

Documenti

L'assistenza sanitaria territoriale: una sfida per il Servizio sanitario nazionale

da FOCUS TEMATICO n° 2 / 13 marzo 2023

Ufficio Parlamentare di Bilancio

Focus curato da Stefania Gabriele

1. Introduzione e sintesi

La prima componente della Missione 6, dedicata alla salute, del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), definita “Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale”, prevede investimenti per 7 miliardi, incrementati di 500 milioni con un contributo del Fondo complementare (FoC; tab 1 *omissis*)¹. Nell’ambito di questa componente è contemplata la riforma volta a individuare un nuovo modello organizzativo per la rete di assistenza sanitaria territoriale, con la determinazione dei relativi standard strutturali, tecnologici e organizzativi, da affiancare a quelli, da tempo definiti, dell’assistenza ospedaliera². Inoltre, la riforma riguarda l’introduzione di un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico, al cui finanziamento è diretto l’apporto del Fondo complementare. Il presente Focus è volto a esaminare criticamente questo importante tentativo di riorganizzare l’assistenza sanitaria non ospedaliera², approfondendo le ragioni degli interventi programmati e illustrando i passi compiuti sinora per attuare il PNRR.

Gli investimenti relativi all’assistenza territoriale da finanziare con il PNRR si sviluppano su tre diversi livelli di trattamento, da coordinare in un approccio integrato:

1. le *Case della comunità*, che rappresentano il punto di accoglienza dell’assistito, con il compito di indirizzarlo verso i servizi di assistenza sanitaria primaria, socio-sanitaria e sociale, oltre che di curare la promozione della salute e assicurare la presa in carico dei pazienti cronici, attraverso équipe multi-professionali; potranno discendere dall’aggregazione di servizi di assistenza primaria opportunamente sviluppati o dalla realizzazione di nuovi centri; l’obiettivo è disporre di almeno 1.350 Case della comunità dotate di attrezzature tecnologiche entro la metà del 2026;

2. l’*assistenza domiciliare*, di cui si prevedono sia il rafforzamento, con l’obiettivo di prendere in carico almeno 800.000 nuovi pazienti oltre i 65 anni di età (arrivando a 1,5 milioni), sia la riorganizzazione; quest’ultima implica, da un lato, l’entrata in funzione, entro giugno del 2024, di 600 Centrali operative territoriali (COT) – interconnesse e dotate di appositi dispo-

¹ Il quadro finanziario generale del PNRR con riferimento alla sanità è stato ricostruito in un precedente Focus dell’Ufficio parlamentare di bilancio (2022a).

² Decreto del Ministro della Salute n. 70 del 2 aprile 2015.

sitivi per il telemonitoraggio dei pazienti – volte al coordinamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie per migliorare accessibilità, continuità e integrazione delle cure e, dall'altro, la diffusione della telemedicina, attraverso l'attuazione entro il 2023 di almeno un progetto per Regione (o per consorzi tra Regioni) e assicurando l'assistenza tramite dispositivi tecnologici digitali ad almeno 200.000 pazienti per la fine del 2025;

3. gli *Ospedali di comunità*, a degenza breve (15-20 giorni), per lo sviluppo delle cure intermedie tra ospedale e ambulatorio, atti ad alleggerire gli ospedali dalle prestazioni a bassa complessità e a contenere gli accessi al pronto soccorso; l'obiettivo è realizzare/adequare 400 Ospedali di comunità entro la metà del 2026, dotati di interconnessione e attrezzature tecnologiche.

I tre livelli previsti appaiono funzionali a una piena presa in carico dei pazienti che possono essere trattati sul territorio.

La riorganizzazione dell'assistenza territoriale è un elemento cruciale per permettere la riqualificazione del Servizio sanitario nazionale (SSN). Negli ultimi anni lo spostamento delle cure dal livello ospedaliero a quello territoriale ha rappresentato una delle più diffuse politiche sanitarie nei paesi europei, con l'obiettivo di migliorare la qualità dei servizi e accrescere l'efficienza³. Tuttavia, al disinvestimento nell'assistenza ospedaliera dovrebbe corrispondere un impegno crescente per riqualificare quella territoriale, in modo da offrire servizi integrati, assicurare una presa in carico multidimensionale e consentire una riduzione delle liste di attesa. Molti paesi si stanno muovendo in questa direzione, anche se si tratta di un processo ancora in corso.

In Italia il ridimensionamento della capacità degli ospedali, peraltro già contenuta in confronto ad altri paesi³, non è andato di pari passo con il rafforzamento e la riorganizzazione delle prestazioni distrettuali su tutto il territorio, con carenze (Polonia, Portogallo, Romania, Regno Unito) hanno riallocato risorse dall'ospedale al territorio non è andato di pari passo con il rafforzamento e la riorganizzazione delle prestazioni distrettuali su tutto il territorio, con carenze più evidenti in alcune Regioni⁴. Questo implica, tra l'altro, che gli ospedali vengano spesso sovraccaricati dalla richiesta di interventi che potrebbero essere svolti altrove, con fenomeni di sovraffollamento dei servizi di emergenza-urgenza, che ostacolano la salvaguardia degli standard qualitativi delle cure e rendono più difficile la gestione economico-finanziaria delle aziende ospedaliere. Infatti, tra le cause degli squilibri finanziari di queste ultime si ritiene che vada considerata anche la mancata erogazione di prestazioni ordinarie da parte dell'assistenza territoriale⁵. L'emergenza sanitaria ha esasperato il problema, confermando che le maglie delle cure territoriali sono ancora troppo larghe per riuscire a trattare tutti i pazienti che potrebbero beneficiare di trattamenti presso il domicilio e/o apposite strutture non ospedaliere.

Eppure la nuova struttura del servizio sanitario territoriale era stata immaginata già da tempo nelle sue linee fondamentali e molti passi erano stati compiuti, per renderla effettiva, a livello legislativo,

³ Il numero di posti letto per 1.000 abitanti negli ospedali italiani, secondo i dati Eurostat, è passato da 4 nel 2005 a 3,2 nel 2019, mentre la media europea diminuiva da 6,1 a 5,3

⁴ Per approfondimenti si veda, tra gli altri, Aimone Gigio et al. (2018) e Ufficio parlamentare di bilancio (2019).

⁵ Come emerge anche dai piani di rientro di alcune di queste aziende, elaborati in base alle prescrizioni della legge di stabilità per il 2016.

amministrativo e di intese in Conferenza Stato-Regioni, con talune esperienze rilevanti realizzate in alcuni territori.

Tuttavia, né le Case della salute, né le associazioni tra i medici di base (o quelle, più rare, multiprofessionali) sono arrivate a rappresentare, su tutto il territorio nazionale, effettivi punti di riferimento per i cittadini, con disponibilità di servizi in ampie fasce orarie e potenzialità di sostituire anche il pronto soccorso nel caso di urgenze delegate a problemi minori. Molte Regioni, soprattutto nel Mezzogiorno, non dispongono di strutture intermedie tra ospedale e domicilio per degenze a bassa intensità clinica. Inoltre, l'assistenza domiciliare è rimasta complessivamente limitata e molto differenziata tra le Regioni sia in termini di prese in carico rispetto alla popolazione sia in termini di intensità dell'aiuto. Le Regioni si sono dunque mosse a diversa velocità verso un sistema di assistenza sanitaria territoriale più avanzato.

La mancanza di risorse – soprattutto nel periodo delle crisi finanziaria e dei debiti sovrani, quando il contributo del settore sanitario al riequilibrio delle finanze pubbliche è stato rilevante – ma anche le resistenze da parte di alcuni dei soggetti coinvolti e l'inerzia di molte Regioni e aziende sanitarie (AS)⁶ hanno reso difficile l'introduzione in concreto delle riforme.

Oggi il PNRR rappresenta dunque un'occasione importante. Le prime tappe previste sono state rispettate, con il riparto della maggior parte dei finanziamenti, l'approvazione della riforma, l'identificazione degli interventi da parte delle singole Regioni, la pubblicazione di molti bandi per la realizzazione degli investimenti.

Le incognite ora riguardano, oltre ai tempi di realizzazione delle opere, che dovrebbero essere molto rapidi per rispettare la tabella di marcia del PNRR⁷, principalmente quattro aspetti: la capacità di assicurare un⁸ riequilibrio territoriale dei servizi, la disponibilità di risorse finanziarie e umane per far funzionare il nuovo sistema di assistenza territoriale, il coinvolgimento dei medici di medicina generale (MMG), l'adattamento della riforma ai diversi modelli regionali.

Con riguardo al primo aspetto, il vincolo, imposto dal PNRR, di garantire almeno il 40 per cento dei finanziamenti al Mezzogiorno appare una regola troppo rigida rispetto alle disomogeneità regionali. Nel riparto dei finanziamenti si è cercato di adottare una maggiore flessibilità, tenendo conto in qualche misura delle condizioni di partenza, ma le resistenze delle Regioni più forti ostacolano lo sforzo di assicurare una maggiore uniformità nelle capacità produttive dei diversi Servizi sanitari regionali (SSR).

Per quanto concerne la seconda questione, pur considerando plausibile e auspicabile un qualche miglioramento del rapporto costo efficacia in un sistema riorganizzato, appare difficile che il rafforzamento dell'assistenza territoriale possa essere realizzato senza un incremento, rispetto al periodo pre-pandemia, delle risorse finanziarie, in percentuale del PIL, destinate al settore sanitario, che attualmente non è contemplato nell'ambito della programmazione finanziaria⁹. Più in particolare, nel caso, ad esempio, dell'assistenza domiciliare, per la quale nel calcolo del fabbisogno di personale e degli oneri da coprire è stato assunto un livello di intensità assistenziale basso, si rischia di predisporre un servizio inadeguato, sia pure garantito a una platea più ampia di assistiti.

Peraltro, la metodologia di calcolo del fabbisogno di personale – che costituisce il primo passo per l'ottenimento, da parte delle Regioni, di un incremento del tetto di spesa di personale fissato dalla

⁶ Si veda Mapelli (2021a).

⁷ Si vedano Ufficio parlamentare di bilancio (2022b) e (2022c).

⁸ Malgrado l'incremento del finanziamento del SSN in valore assoluto previsto dalla legge di bilancio per il 2023, pari a 2,15 miliardi per l'anno in corso, 2,3 per il 2024 e 2,6 dal 2025.

legge – è stata proposta a titolo sperimentale e non è stata ancora elaborata per le forme di assistenza sanitaria contemplate dalla riforma inclusa nel PNRR diverse dall'assistenza domiciliare. Tuttavia, la stessa riforma ha definito gli standard di personale per alcune strutture territoriali.

Va poi affrontato al più presto il problema della difficile reperibilità di alcune figure professionali, legato a una non adeguata programmazione della formazione negli anni passati, alla difficoltà di aumentare la capacità delle strutture che erogano la formazione, alla sempre minore attrattività del SSN per motivi legati sia al livello delle retribuzioni, sia all'organizzazione del lavoro.

Per quanto attiene al terzo aspetto, il coinvolgimento dei MMG richiederebbe una chiara regolazione delle forme e dei modi della partecipazione alle varie strutture, *in primis* alle Case della comunità, ed è stato ipotizzato anche un ripensamento, almeno per alcuni professionisti, della forma contrattuale, che potrebbe favorire l'attuazione della riforma.

Tuttavia, al momento quest'ultima ipotesi sembra essere stata accantonata, stando al recente Atto di indirizzo per la convenzione con i MMG 2019-21, che enfatizza il ruolo delle aggregazioni dei medici di base più di quello delle Case della comunità. Va osservato che la convenzione, ancora da sottoscrivere, è riferita a un periodo ormai scaduto, ma il ritardo nella contrattazione nazionale finisce così per essere causa ed effetto delle difficoltà a introdurre e finanziare effettive innovazioni, pure necessarie nell'ottica della riforma della sanità territoriale.

Infine, il Regolamento contenente gli standard dell'assistenza territoriale (DM 77/2022), se da un lato è stato pensato come strumento per uniformare i servizi garantiti dalle diverse Regioni, dall'altro, nella versione finale, in cui la parte prescrittiva è stata meglio individuata, ma anche delimitata, lascia aperte molte soluzioni, anche riguardo al ruolo del mercato privato, che potrà trovare spazi di espansione piuttosto ampi nella fornitura dei servizi da garantire, a seconda delle scelte attuative delle Regioni.

Va segnalato inoltre che il DM 77/2022 non è intervenuto sugli standard per la salute mentale, un settore sacrificato negli anni passati e di cui recentemente è stata riconosciuta l'importanza, anche in considerazione dell'aumento della domanda collegato a due circostanze: la chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari, che si vorrebbe accompagnata, oltre che dall'istituzione delle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS), da un rafforzamento dei servizi sul territorio; le conseguenze della pandemia da COVID-19, che avrebbe incrementato la diffusione di problemi psicologici e la gravità delle patologie psichiatriche. Il tema è stato affrontato tuttavia nell'ambito della nuova metodologia di determinazione dei fabbisogni di personale.

L'investimento finanziato con il FoC affronta invece un'altra criticità emersa nella fase pandemica, ovvero l'insufficiente impegno per la prevenzione. La presa d'atto di questo problema ha portato all'adozione: 1) del Piano nazionale della prevenzione (PNP) 2020-2025 (il precedente è scaduto nel 2018 ed è stato prorogato al 2019), con l'Intesa in Conferenza Stato-Regioni del 6 agosto 2020⁹; 2) del Piano strategico operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu 2021-2023), su cui è stato sancito l'accordo in Conferenza Stato-Regioni il 25 gennaio 2021. Quindi è stato incluso nella riforma dell'assistenza sanitaria territoriale il riassetto del sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico, cui sono stati destinati 500 milioni del FoC.

Come indicato nel Piano nazionale della prevenzione 2020-25, le misure impostate sono ispirate dall'approccio, ormai prevalente e condiviso dalle principali istituzioni internazionali ed europee, basato

⁹ In seguito tutte le Regioni hanno provveduto a elaborare il proprio Piano regionale di prevenzione.

sul riconoscimento dell'interdipendenza tra fattori e determinanti personali, socioeconomici e ambientali e sull'interconnessione della salute delle persone, degli animali e degli ecosistemi (*One Health*). Ne discende la necessità di un'impostazione multidisciplinare, intersettoriale e coordinata, recepita peraltro anche nella Carta costituzionale con la recente riforma (Legge costituzionale 1/2022). I primi passi per l'istituzione e la regolazione del nuovo sistema di prevenzione sono stati effettuati, ma ancora manca la definizione di un punto essenziale, ovvero il meccanismo di integrazione con il sistema di protezione dell'ambiente.

Nel prossimo paragrafo si riportano brevemente alcune informazioni sui servizi di cure primarie presenti in alcuni paesi europei e si confrontano le relative caratteristiche. Nel terzo paragrafo si prova a disegnare un quadro dei servizi di assistenza domiciliare e delle strutture di prossimità e di cure intermedie disponibili in Italia prima della realizzazione del PNRR, per fare il punto sulle condizioni di partenza su cui si andranno a innestare la riforma e gli investimenti previsti. Nel quarto paragrafo si ripercorrono le principali azioni svolte per realizzare gli interventi contemplati dalla prima componente della Missione Salute, guardando in particolare al riparto dei finanziamenti, alla pianificazione degli investimenti concordata tra Regioni e Governo, agli sviluppi nel campo dell'assistenza domiciliare e alle misure volte a realizzare il nuovo sistema di prevenzione. Il quinto paragrafo contiene un esame critico della riforma volta a delineare il nuovo modello organizzativo per l'assistenza territoriale e a determinarne gli standard, i cui aspetti essenziali sono sinteticamente descritti nell'Appendice.

2. L'esperienza di altri paesi nei servizi di cure primarie

Un rapido confronto tra le principali caratteristiche dei servizi di cure primarie di alcuni paesi europei (Italia, Francia, Germania, Regno Unito, Spagna e Svezia) mostra alcune tendenze comuni, pur nelle differenze tra i diversi sistemi sanitari (tab. 2)¹⁰.

Un po' ovunque si sono diffuse o si stanno diffondendo forme di medicina di gruppo, anche multidisciplinari, volte a garantire una presa in carico più ampia e maggiori orari di apertura; non è tuttavia sempre chiaro, nei singoli paesi, quanta strada sia stata percorsa verso modelli di questo tipo. La Germania resterebbe ancora piuttosto ancorata a una situazione di prevalenza di singoli studi privati, mentre in Svezia la regola è quella della squadra multidisciplinare.

L'integrazione con le cure a carattere secondario appare scarsa in tutti i paesi, tranne che in Spagna, anche se un po' ovunque si mira a una migliore integrazione¹¹. In Italia, Francia, Regno Unito e Spagna il MMG svolge il ruolo di *gatekeeping* (regolatore dell'accesso alle altre prestazioni). In genere è prevista la libera scelta del MMG, a volte anche degli specialisti, di altri professionisti e/o della struttura da cui farsi prendere in carico. Tuttavia, la libertà è spesso limitata nell'ambito dell'ente locale di appartenenza o dell'ente sanitario di riferimento (ad esempio, in Italia, la ASL).

Il rapporto di lavoro dei MMG può essere di tipo libero professionale o di dipendenza; in entrambi i casi la remunerazione è spesso a quota capitaria, più una parte variabile legata alla contrattazione decentrata, alle attività svolte e agli obiettivi raggiunti.

La formazione dei MMG prevede ovunque corsi di specializzazione post lauream presso ospedali e centri

¹⁰ Le informazioni sono tratte da AGENAS et al. (2022); a integrazione, sono stati utilizzati Commissione europea (2016 e 2019) e il dataset OECD.stat, Health care resources. Le considerazioni riportate nel paragrafo vanno prese con particolare cautela, data la difficoltà di realizzare confronti internazionali sulle caratteristiche istituzionali di sistemi sanitari diversamente concepiti.

¹¹ Si veda Commissione europea (2019).

	Italia	Francia	Germania
Organizzazione	Prevalenza singoli studi privati. Parziale attivazione di studi medici aggregati. Attivazione di forme organizzative mono-professionali con almeno 20 MMG (2.198 aggregazioni funzionali territoriali mono-professionali); attivazione di forme organizzative multiprofessionali in strutture spesso pubbliche (490 Case della salute o similari)	Prevalenza singoli studi privati. Case di cura multidisciplinari - aggregazioni (in aumento). Reti di coordinamento tra MMG (sperimentazione). Comunità territoriali tra professionisti per facilitare integrazione tra cure primarie e secondarie (in aumento)	Prevalenza di singoli studi privati MMG
Integrazione tra cure primarie e secondarie	Sistema frammentato. Ruolo di gatekeeping del MMG	Sistema frammentato, economicamente conveniente passare dal MMG come gatekeeping	Rara
Sistema di cure primarie	Libera scelta del MMG, di massima nel Comune di residenza e nell'ambito della ASL di appartenenza	Libera scelta del paziente tra MMG o specialista ad accesso diretto	Libera scelta di medici e altri professionisti (l'assistenza primaria comprende tutti i medici che operano a livello ambulatoriale, senza chiara separazione della specialità). Rimborso delle cure da parte dell'assicurazione solo su prescrizione medica
Rapporto di lavoro dei MMG	Libero professionista convenzionato con il SSN. Retribuzione: quota fissa su base capitaria e quota variabile basata sull'erogazione di prestazioni aggiuntive e raggiungimento di obiettivi aziendali	Liberi professionisti o dipendenti di strutture multidisciplinari. Retribuzione: sistema misto di tariffe legato ad accordi con assicurazioni pubbliche nazionali e basate sulla libera scelta del medico. Quota capitaria per patologie croniche	Liberi professionisti con contratto stipulato con una compagnia di assicurazione sanitaria (87% del totale). Retribuzione: quota fissa su base capitaria e quota variabile collegata alle prestazioni erogate. Dipendenti (13%)
Formazione dei MMG	Corso di formazione in medicina generale (3 anni). Attivazione del corso gestita e organizzata dalle Regioni in accordo con gli ordini professionali provinciali	Specializzazione in medicina generale (3 anni)	Specializzazione in medicina generale. Formazione professionale di almeno 5 anni
Medici generici e infermieri praticanti per 1.000 abitanti (2020)	Medici 0,85; infermieri 6,28	Medici 1,39; infermieri 11,31 (attivi professionalmente)	Medici 1,03; infermieri 12,06
Uso AI/IT	Cartella clinica elettronica. Tessera sanitaria digitalizzata. Telemedicina. Fascicolo sanitario elettronico	2004: cartella clinica condivisa. 2009: telemedicina. 2018: costo e rimborsabilità televisite. Data federation non istituzionalizzata	Basso livello di digitalizzazione; Sistema di prenotazione occasionale

Tabella 2 - I sistemi di cure primarie in alcuni paesi europei

Fonte: AGENAS et al. (2022), Commissione europea (2016 e 2019), OECD. Stat, *Health care resources*, dati estratti li 13 dicembre 2022.

	Regno Unito	Spagna	Svezia
Organizzazione	Studi privati in prevalenza multidisciplinari. Reti di ambulatori di assistenza primaria (primary care networks). Scarsa integrazione sociosanitaria	Tre modelli: team base (MMG, infermiere, personale di supporto); gestione integrata tra servizi a più livelli, con un singolo referente che segue la continuità assistenziale; esternalizzazione dei servizi di cure primarie a consorzi pubblici o a partnership con soggetti di tipo profit	Team con quattro o sei MMG, integrati con altre tipologie di personale. La maggiore parte dei MMG lavora in team multidisciplinari, pochi come singoli professionisti (5%)
Integrazione tra cure primarie e secondarie	In parte presente soprattutto per determinate patologie. Ruolo di gatekeeping	Integrazione sistemica tra livelli di assistenza, ruolo di gatekeeping del MMG	Rara
Sistema di cure primarie	Libera scelta dell'ambulatorio del MMG. Il sistema è decentrato attraverso l'Integrated Care System e le reti locali Primary Care Networks tra ambulatori di medicina generale	Affidamento a un MMG, nell'ambito del centro di salute assegnato. Le cure primarie sono essenzialmente garantite dal lavoro di pubblici dipendenti, sia MMG che infermieri	Scelta obbligatoria del MMG. Gli assistiti possono registrarsi con qualsiasi fornitore pubblico o privato accreditato dal Consiglio di contea locale, altrimenti il medico viene assegnato in base all'ultima visita o alla distanza
Rapporto di lavoro dei MMG	Liberi professionisti o dipendenti di studi, con contratti definiti a livello nazionale. Retribuzioni in Inghilterra: mix di pagamenti a quota capitaria, pay for performance e fee for service per gli studi	Dipendenti pubblici. Retribuzione: base salariale minima, negoziazione con i sindacati regionali, bonus /incentivi/ livelli di responsabilità. Una parte del compenso è a quota capitaria	Dipendenti, sia pubblici che privati. Retribuzione: quota fissa su base capitaria e quota variabile, basata sulle visite e sulle performance al raggiungimento di determinati obiettivi
Formazione dei MMG	Corso base in medicina generale in strutture ospedaliere che erogano servizi cardine della medicina generale (2 anni). Formazione specialistica in medicina generale (3 anni)	Corso di specializzazione per medicina generale offerto dal Ministero dell'Istruzione, gestito dal Ministero della Sanità	Corso di specializzazione di 5 anni e mezzo. Periodo di formazione di 21 mesi
Medici generici e infermieri praticanti per 1.000 abitanti (2020)	Medici 0,78; infermieri: 8,46	Medici 0,91; infermieri 6,1	Medici 0,62 (2019); infermieri 10,85 (2019)
Uso AI/IT	Televisite, e-mail, sms, app dedicate, prenotazioni online, connessione tra cure primarie e secondarie. Data share frammentario	Non esiste una legislazione nazionale omogenea, ma compete alle singole comunità autonome. Cartella clinica elettronica. Tessera sanitaria digitalizzata	Cartelle cliniche elettroniche. Qualità e utilizzo dei sistemi informativi elevati

Tabella 2 - I sistemi di cure primarie in alcuni paesi europei

Fonte: AGENAS et al. (2022), Commissione europea (2016 e 2019), OECD. Stat, *Health care resources*, dati estratti li 13 dicembre 2022.

di cure primarie. In Italia il corso di formazione non è equiparabile alle altre specializzazioni, che sono gestite dalle università.

La frequenza di MMG per abitanti generalmente risulta pari a circa 0,8/1 per 1.000, secondo i dati OCSE, ma arriva a 1,39 in Francia e si ferma a 0,62 in Svezia, dove è elevata la presenza di infermieri (10,85 per 1.000 abitanti). Questi appaiono ancora più numerosi, rispetto alla popolazione, in Germania, che ne conta 12,06 per 1.000 abitanti, mentre in Italia e Spagna la frequenza è di circa la metà.

In tutti i paesi, tranne la Germania, dove la frammentazione è legata alla presenza di diverse casse malattia, si rileva la presenza di strumenti avanzati di digitalizzazione, ma va osservato che in diversi casi, tra cui quello dell'Italia, la diffusione generalizzata e l'utilizzo di queste tecnologie sono in realtà ancora in fase di realizzazione e si stanno attuando sforzi per migliorare la qualità dei dati.

3. Lo stato dell'assistenza territoriale in Italia rispetto agli obiettivi del PNRR

In questo paragrafo si fornisce il quadro dei servizi di assistenza domiciliare (considerando anche le COT e i servizi di telemedicina volti a supportarla) e delle strutture di prossimità e di cure intermedie disponibili in Italia prima della predisposizione del PNRR. L'obiettivo è fornire una descrizione delle condizioni di¹²partenza su cui si innestano la riforma e gli investimenti previsti nel PNRR.

3.1 L'assistenza domiciliare

Con riferimento all'assistenza domiciliare, nell'ambito del PNRR si prevede di incrementare la percentuale di assistiti con più di 65 anni di età dal 5,1 per cento, che corrisponde alla media nazionale riportata nella seconda colonna della tabella 3, al 10 per cento.

Sullo stato generale dell'assistenza domiciliare i dati non sono univoci. Da diversi anni si sta cercando di migliorarne la qualità, dato che sono utilizzati anche ai fini del monitoraggio dei Livelli essenziali di assistenza (LEA), ma tuttora sussistono fonti diverse che offrono informazioni in parte differenti, soprattutto con riferimento ad alcune Regioni.

L'Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale rileva tradizionalmente presso le aziende sanitarie locali (ASL) i dati sui casi trattati in assistenza domiciliare integrata (ADI).

I dati più recenti disponibili riguardano il 2020 (ultime due colonne della tabella). In seguito, nell'ambito del Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS), è stato avviato il Sistema informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare (SIAD), volto a produrre informazioni sugli interventi sanitari e sociosanitari erogati da operatori del SSN (DM 17 Dicembre 2008 del Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali). Da quest'ultima fonte sono stati reperiti i dati sui soggetti presi in carico riferiti al 2019, pubblicati su Monitor (45/2021), il semestrale dell'AGENAS¹³, e riportati nella seconda colonna della tabella.

Anche ai fini del monitoraggio dei LEA (prima colonna) viene utilizzato il flusso SIAD, ma l'indicatore adottato in relazione ai pazienti trattati in ADI si basa su criteri complessivamente più restrittivi. In

¹² Si veda Enrichens et al. (2021).

	Indicatore griglia LEA Monitor 45, Agenas (SIAD)		Annuario statistico del SSN	
	% età ≥ 65 anni trattati in ADI	% età > 65 anni prese in carico	% età > 65 anni casi trattati in ADI	
	2019	2019	2019	2020
Piemonte	2,7	5,5	3,8	3,7
Valle d' Aosta	0,6	0,8	0,6	0,5
Lombardia	2,7	4,8	5,8	6,2
Prov. auton. Bolzano	0,2	0,4	0,7	0,5
Prov. auton. Trento	3,2	6,0	5,6	6,3
Veneto	3,9	8,8	12,0	11,0
Friuli-Venezia Giulia	3,2	5,6	6,0	6,2
Liguria	3,2	3,6	4,1	3,3
Emilia-Romagna	3,6	9,2	10,6	10,3
Toscana	3,1	8,3	11,1	11,5
Umbria	3,0	4,3	4,8	4,3
Marche	3,3	3,9	4,2	3,6
Lazio	2,1	2,5	3,6	4,1
Abruzzo	3,9	4,8	5,8	5,0
Molise	5,1	7,2	17,9	16,2
Campania	2,5	2,7	4,8	4,6
Puglia	2,0	2,6	4,4	4,3
Basilicata	4,1	5,1	6,6	5,6
Calabria	1,2	2,0	1,4	1,4
Sicilia	4,4	4,9	5,6	4,9
Sardegna	-	4,0	3,1	3,0
ITALIA		5,1	6,2	6,1

Tabella 3 - Assistenza domiciliare (percentuale di assistiti con almeno 65 anni)

Fonte: Ministero della Salute (2021a); Enrichens et al (2021): Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. La Sardegna non fornisce i dati per livello di intensità assistenziale

particolare, si considerano le prese in carico già aperte nell'anno precedente con almeno un accesso nell'anno in corso e si escludono le prese in carico con un coefficiente di intensità assistenziale (CIA)¹³ molto basso, definito "zero" o "base"¹⁴ (Ministero della Salute, 2021a).

Tutte le fonti mostrano comunque che la disponibilità di servizi di ADI è molto differenziata sul territorio. Secondo i dati SIAD tutte le Regioni presentano percentuali inferiori al 10 per cento e quelle con valori più elevati sono l'Emilia Romagna, il Veneto, la Toscana e il Molise, che superano il 7 per cento, mentre la Provincia autonoma di Bolzano e la Valle d'Aosta si collocano sotto l'1 per cento e la Calabria al 2. Evidenze simili emergono dai dati dell'Annuario statistico, che tuttavia segnalano quote di casi trattati particolarmente elevate in Molise e il superamento della soglia del 10 per cento in quattro Regioni (al Molise si aggiungono l'Emilia-Romagna, la Toscana e il Veneto). Si rileva inoltre un lieve peggioramento complessivo tra il 2019 e il 2020, malgrado l'incremento previsto dal DL 34/2020¹⁵. Anche l'indicatore adottato nell'ambito della griglia LEA rileva la più elevata percentuale di casi trattati nel Molise, seguito questa volta da Sicilia, Basilicata, Abruzzo, Veneto ed Emilia-Romagna. Guardando a un livello di intensità maggiore, dunque, l'ordinamento delle regioni cambierebbe parecchio (anche se in fondo alla classifica resterebbero la Valle d'Aosta e la Provincia autonoma di Bolzano). D'altronde dalla distribuzione dei casi trattati per livello di intensità assistenziale (riportata in Enrichens et al., 2021) si evince che il livello base riguarda in Italia il 40 per cento dei casi, ma la percentuale è vicina al 60 per cento in Toscana ed Emilia-Romagna e al 50 per cento in Piemonte, Veneto e nelle Province autonome di Trento e Bolzano, mentre non supera il 10 per cento in Campania, Sicilia e Liguria. Pertanto alcune regioni con buoni indicatori in termini di popolazione trattata erogano una bassa intensità assistenziale media.

Differenze territoriali emergono, oltre che nel tasso di copertura e nell'intensità assistenziale, nei modelli organizzativi, che possono prevedere una partecipazione più o meno ampia del privato e contemplano diversi sistemi di valutazione multidimensionale, livelli difformi di utilizzo delle tecnologie informatiche e domotiche e di capacità di integrazione socio-sanitaria con carenze diffuse su questi ultimi aspetti¹⁶

Per migliorare e uniformare la qualità delle prestazioni il sistema di autorizzazione, di accreditamento e di accordi contrattuali è stato esteso alle organizzazioni pubbliche e private che erogano cure domiciliari¹⁷ dalla L. 178/2020, seguita dall'Intesa in Conferenza Stato-Regioni sulla Proposta di requisiti

¹³ Il coefficiente di intensità assistenziale è dato dal rapporto tra giornate effettive di assistenza erogate e giornate di cura (dalla data di presa in carico a quella di conclusione, al netto delle sospensioni).

¹⁴ Il livello zero, o base, corrisponde all'intervallo 0- 0,13, il cui limite massimo si ottiene rapportando 4 giornate effettive di assistenza a 30 giornate di cura. Escludendo questo livello ci si concentra dunque sull'assistenza integrata e non sulle cure domiciliari occasionali o anche a ciclo programmato, tali comunque da non richiedere presa in carico, valutazione multidimensionale e individuazione di un piano di cura multidisciplinare.

¹⁵ Con il DL 34/2020 si contava di accrescere la percentuale di soggetti di età superiore a 65 anni assistiti in ADI da circa il 4 per cento al 6,7 (da 610.741 a 923.500), rispetto a una media OCSE del 6 per cento; si prevedeva inoltre di aumentare dallo 0,15 allo 0,3 per cento la percentuale di soggetti assistiti fino a 65 anni (si veda la Relazione tecnica del DL 34/2020).

¹⁶ Si veda Vetrano (2020).

¹⁷ Sul sistema di accreditamento delle reti di cure palliative di terapia del dolore invece sono state siglate l'Intesa del 27 luglio 2020 (Rep. Atti n. 118/CSR e n. 119/CSR) e quella del 25 marzo 2021, rivolta

strutturali, tecnologici e organizzativi minimi¹⁸ per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accreditamento delle cure domiciliari (Rep. Atti n. 151/CSR del 4 agosto 2021). Si ricorda inoltre che la legge annuale per il mercato e la concorrenza 2021 (L. 118/2022) è intervenuta sulla questione dell'accreditamento e convenzionamento delle strutture sanitarie private e sugli aspetti di monitoraggio e valutazione di quelle private convenzionate, irrigidendo alcuni criteri. A oggi solo metà delle Regioni avrebbe provveduto ad applicare l'Intesa del 4 agosto 2021 sull'accreditamento delle cure domiciliari¹⁹.

L'Intesa prevede che le Regioni, entro un anno, attivino o adeguino il sistema di autorizzazione e accreditamento delle organizzazioni pubbliche e private per l'erogazione di cure domiciliari, determinando il fabbisogno nell'ambito della programmazione sanitaria e assicurando la vigilanza e il controllo dei percorsi assistenziali. Il governo clinico-assistenziale è posto in capo all'AS territoriale. Le tariffe dovrebbero essere determinate a livello nazionale dalla Commissione competente, ma nel frattempo potranno essere fissate dalle Regioni. I requisiti per l'autorizzazione riguardano aspetti strutturali (sede e strutture), tecnologici (disponibilità e manutenzione di strumenti e attrezzature), organizzativi (l'individuazione dei soggetti responsabili, la continuità della presa in carico, la dotazione, qualificazione, formazione e inquadramento del personale e la regolarità dei rapporti di lavoro²⁰), procedurali e gestionali (le prestazioni e i servizi forniti, la gestione del rischio clinico, la standardizzazione dei percorsi di cura e le procedure prestabilite, la documentazione sanitaria, l'integrazione professionale e la valorizzazione del ruolo della famiglia e dell'assistito, l'informazione e la gestione dei disservizi, la valutazione della qualità). Quelli per l'accreditamento contemplano ulteriori aspetti organizzativi e danno maggiore importanza a questioni quali governo e rischio clinico, garanzia dei LEA e diritti delle persone. Sono richiesti, ad esempio: sistemi di gestione con processi di pianificazione e verifica coerenti con le indicazioni regionali e volti a promuovere la qualità; presa in carico sulla base del progetto di assistenza individuale integrata (PAI) e della valutazione multidimensionale dei bisogni²¹, garantendo, se necessario, la continuità nell'ambito dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA); requisiti strutturali integrativi di quelli minimi; competenza e abilità del personale; comunicazione tra professionisti e con i pazienti²²; efficacia, appropriatezza clinica e sicurezza; processi di miglioramento e innovazione; orientamento alla persona.

Con la legge annuale per il mercato e la concorrenza 2021 viene superato l'accreditamento provvisorio per le nuove strutture o nuove attività svolte in strutture preesistenti e viene stabilito che l'accreditamento dovrà essere concesso in base alla qualità e ai volumi dei servizi da erogare e sulla base dell'attività eventualmente già svolta.

Inoltre, è prevista una selezione periodica dei soggetti privati per la stipula degli accordi contrattuali, alle cure pediatriche (Rep. Atti n. 30/CSR).

¹⁸ Si tratta di requisiti minimi, in quanto le Regioni possono introdurre di aggiuntivi.

¹⁹ Si veda Osservatorio Recovery Plan, OREP (2023).

²⁰ Viene richiesta, tra l'altro, l'applicazione di condizioni normative e retributive non inferiori a quelle risultanti dai contratti collettivi di lavoro. Questo aspetto è particolarmente rilevante in questo settore, in cui le condizioni applicate dai numerosissimi contratti in essere sono molto differenziate.

²¹ La presa in carico deve essere garantita secondo le indicazioni di Regioni e AS e anche in base a criteri prioritari. La responsabilità clinica è in capo al MMG o al pediatra di libera scelta, anche se devono essere coinvolti medici specialisti.

²² Anche ai fini della rivalutazione del PAI e dell'acquisizione del consenso informato e delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT).

basata su criteri oggettivi, da indicare in un avviso della Regione, tali da valorizzare prioritariamente la qualità. Tale selezione deve tenere conto della programmazione sanitaria regionale e basarsi su verifiche delle eventuali esigenze di razionalizzazione della rete in convenzionamento, nonché dell'eventuale attività già svolta. Contano anche l'alimentazione del fascicolo sanitario elettronico e, tanto per la richiesta di accreditamento quanto per le selezioni dei soggetti privati ai fini della stipula degli accordi contrattuali, gli esiti delle attività di controllo, vigilanza e monitoraggio sulle erogazioni, le cui modalità sono state definite con apposito decreto del Ministero della Salute, previa intesa in Conferenza Stato-Regioni, emanato il 19 dicembre 2022. Il mancato adempimento degli obblighi di alimentazione del fascicolo sanitario elettronico costituisce inoltre grave inadempimento degli obblighi assunti mediante la stipula dei contratti e degli accordi contrattuali.

Quanto al sub-investimento del PNRR relativo alle COT (280 milioni), la cui attivazione in tutte le Regioni è stata prevista dal DL 34/2020 nell'ambito delle misure adottate per affrontare l'emergenza sanitaria, simili strutture erano già presenti in molte Regioni da una decina di anni, sia pure con caratteristiche e funzioni differenti e con diversa diffusione anche nell'ambito della stessa Regione²³. Le COT sono finalizzate, secondo il DL 34/2020, al coordinamento delle attività sanitarie e socio-sanitarie territoriali, in raccordo con tutti i servizi e con il sistema di emergenza urgenza, anche utilizzando strumenti informatici e di telemedicina. La Relazione tecnica dello stesso decreto spiega che l'obiettivo è individuare il percorso più appropriato tra ospedale e territorio. Le prime esperienze sono state avviate in Toscana e Veneto; oggi sono presenti anche in Abruzzo, in Sardegna, nella Provincia autonoma di Trento, nel Lazio, in Sicilia, Umbria, Basilicata, Piemonte, Calabria e Puglia²⁴. Con il PNRR si intende assicurare almeno una COT ogni 100.000 abitanti su tutto il territorio nazionale.

Si ricorda inoltre che il DL 34/2020, come convertito con L. 77/2020, prevede anche la sperimentazione di strutture di prossimità per la promozione della salute, la prevenzione, la presa in carico e la riabilitazione di soggetti fragili, e la finanzia con 50 milioni per il biennio 2020-21.

Tali strutture, intese ad assicurare l'integrazione socio-sanitaria, anche coinvolgendo le istituzioni presenti nel territorio, il volontariato locale e gli enti del Terzo settore senza scopo di lucro, dovevano favorire la domiciliarità e promuovere la valutazione dei risultati, anche attraverso strumenti quali il budget di salute individuale e di comunità²⁵. L'Intesa sulle linee di indirizzo per la sperimentazione e il riparto dei finanziamenti, raggiunta il 4 agosto 2021, ne ha esteso la durata al 2022 e ha chiarito che possono essere inclusi, tra gli altri, progetti di Case della salute o altri esperimenti di co-housing e forme di domiciliarità protetta e che attraverso questi finanziamenti possono essere sviluppate precedenti sperimentazioni ed esperienze già presenti in molte Regioni. Infine, rispetto al sub-investimento del PNRR volto a coinvolgere tutte le Regioni nello sviluppo di progetti di telemedicina (1 miliardo), va ricordato che le esperienze svolte erano state rilevate dal Ministero della Salute con riferimento al 2018²⁶, riscontrando una notevole variabilità tra Regioni.

²³ Si veda Pesaresi (2022).

²⁴ Sul budget di salute, uno strumento inizialmente concepito nell'ambito della salute mentale, si veda Pesaresi (2022).

²⁵ Sul budget di salute, uno strumento inizialmente concepito nell'ambito della salute mentale, si veda Pesaresi (2022).

²⁶ Si veda Ministero della Salute (2021b).

Emilia-Romagna, Lombardia, Toscana, Lazio e Sicilia hanno riportato più di 30 esperienze; il Piemonte più di 20; Veneto, Campania, Liguria e Umbria tra 10 e 20; le rimanenti regioni meno di 10. Tra le prestazioni erogate la più diffusa è stata il teleconsulto (29 per cento), seguito dalla telerefertazione (23 per cento) e dal telemonitoraggio (22 per cento). Nel 36 per cento dei casi era stato previsto un finanziamento dedicato. I pazienti cui erano rivolti i progetti nel 34 per cento dei casi soffrivano di una patologia acuta, nel 29 per cento (2 per cento con oltre 65 anni) di più patologie croniche e nel 17 per cento (3 con oltre 65 anni) di una patologia cronica.

3.2 Le Case della comunità e gli Ospedali di comunità

Gli Ospedali di comunità rispondono alle esigenze dei pazienti che richiedono un'assistenza infermieristica continuativa e un'assistenza medica programmata o su specifica necessità. Una ricognizione del Servizio studi Affari sociali della Camera dei Deputati effettuata nel 2021²⁷ ha individuato 163 Ospedali di comunità nel 2020 (tab. 4), concentrati nella metà delle Regioni. Non ve ne sono nelle Regioni a statuto speciale, nel Lazio, in Umbria e in gran parte del Mezzogiorno, eccetto Abruzzo, Molise e Campania (che ne ha solo uno); la Regione con il maggior numero di Ospedali della comunità dichiarati attivi è il Veneto (69), seguito dall'Emilia-Romagna (26), dalla Lombardia e dalla Toscana (20).

Il decreto ministeriale del 2 aprile 2015 n. 70 sugli standard ospedalieri già contempla questo tipo di struttura, che dovrebbe avere un numero limitato di posti letto (15-20), essere gestita da personale infermieristico e assicurare l'assistenza medica principalmente grazie ai MMG o ai pediatri di libera scelta (PLS). La Conferenza Stato-Regioni ha poi raggiunto, il 20 febbraio 2020, l'Intesa sui relativi requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi (previstadal Patto per la salute 2014-16).

Stando al decreto sugli standard ospedalieri, la responsabilità igienico-organizzativa e gestionale doveva fare capo al Distretto. L'Intesa del 20 febbraio 2020 sembra virare invece verso una maggiore aziendalizzazione degli Ospedali di comunità, stabilendo: che possa trattarsi di strutture pubbliche o private (di cui le Regioni dovrebbero definire comunque i requisiti ulteriori per l'accreditamento); che la responsabilità clinica resti a un medico²⁸ e quella assistenziale all'infermiere; che la gestione sia riconducibile all'organizzazione distrettuale e/o

territoriale delle aziende sanitarie, ma la della struttura responsabilità igienico-sanitaria vada in capo a un medico designato dalla direzione sanitaria aziendale e quella gestionale-organizzativa complessiva a una figura individuata anche tra le professioni sanitarie dall'azienda sanitaria di riferimento, mentre nel caso di strutture private si deve individuare un'analogia figura di responsabile.

Con le Case della comunità invece si dovrebbe assicurare la presenza su tutto il territorio di strutture assistenziali di prossimità, fisicamente identificabili e facilmente raggiungibili dagli assistiti, con un bacino di utenza standardizzato. Anche in questo caso non si tratta di esperienze del tutto nuove nell'ambito dei SSR.

Attualmente, sono presenti infatti in molte Regioni le Case della salute o altre strutture simili. La sperimentazione del modello assistenziale delle Case della salute è stata prevista dalla legge finanziaria per il 2007 (L. 296/2006), che stanziava tuttavia a tal fine una cifra limitata (10 milioni). Le linee guida del progetto sulle Case della salute (allegate al decreto del Ministro della Salute del 10 luglio 2007) delineano un modello molto simile a quello delle Case della comunità.

²⁷ Camera dei Deputati, Servizio studi Affari sociali (2021), ove si presentano i risultati di un'apposita richiesta alla Conferenza delle Regioni.

²⁸ MMG o pediatra o altro medico dipendente o convenzionato o comunque scelto dalla direzione

	Case della salute	Ospedali di comunità
Piemonte	71	5
Valle d' Aosta	0	0
Lombardia	0	20
Prov. auton. Bolzano	0	0
Prov. auton. Trento	0	0
Veneto	77	69
Friuli-Venezia Giulia	0	0
Liguria	4	1
Emilia-Romagna	124	26
Toscana	76	20
Umbria	8	0
Marche	21	14
Lazio	22	0
Abruzzo	n.d.	5
Molise	6	2
Campania	0	1
Puglia	0	0
Basilicata	1	0
Calabria	13	0
Sicilia	55	0
Sardegna	15	0
ITALIA	493	163

Tabella 4 – Case della salute e Ospedali di comunità dichiarati attivi nel 2020 (numero delle strutture)
Fonte: Camera dei Deputati, Servizio studi Affari sociali (2021).

Era previsto che le Case della salute erogassero in uno stesso luogo le prestazioni socio-sanitarie, assicurando l'accoglienza e la presa in carico. Gli studi dei MMG dovevano essere collocati in tali strutture, o almeno essere funzionalmente collegati a esse, e si sarebbe dovuta garantire la continuità assistenziale 7 giorni su 7, 24 ore su 24, grazie ai medici di continuità assistenziale e di emergenza territoriale. Il progetto doveva comprendere gli ambulatori della specialistica e la diagnostica di laboratorio, radiologia ed ecografia di base, nonché gli ambulatori infermieristici e per le piccole urgenze e doveva prevedere la presenza di servizi di ambulanza.

Doveva essere coinvolto anche il personale addetto alla riabilitazione e prevenzione. Si prevedeva che venisse allocato nelle Case della salute il Centro Unico di Prenotazione (CUP). Case della salute dovevano anche occuparsi dell'organizzazione e gestione dell'ADI. Inoltre, era già previsto che applicassero strumenti tecnologici per assicurare la telemedicina e il teleconsulto a distanza, in connessione con l'ospedale di riferimento.

Nella pratica, le esperienze concrete nelle diverse Regioni nel campo delle strutture territoriali non sono uniformi, neanche nella denominazione²⁹.

In generale, non sempre è stato identificato un luogo fisico di offerta (presente nelle Regioni che hanno introdotto le Case della salute) e raramente è assicurato il servizio sulle 24 ore (meno del 10 per cento dei casi) e su 7 giorni a settimana (poco più del 20 per cento). Il bacino di utenza, diverso anche per strutture di una medesima regione, generalmente si colloca tra 10.000 e 50.000 unità. Nella maggior parte dei casi nelle strutture sono presenti studi di medicina generale (86 per cento), ambulatori infermieristici (95 per cento), diversi servizi specialistici, soprattutto al Centro-Sud, alcune tecnologie diagnostiche (quali ecocardiografia, ecografia, elettrocardiogramma, radiologia, spirometria), ambulatori per prelievi (più del 90 per cento), vaccinazioni (60 per cento), centro diurno di salute mentale (39 per cento) e altri ambulatori, servizi di assistenza domiciliare e riabilitativa (53 per cento), consultori familiari e assistenza donne (58 e 31 per cento), chirurgia ambulatoriale e punto di emergenza-urgenza (intorno al 50 per cento), eventualmente anche altri servizi di tipo residenziale (cure intermedie, RSA, hospice, residenze per anziani).

Secondo la ricognizione del Servizio studi Affari sociali della Camera dei Deputati sopra citata (tab. 4), nel 2020 erano dichiarate attive Case della salute³⁰ in 13 Regioni (tutte tranne quelle a statuto speciale del Nord, la Lombardia, la Puglia e la Campania; per l'Abruzzo non erano disponibili dati). La Regione

²⁹ Ad esempio, Puglia e Sicilia hanno previsto i Presidi territoriali di assistenza (PTA), volti essenzialmente all'integrazione delle componenti assistenziali e all'organizzazione dei percorsi dei pazienti; l'Abruzzo ha puntato a riorganizzare le cure primarie programmando l'introduzione di AFT e UCCP. Invece in Emilia Romagna, dove si sono realizzate alcune delle esperienze più avanzate, sono presenti numerose Case della salute, che si riscontrano anche in Toscana, Marche e Lazio (si veda Cassa et al., 2020; Camera dei Deputati, Servizio studi Affari sociali, 2021). In Lombardia sono stati introdotti i presidi socio sanitari territoriali (PRESST) ed è stata lanciata la sperimentazione dei Chronic Related Group (CReG) per i pazienti cronici, che potevano avere un soggetto gestore pubblico o privato (anche se nei fatti sono stati inizialmente privilegiati i raggruppamenti di MMG, con la partecipazione di privati) ed erano volti a garantire tutti i servizi non ospedalieri, tramite contratto con la ASL e attraverso un sistema di remunerazione a tariffa predeterminata per presa in carico (si veda Zocchetti, 2013 e Longo et al., 2012); il sistema è stato rivisto nel 2021.

³⁰ Intese come strutture sanitarie territoriali in cui è prevista l'integrazione tra i medici di medicina generale/pediatri di libera scelta e i servizi sanitari delle ASL.

con il maggior numero di Case della salute era l'Emilia-Romagna (124), seguita da Veneto, Toscana e Piemonte con più di 70, mentre Basilicata, Liguria, Molise e Umbria si collocavano sotto la decina.

Gli orari ridotti, la presenza limitata di personale, il ritardo nell'integrazione dell'assistenza sanitaria con quella sociale hanno contribuito a ostacolare la trasformazione delle Case della salute in un punto di riferimento per gli assistiti, alternativo all'ospedale. Tuttavia, secondo uno studio sull'esperienza avanzata delle Case della salute in Emilia-Romagna³¹, queste eserciterebbero un impatto non irrilevante sulla riduzione degli accessi al pronto soccorso (-16,1 per cento), sull'ospedalizzazione per condizioni sensibili al trattamento ambulatoriale (-2,4 per cento) e sugli episodi di cura in assistenza domiciliare (+9,5 per cento).

Sull'organizzazione dell'assistenza territoriale è intervenuto in passato anche il cosiddetto "decreto Balduzzi" (DL 158/2012, convertito in L. 189/2012), che mirava ad assicurare la continuità dell'assistenza di base sulle 24 ore e l'integrazione con quella socio-assistenziale, attraverso l'istituzione di aggregazioni funzionali territoriali mono-professionali (AFT) e unità complesse di cure primarie (UCCP, reti di poliambulatori multiprofessionali)³². Il Patto per la salute 2014-16 ha condiviso tale modello, innestando le UCCP, cui le AFT avrebbero dovuto essere funzionalmente collegate, nell'ambito del Distretto. Esistevano comunque anche in precedenza forme di associazione semplice, in rete e di gruppo tra MMG.

Risulta che nel 2019 circa due terzi dei MMG (più dell'80 per cento nella Provincia autonoma di Trento, in Veneto e in Emilia-Romagna) e dei pediatri di libera scelta partecipassero a queste ultime associazioni (non necessariamente attraverso l'unificazione degli studi) e che quelle multiprofessionali, introdotte inizialmente con la sperimentazione delle Case della salute, si fossero diffuse meno, malgrado il "decreto Balduzzi"³³. Le cause sono state rinvenute, oltre che nella mancanza di appositi finanziamenti, nell'ostilità dei sindacati medici e nella mancanza di determinazione da parte di Stato e Regioni nel recepire le norme del DL 158/2012 nell'ambito degli accordi collettivi nazionali con i MMG onde renderle operative³⁴.

Peraltro, la presenza di un blocco della contrattazione dal 2010 al 2015 ha rallentato la definizione di nuove relazioni con i MMG, coerenti con le richieste di aggregazione, e di apposite forme incentivanti. Con la riapertura della contrattazione sono stati realizzati limitati passi avanti, ma saranno gli accordi ancora da sottoscrivere che dovranno integrare la medicina di base con le nuove strutture previste dal PNRR. L'Accordo collettivo nazionale dei MMG relativo al biennio 2016-18, raggiunto a gennaio 2022 (e su cui è stata raggiunta l'intesa in Conferenza Stato-Regioni nell'aprile successivo³⁵), conferma che i MMG restano professionisti convenzionati e mantiene l'autonomia organizzativa e la libera scelta del medico da parte del cittadino. Al contempo, nell'articolo 1 si afferma che l'accordo attua la riforma Balduzzi.

³¹ Si veda Nobilio et al., 2020.

³² Peraltro AFT e UCCP erano già contemplate dalla convenzione con i MMG relativa al quadriennio normativo 2006-09 e al biennio economico 2006-07 sottoscritta il 27 maggio 2009.

³³ Si veda Mapelli, (2021a).

³⁴ Ibidem.

³⁵ Così come per l'Accordo dei pediatri di libera scelta, sottoscritto nello scorso mese di febbraio. Si ricorda che il DL 23/2020 aveva disposto il pagamento immediato ai MMG e ai PLS (nonché agli specialisti ambulatoriali) degli incrementi delle quote capitarie e orarie previsti per il 2018 dall'Atto di indirizzo approvato nel 2019 (e degli arretrati).

Questo avverrebbe attraverso: il passaggio al ruolo unico di assistenza primaria per i medici di assistenza primaria e di continuità assistenziale³⁶, che si prevede operino nelle AFT e nelle UCCP; il rinvio ad appositi atti di programmazione delle Regioni, da attuare attraverso gli Accordi integrativi regionali, volti a istituire le AFT e le UCCP e a definire le modalità di partecipazione dei medici alle forme organizzative multiprofessionali; la previsione che le UCCP operino in strutture o presidi individuati dalle AS (ed eventualmente possano accogliere le AFT), mentre gli studi dei medici restino diffusi capillarmente sul territorio, anche se possono essere stabiliti presso una AFT; la connessione telematica tra i medici della AFT; la previsione che i medici si raccordino alle UCCP tramite le AFT e che il collegamento tra queste ultime e le UCCP possa avvenire attraverso sistemi informatici; l'aggancio della parte variabile del trattamento economico alla valutazione dei risultati raggiunti dai medici operanti all'interno delle UCCP e, per i medici che compongono le AFT, dei risultati ottenuti in relazione agli obiettivi assegnati alle stesse AFT, secondo indicatori da individuare con gli Accordi integrativi regionali (alcune indennità confluiranno in un apposito Fondo aziendale dei fattori produttivi).

La partecipazione alle AFT e alle UCCP sarebbe incentivata utilizzando la quota variabile del trattamento. La realizzazione delle nuove forme organizzative dovrebbe essere presumibilmente favorita dalla valorizzazione dell'attività oraria, anche in considerazione della riforma dell'assistenza territoriale contemplata dal PNRR. Tuttavia, secondo Mapelli (2021a), i passi avanti resterebbero molto limitati, sia per la concessione, da parte di alcuni accordi regionali, di un'adesione facoltativa alle UCCP, sia per l'ammissione di un collegamento dei medici con le UCCP solamente di tipo digitale. L'Atto di indirizzo da poco predisposto dal Comitato di settore comparto Regioni-Sanità, atteso da tempo come lo strumento per realizzare il riordino della medicina generale, non sembra apportare significative novità, come si vedrà meglio più avanti.

https://www.upbilancio.it/wp-content/uploads/2023/03/Focus_2_2023_Ass.-san.-terr.pdf

³⁶ A rapporto fiduciario con scelta del cittadino (a ciclo di scelta, con sistema retributivo a quota capitaria) e ad attività (e retribuzione) oraria (onde contribuire alla continuità dell'assistenza). Restano distinti i settori della medicina dei servizi territoriali e dell'emergenza sanitaria territoriale e viene regolata l'attività dei medici di assistenza penitenziaria. Nel 2020, secondo l'Annuario statistico del SSN, in Italia erano presenti 41.707 medici generici (uno ogni 1.251 residenti, rispetto a un massimale di 1.500 pazienti per ogni medico), 7.285 pediatri (uno ogni 970 bambini residenti), 11.404 medici di continuità assistenziale (e guardia medica). Il numero dei medici d'emergenza sanitaria territoriale è di poco inferiore a 3.000 unità (come risulta dalla risposta dell'allora Sottosegretario Andrea Costa all'Interrogazione a risposta immediata in Commissione 5-08293, Camera dei deputati).