariano, Renzo Augusto Bargarolo, Stefano Corna, Giovanni Maria Soro*

Materiali per la ricerca e l'approfondimento

Position Paper Digitalizzazione e Innovazione, *Paolo Petralia*

Commento a cura di *Marta Marsilio e Gianvincenzo Zuccotti*

Commento a cura di *Luca Del Bene*

Position Paper Ricerca e Sperimentazioni cliniche, *Carlo Nicora*

Commento a cura di *Federico Lega*

Commento a cura di *Salvatore Russo*

Position paper Personale e risorse umane, *Eva Colombo*

Commento a cura di *Domenico Salvatore*

Commento a cura di *Mara Bergamaschi*

Position Paper Sanità territoriale, *Antonio D'Urso*

Commento a cura di *Antonio Botti*

Commento a cura di *Emanuele Vendramini*

Position paper Ospedale del futuro, *Antonio D'Amore*

Commento a cura di *Marco Meneguzzo*

Commento a cura di *Anna Prenestini*

Position paper Transizione ecologica e green, *Alessandro Caltagirone*

Commento a cura di *Floriana Fusco*

Commento a cura di *Antonio D'Andreamatteo*



**Università Commerciale
Luigi Bocconi**

CERGAS

Centro di ricerche sulla
Gestione dell'Assistenza
Sanitaria e Sociale

www.cergas.unibocconi.it

In collaborazione con FIASO

