



A.D. 1308  
**unipg**  
DIPARTIMENTO  
DI MEDICINA E CHIRURGIA



SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE  
IN IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA

# 45 anni di Servizio Sanitario Nazionale



Perugia 20 giugno 2023

# La Primary Health Care:

*una scelta strategica per il Servizio Sanitario Nazionale*

**Mara Morini**

# Agenda

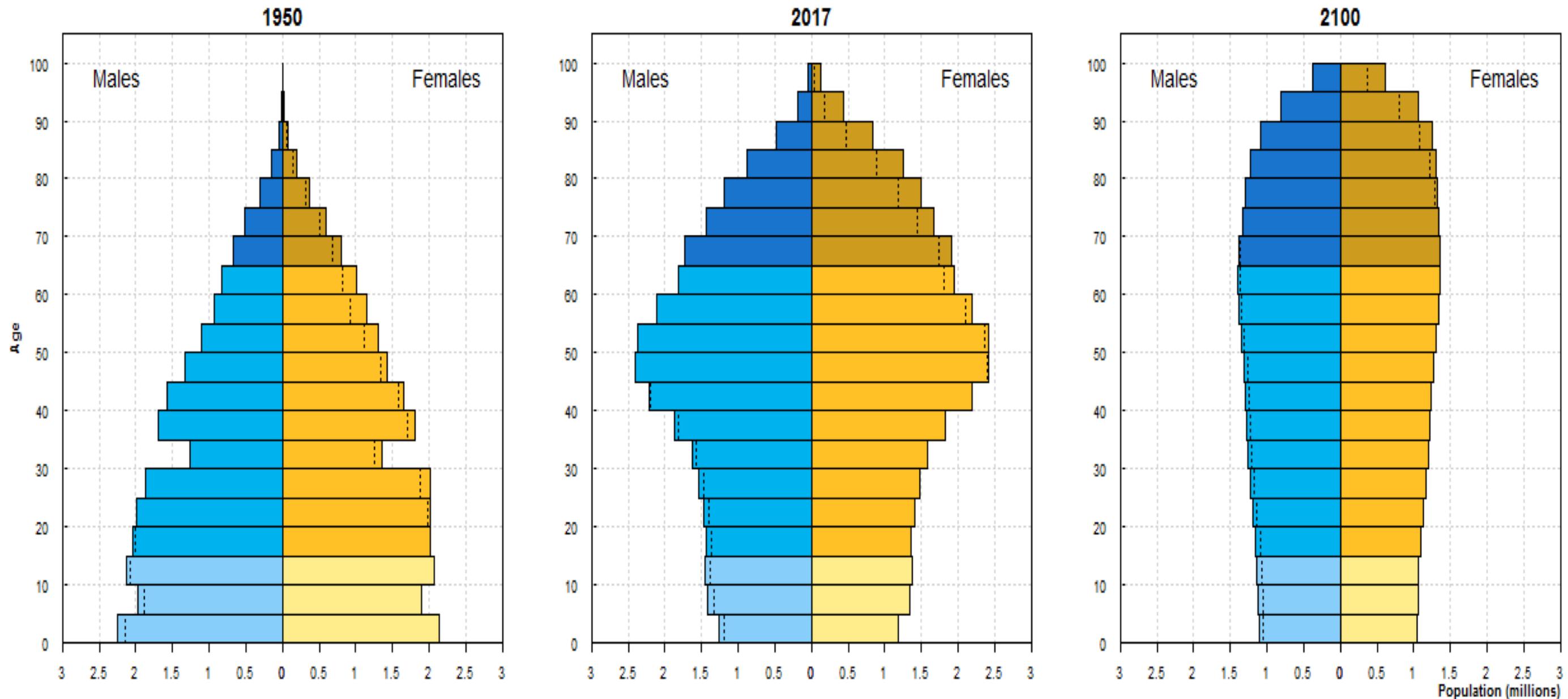
**Demografia e sostenibilità**

**Perchè la PHC**

**La lezione del Covid**

**Verso il DM/77**

# INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE ITALIANA – PROIEZIONE AL 2100

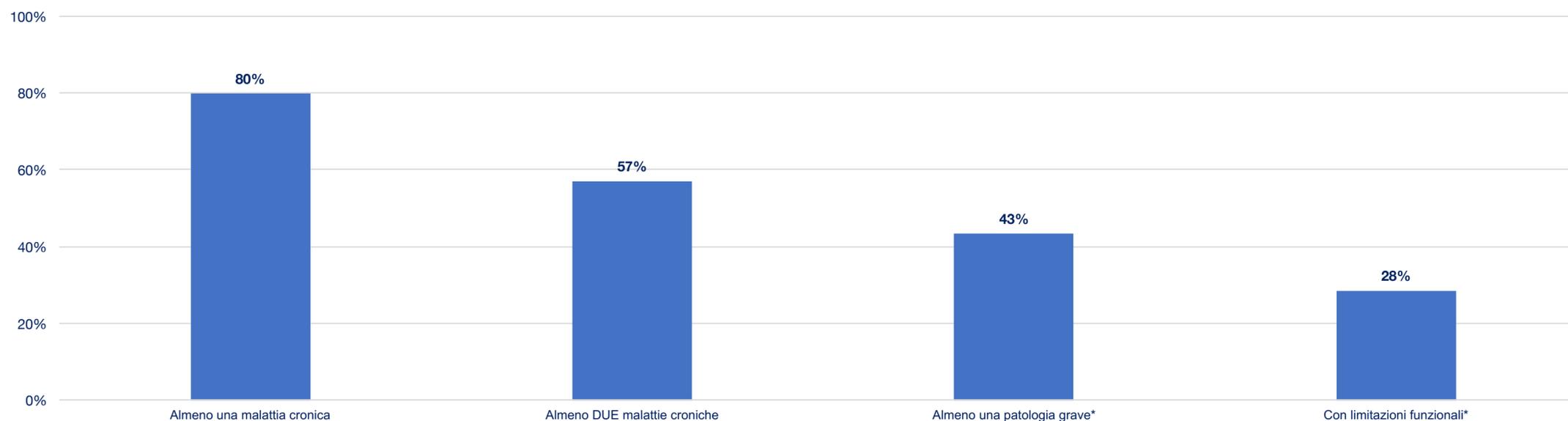


United Nations Department of economics and social affairs, population division (2017).

**La demografia spiega l'80% di tutti i cambiamenti!**

# Demografia, sostenibilità

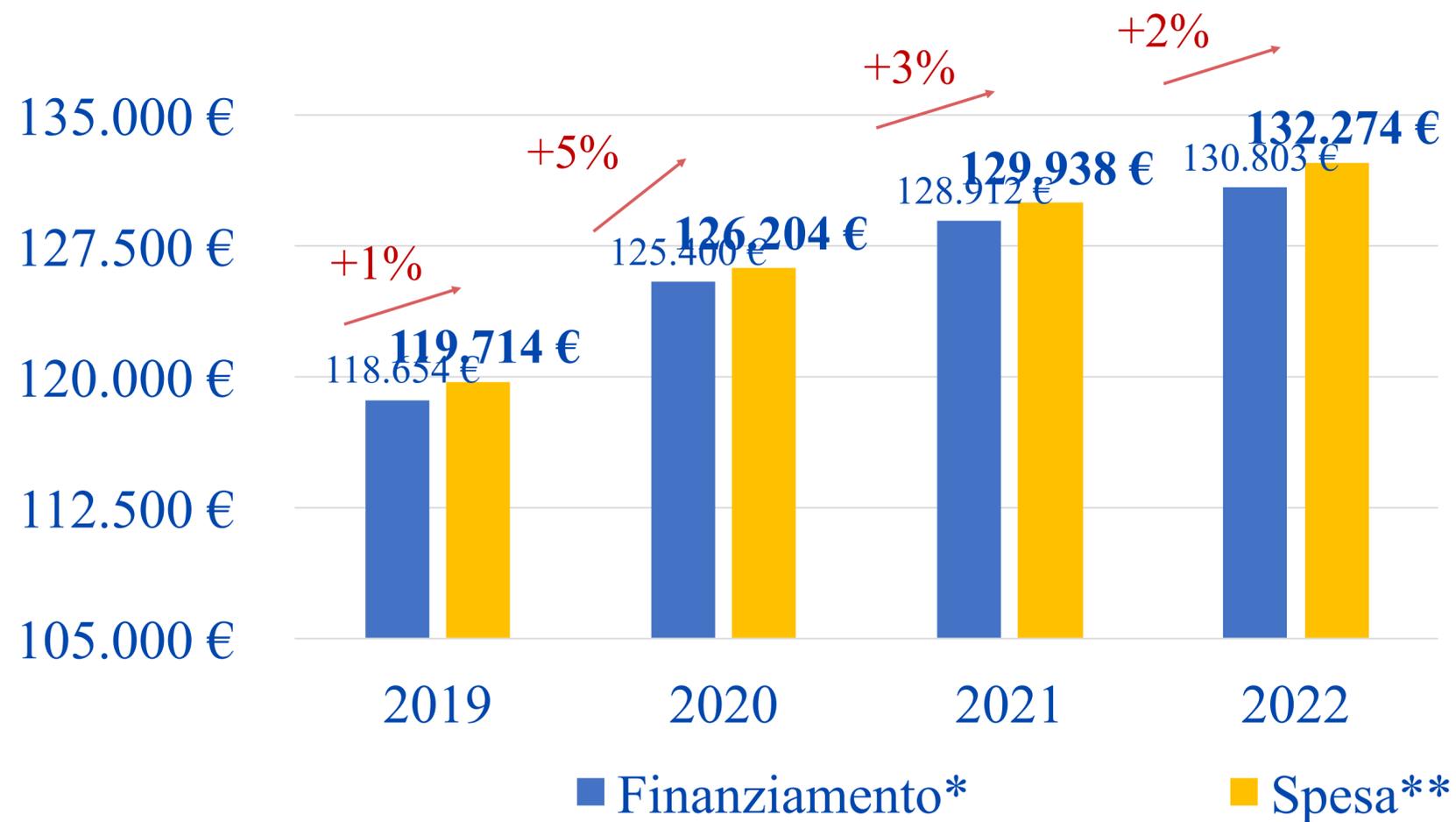
- L'Italia ha perso 1,4 mil di abitanti nel periodo 2013-2021
- L'ISTAT prevede che dal 2021 (23 mil di occupati-60% pop 15-64aa) di passare nel 2050 (17-20 mil occupati con 19 mil di >65 aa)
- Il 32% delle famiglie è unipersonali
- Il 41% dei residenti ha almeno 1 malattia cronica
- La diffusione di malattie croniche e limitazioni funzionali negli >65 aa nel 2021



# Spesa SSN in aumento

## Finanziamento e spesa SSN (mln €), 2019-2022

La % rappresenta la variazione annua della spesa rispetto all'anno precedente



Fonte: Corte dei Conti, rapporto sul coordinamento della finanzia pubblica 2023, pp. 233-234.

(\*) Finanziamento: ricavi dei CE pre coperture e ulteriori trasferimenti.

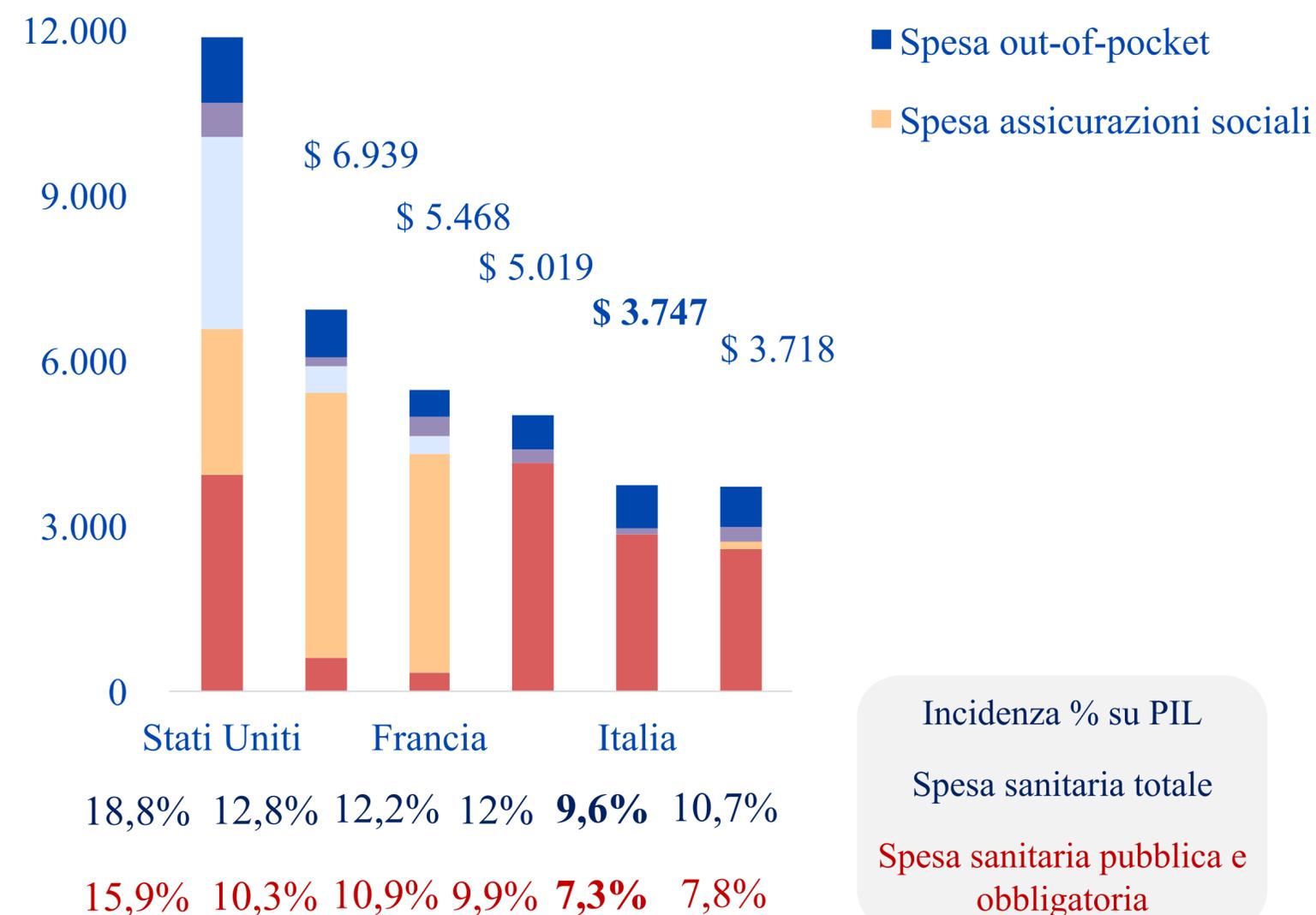
(\*\*) Spesa: costi per i residenti (comprensivi di voci economiche, inclusi il saldo intramoenia e la mobilità).



Università  
Bocconi

CERGAS  
Centro di Ricerche sulla Gestione  
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

## Spesa sanitaria totale pro-capite: composizione per finanziatore (\$ 2020)



Fonte: cap. 3 OASI 2022, elaborazioni su dati OECD  
Health Data 2022

Incidenza % su PIL

Spesa sanitaria totale

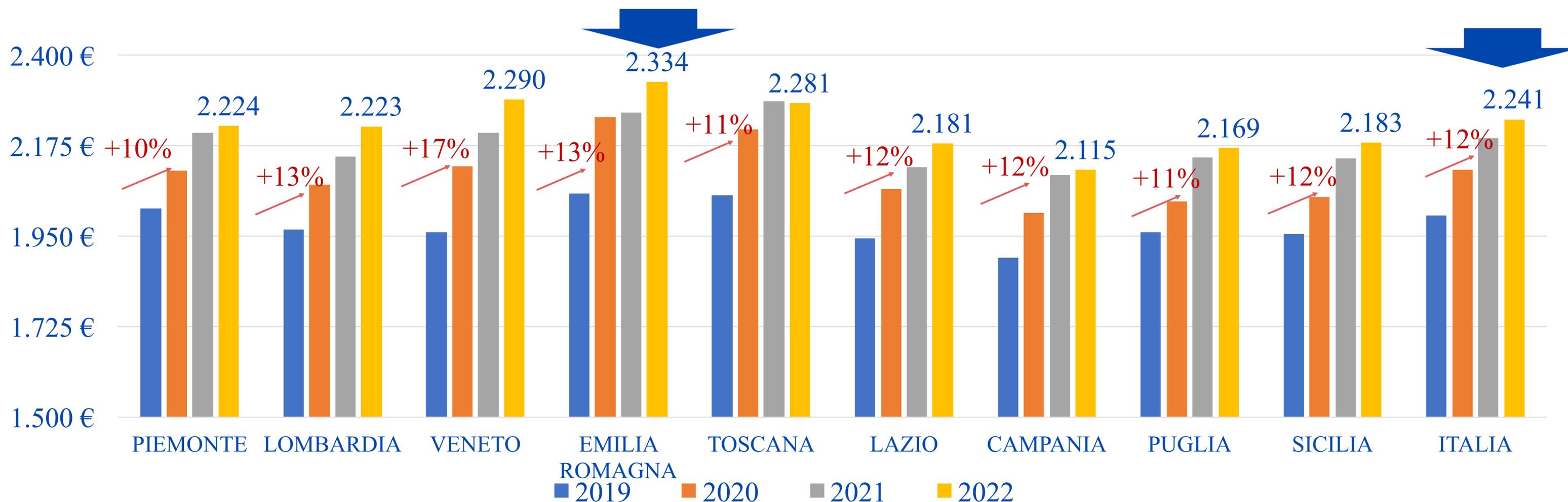
Spesa sanitaria pubblica e  
obbligatoria

SDA Bocconi  
SCHOOL OF MANAGEMENT

# La spesa procapite per i residenti cresce, e più rapidamente al Nord

Spesa SSN procapite per i residenti, 2019-22, principali regioni e dato Italia, €

La % rappresenta la variazione 2019-22



Università  
Bocconi

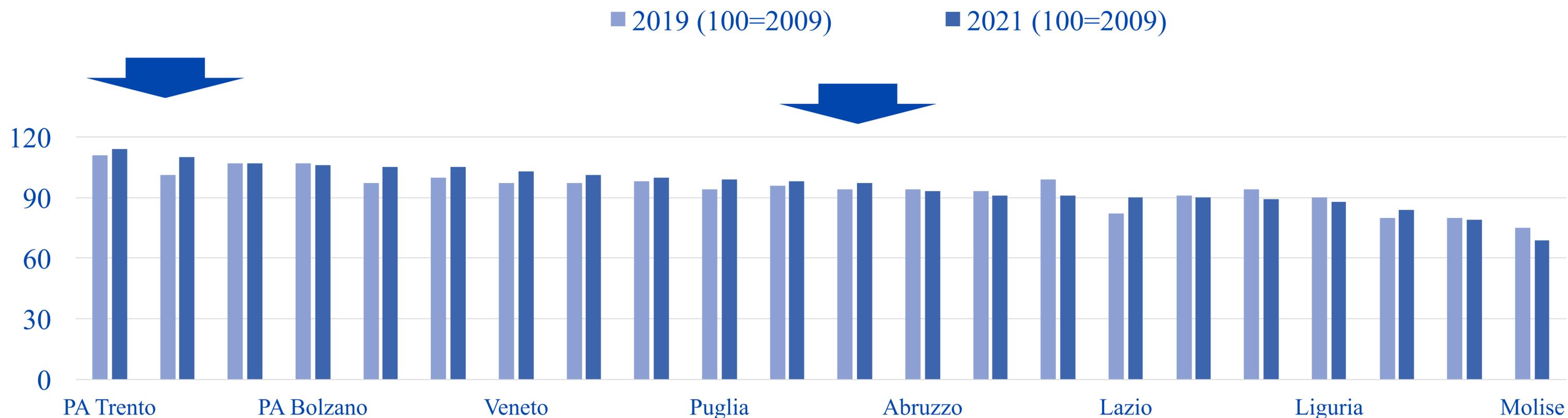
CERGAS  
Centro di Ricerche sulla Gestione  
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

Fonte: elaborazioni su dati Corte dei Conti, rapporto sul coordinamento della finanza pubblica 2023, p. 236.

SDA Bocconi  
SCHOOL OF MANAGEMENT

# I dipendenti del SSN aumentano tra 2019 e 2021, specialmente al Nord

Andamento personale DIPENDENTE SSN, numeri indice con valore 2009=100



Università  
Bocconi

CERGAS  
Centro di Ricerche sulla Gestione  
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

Fonte: elaborazioni CERGAS Bocconi su dati Conto Annuale.

SDA Bocconi  
SCHOOL OF MANAGEMENT

# FRAGILITA' E MULTIMORBOSITA'

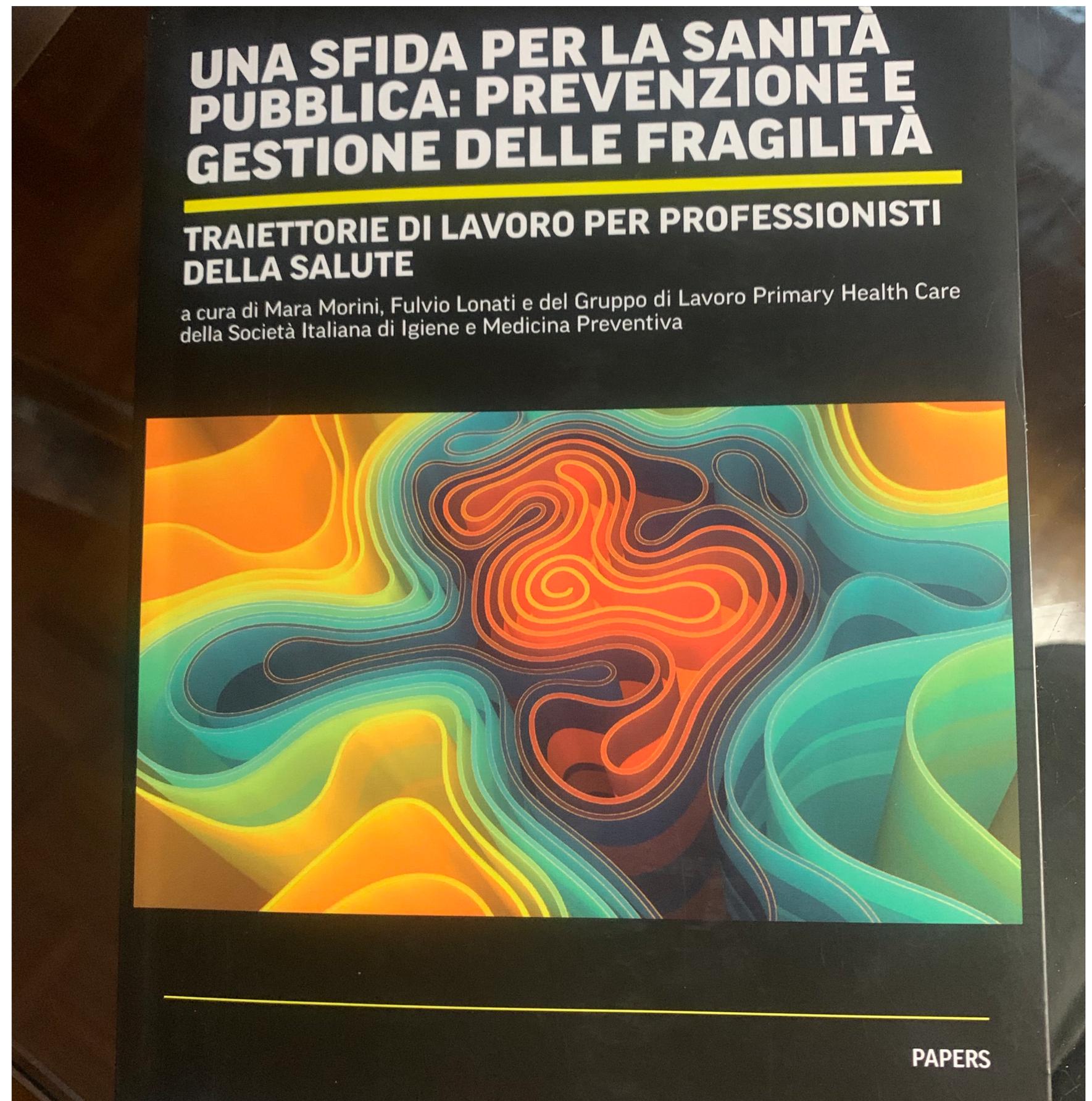
- Condizioni **distinte** che possono **sovrapporsi**.
- Il **70%** degli adulti con fragilità presenta anche multimorbosità, il **50%** delle persone con multimorbosità è fragile (Vetrano et al. 2019).
- Necessità di **strategie** di **prevenzione** e **gestione differenti**.



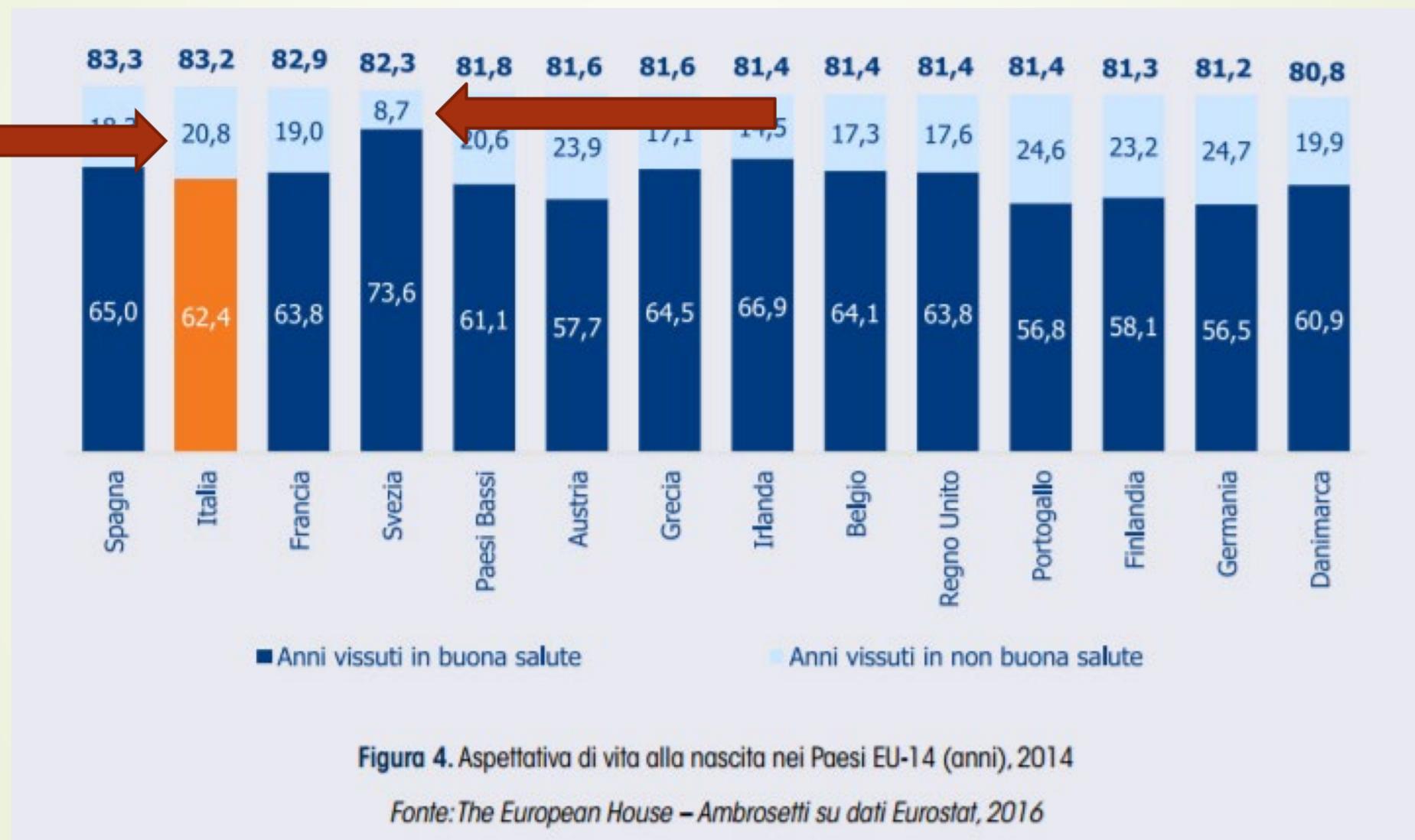
Importanza del **riconoscimento precoce** della fragilità in quanto può essere considerata un **predittore** di **sequele negative** per la salute più **accurato** della multimorbosità (National Institute for Health and Care Excellence, British Geriatric Society).

**Per i professionisti  
della salute**

**Fragilità**



# Prevenzione come elemento di tenuta del Servizio Sanitario Nazionale



# Agenda

**Demografia e sostenibilità**

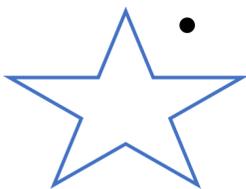
**Perchè la PHC**

**La lezione del Covid**

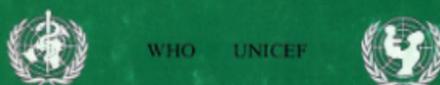
**Verso il DM/77**

# Evoluzione della Primary health Care (PHC)

- **1920**: focalizzazione sul ruolo di **erogazione** di servizi sanitari (Dawson)
- **1950**: *Community-Oriented Primary Care*: attenzione su destinatario comunitario (Kark)
- **1970**: *Primary Health Care*: attenzione non solo su aspetti connessi all'offerta di servizi, ma anche aspetti organizzativi (Christian Medical Commission)
- **1978**: Dichiarazione Universale di **Alma-Ata**, esplicita le basi dell'Assistenza Primaria (*Primary Health Care*)
- **1978**: l'Institute of Medicine individua le **cinque funzioni** proprie dell'Assistenza Primaria (*PHC*): *accessibility, comprehensiveness, coordination, longitudinality, accountability*
- **2008**: **Carta di Tallin** (Regione Europea OMS): visione ampia della salute e dei suoi determinanti; necessità di un'efficace assistenza sanitaria primaria anche per i paesi sviluppati
- **2013**: **Health 2020**: l'approccio basato sull'Assistenza Primaria è considerato elemento cardine
- **2019**: **OMS** inserisce tra le «Dieci minacce alla salute globale nel 2019» la «presenza di un 'assistenza sanitaria primaria debole'»



ALMA-ATA 1978  
**PRIMARY  
HEALTH CARE**



Esiste evidenza scientifica che dimostra come *sistemi sanitari che si affidano maggiormente alle cure primarie* hanno:

- una **minore mortalità per tutte le malattie**
- **più facile accesso ai servizi** in caso di necessità
- **migliore qualità di cura**
- un focus maggiore sulla **prevenzione**, ecc...

Tutto questo con **costi minori e miglior appropriatezza** rispetto a *sistemi incentrati sulle cure specialistiche*

Macinko J, Starfield B, Shi L the contribution on primary care systems to health outcomes within OECD counties health service research 831-833 2003

# Elementi caratterizzanti la PHC

- **Obiettivi di salute** (*interventi preventivi e precoci* al fine di non giungere all'intervento clinico perché si opera sui **determinanti della salute**)
- **Integrazione dei servizi e dei professionisti** (La produttività nelle CP non dipende dalla singola attività bensì dall'efficacia con cui sono **organizzate le interdipendenze**, ovvero coordinamento dei servizi)
- **Necessità di collaborazione** (La collaborazione tra i professionisti deve *superare i linguaggi delle singole specialità* difficilmente comprensibili)
- **Reclutamento precoce** (L'esplosione epidemiologica delle *patologie croniche, fragilità e non autosufficienza* impongono **nuove strategie di approccio** basate su: reclutamento precoce, aderenza dei professionisti della rete ai PDTA, *compliance* dei pazienti)
- **Lavorare in rete** (**coordinamento tra tutti i servizi sanitari e socio-sanitari, con le politiche per la salute prodotte da EE.LL., Istituzioni, scuola ecc.. Capacità manageriali**)
- **Crocevia di saperi** (è necessaria una *sintesi clinica, una personalizzazione della cura e del percorso coerente con le caratteristiche della persona* (la sua *compliance*, la condizione sociale e la rete in cui è inserito).
- **Opportunità per una nuova professionalità degli operatori del territorio, diversa da chi opera negli ospedali**

# Agenda

**Demografia e sostenibilità**

**Perchè la PHC**

**La lezione del Covid**

**Verso il DM/77**

# Commitment e managerialità

- Le regioni che avevano maturato cultura e organizzazione basata sulla capacità aggregativa hanno risposto più tempestivamente e efficacemente all'emergenza pandemica

Il COVID è stata una **finestra** in cui abbiamo osservato un forte commitment sui servizi territoriali in alcune regioni

- La responsabilità del *coordinamento territoriale* è stata assegnata ora a un dipartimento (es. sanità pubblica in Veneto, Cure primarie in E-R) o si è osservato un forte coinvolgimento del top management e un forte investimento nel regime domiciliare o ambulatoriale, mentre in alcuni casi è stato l'ospedale ad uscire sul territorio
- Il problema non è la variabilità delle soluzioni organizzativa ma la loro chiarezza e forza (Dipartimento cure primarie, Distretto?)
- E' possibile rigenerare il senso di urgenza determinato dal COVID che ha generato organizzazione «mission driven»?

- **NESSUNA NOVITA'**

*Tutti questi aspetti erano già ben presenti nelle agende di coloro che da tempo pensano a come migliorare l'assistenza e la tutela della salute e il benessere nelle proprie comunità di appartenenza.*

*Il COVID 19 ne è stato un rafforzativo.*

# Cure primarie in Italia

- **Il Distretto Socio Sanitario** è l'esplicitazione organizzativa delle cure primarie , l'articolazione organizzativa portante del processo aggregativo e d'integrazione dei servizi (DL 229/99)
- Fornisce continuità di cura, dialogo fra i servizi, prossimità, produttività e tempestività d'azione
- Ha la responsabilità della regia complessiva e unitaria dell'organizzazione territoriale attraverso i servizi che produce, l'integrazione con i servizi sociali, quella orizzontale con i dipartimenti territoriali e quella verticale con l'ospedale
- Quanto si è investito in termini di risorse del SSN sul territorio? *(Ancora si privilegia l'ospedale)*
- Quanto è diffusa e sviluppata l'organizzazione distrettuale nelle regioni ? *(quasi assente in alcune)*
- Le direzioni di Distretto hanno sviluppato competenze manageriali, di leadership, hanno seguito percorsi formativi in tal senso? *(Da dimostrare)*

# Agenda

**Demografia e sostenibilità**

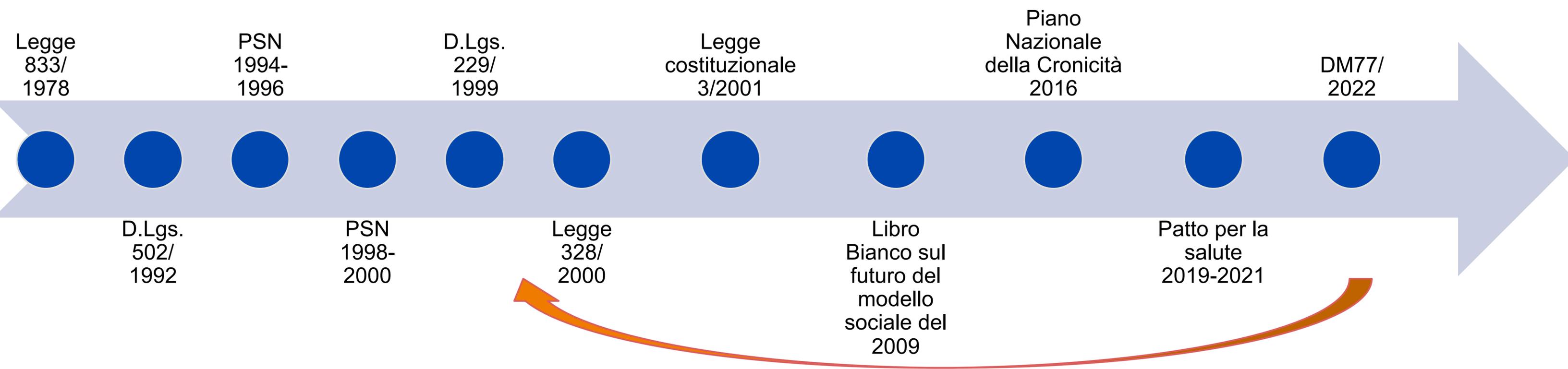
**Perchè la PHC**

**La lezione del Covid**

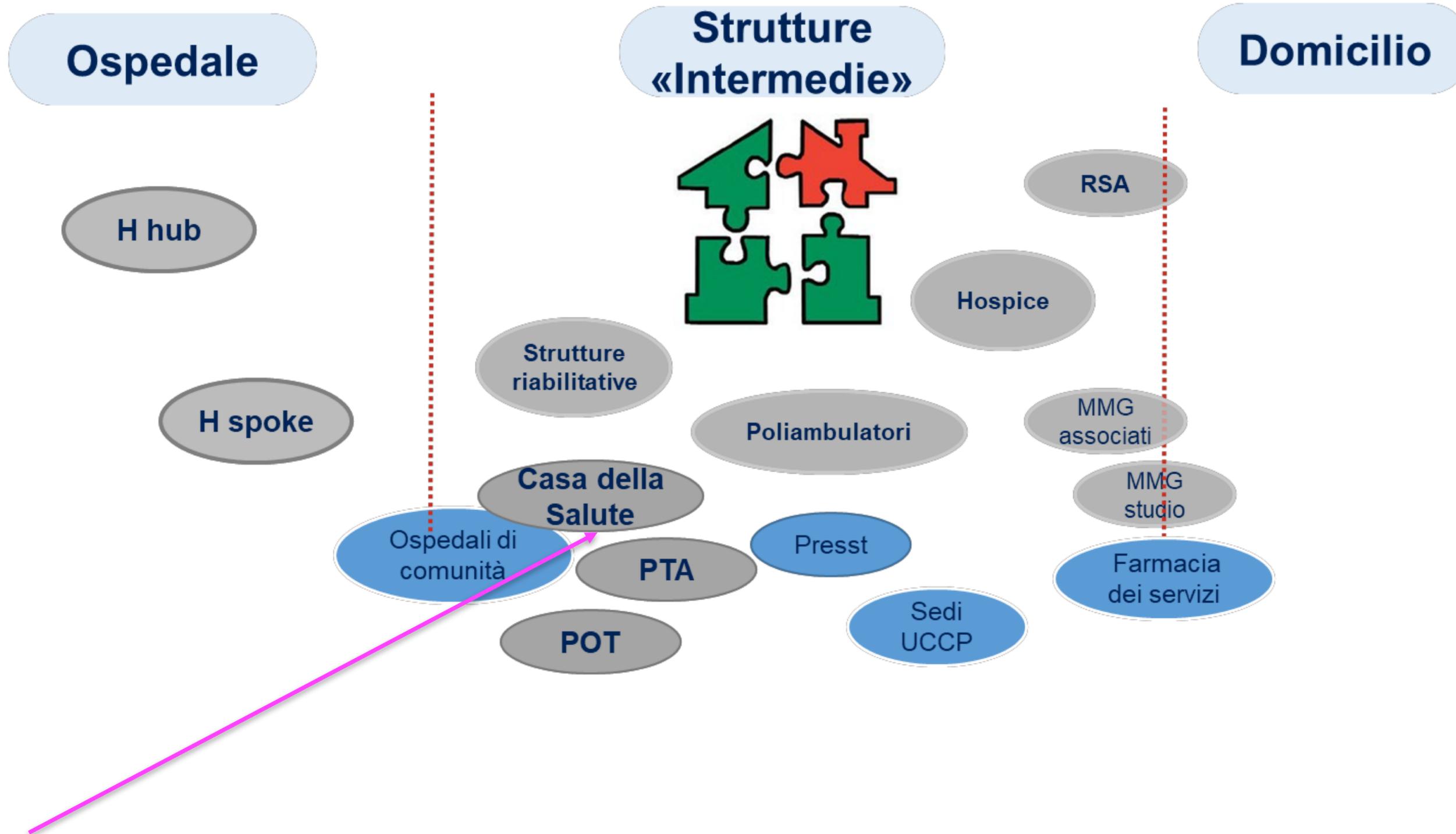
**Verso il DM/77**

# Una difficile rappresentazione formale

Gran parte dei contenuti DM77/22 richiamano esplicitamente D. Lgs 229

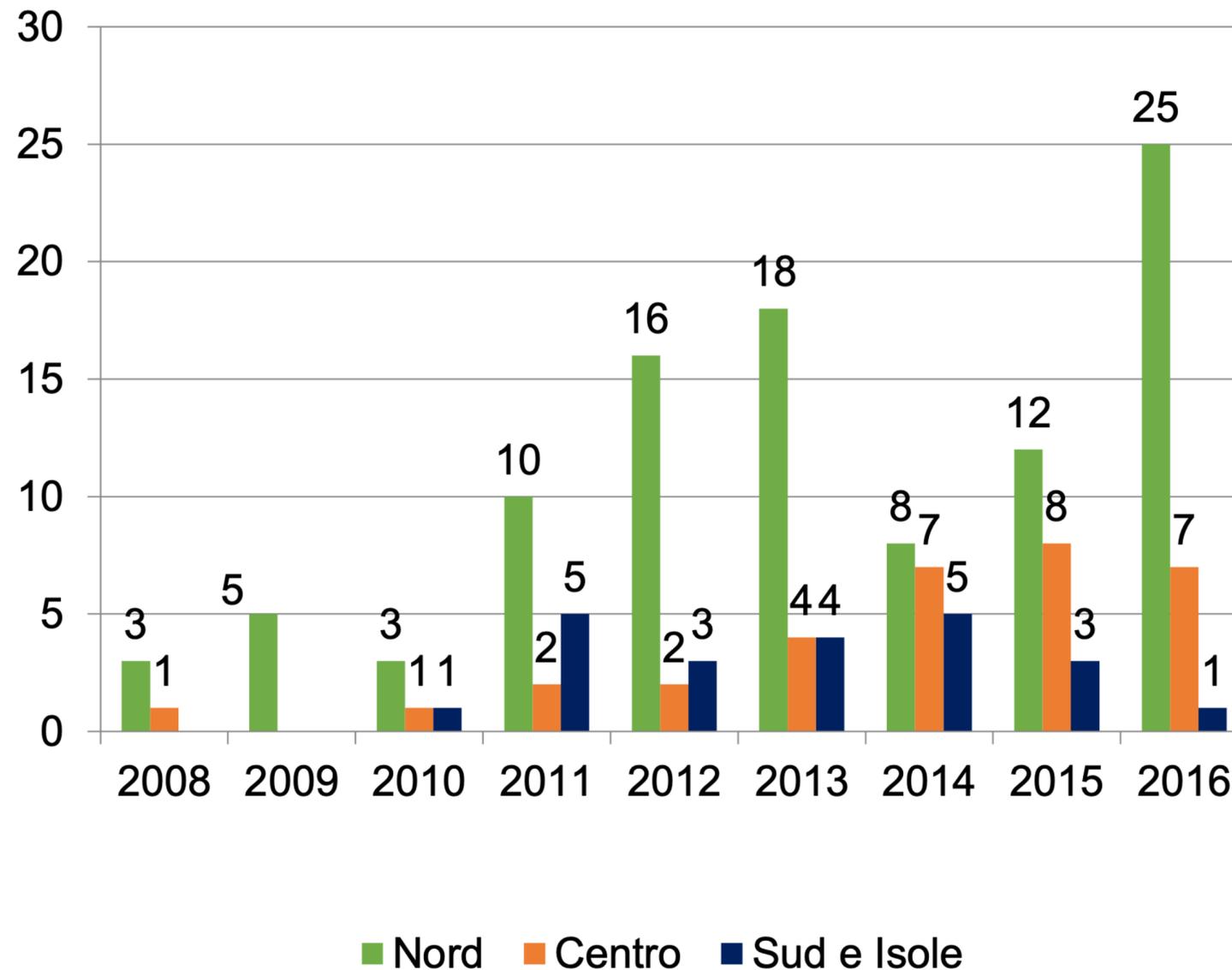


# 1. SCENARIO: NUOVE SOLUZIONI ORGANIZZATIVE



# 1. SCENARIO: LA DIFFUSIONE DEI PRESIDI DI ASSISTENZA TERRITORIALE IN ITALIA (OASI,2017)

## Censimento 2017 Case della Salute e assimilabili: nuove aperture per macroarea geografica, 2008-2016

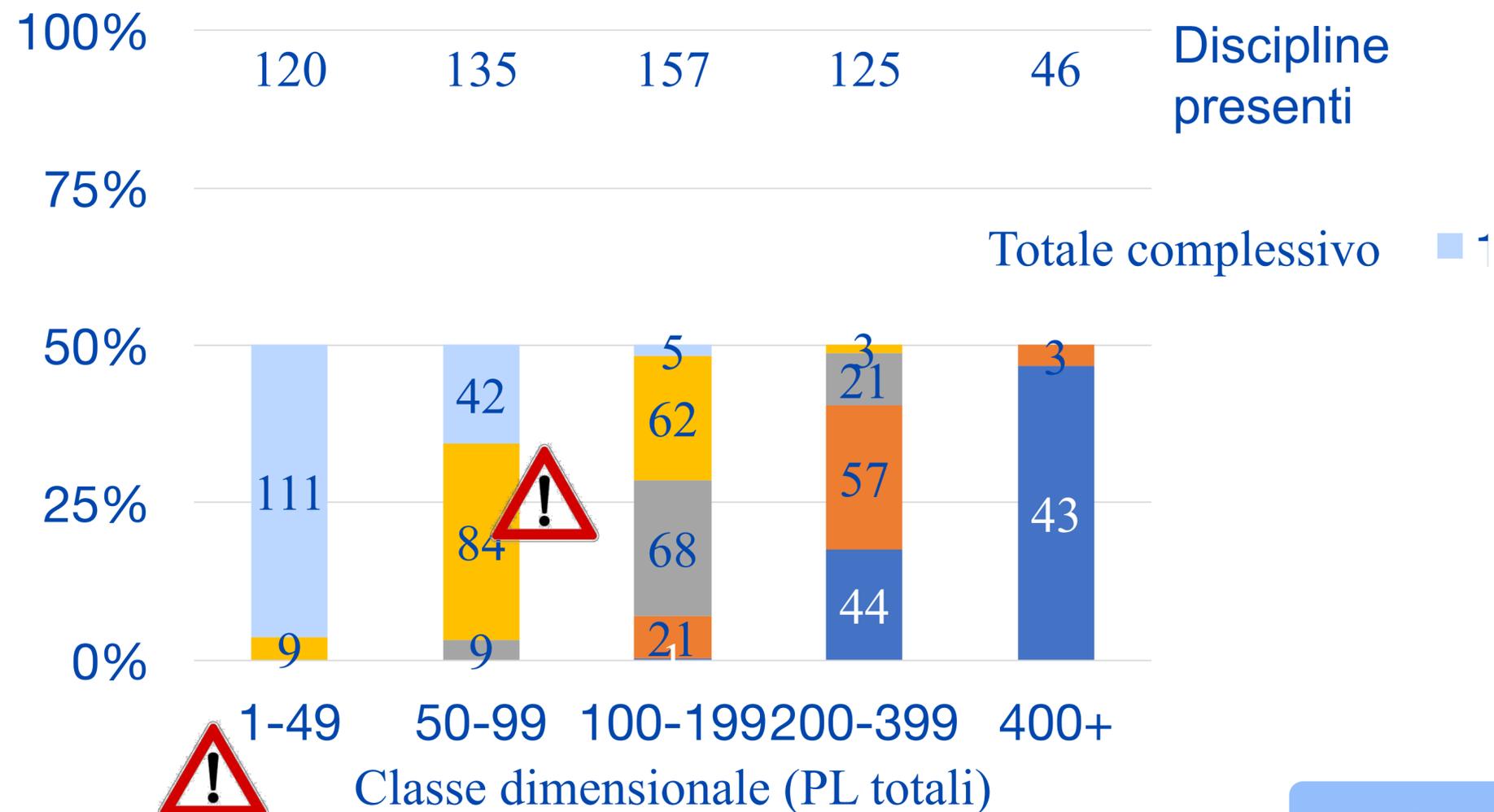


- Il fenomeno di attivazione si intensifica a partire dal 2011
- Almeno 20 nuove strutture territoriali nel periodo 2012-2016

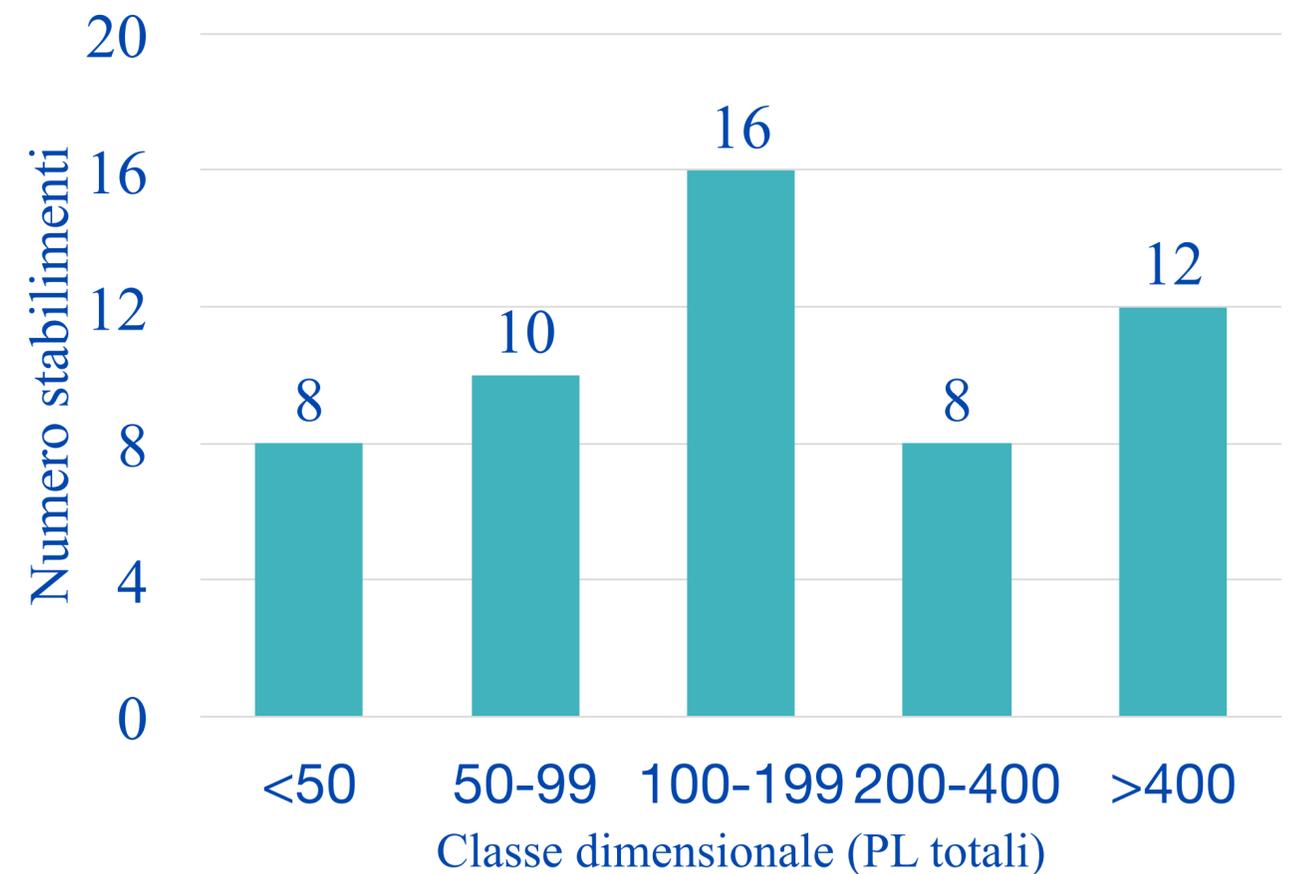
- Queste strutture presentano **caratteristiche, servizi ed etichette eterogenee tra di loro.**
- Le CdS sembrano essere, prevalentemente, un **luogo di innovazione per il territorio**: la collocazione in questi luoghi dei progetti di sanità d'iniziativa, della presa in carico della cronicità e dei progetti di prevenzione e promozione della salute lo confermano, così come la presenza di comunità professionali multi-disciplinari.

# Sfide (ii): la vocazione dei (piccoli) ospedali

Ospedali a gestione diretta, ITALIA (N=583): suddivisione per classe dimensionale e numero discipline, 2020



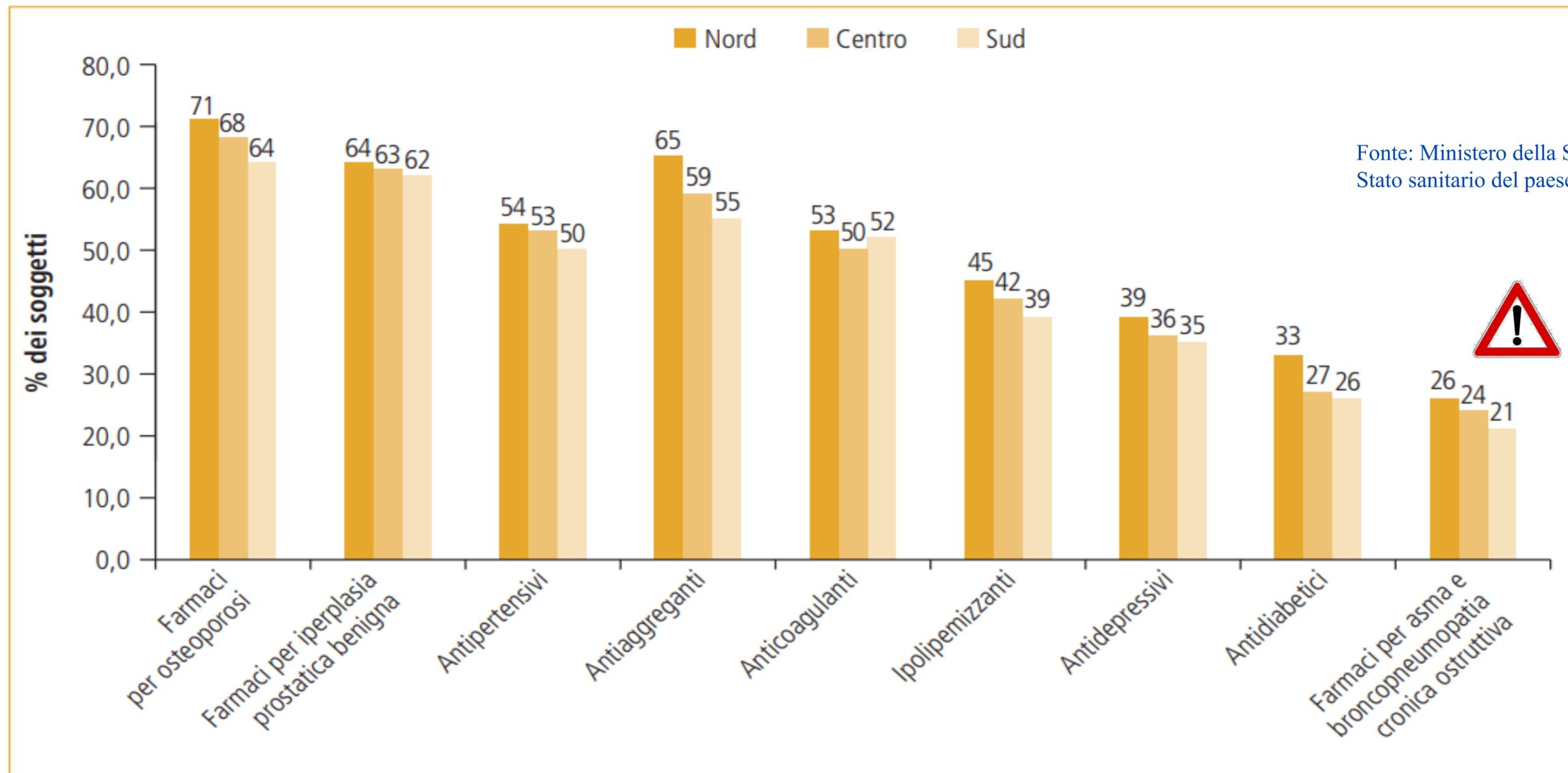
Ospedali pubblici, RER (N=54): suddivisione per classe dimensionale (PL), 2023



**Un terzo degli ospedali RER (18/54) ha meno di 100 PL**

# Sfide (vii): orientare le metriche verso processi ed esiti...anche sul territorio

Figura B.1.8. Alta aderenza per ciascuna categoria farmaceutica suddivisa per area geografica – Anno 2020.



Università  
Bocconi

CERGAS  
Centro di Ricerche sulla Gestione  
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi  
SCHOOL OF MANAGEMENT

# Il Distretto: funzioni e standard organizzativi

**Distretto di circa 100.000 abitanti**, con variabilità secondo criteri di densità di popolazione e caratteristiche orografiche del territorio.

---

La programmazione deve prevedere i seguenti **standard**:

- almeno **1 Casa della Comunità *hub*** ogni 40.000-50.000 abitanti;
- **Case della Comunità *spoke* e ambulatori di Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS)** tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali.

Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente;

- almeno **1 Infermiere di Famiglia o Comunità ogni 2.000 - 3.000 abitanti** Tale standard è da intendersi come numero complessivo di Infermieri di Famiglia o Comunità impiegati nei diversi setting assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola;
- almeno **1 Unità di Continuità Assistenziale (1 medico e 1 infermiere) ogni 100.000 abitanti**;
- **1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti** o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore;
- almeno **1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 50.000 - 100.000 abitanti**.

# La Casa della Comunità

- ❖ La CdC è **il luogo fisico di riferimento per la comunità** su cui insiste, è il luogo **di prossimità e di facile individuazione** dove la comunità può accedere per poter entrare in contatto con il **sistema di assistenza sanitaria**, al fine di trovare risposta al proprio bisogno di salute.
- ❖ Introduce un modello organizzativo di approccio integrato e multidisciplinare attraverso l'*équipe multiprofessionale* territoriale.
- ❖ Costituisce la sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione dei servizi sanitari
- ❖ **Standard:**
  - ❖ - **almeno 1 CdC hub ogni 40/50.000 ab.** - CdC e ambulatori di MG e PLS tenendo conto delle caratteristiche orogeografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali, nel pieno rispetto del principio di prossimità.
  - ❖ Tutte le aggregazioni di MMG, PLS (AFT, UCCP) sono ricomprese nella CdC avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente
  - ❖ Alla CdC accederanno anche gli Specialisti ambulatoriali
- ❖ **Standard di Personale:**
  - ❖ *7-11 Infermieri, 1 assistente sociale, 5-8 unità di personale di supporto* (Sociosanitario, amministrativo)

# Sfide (iv): consistenza e vocazione della rete distrettuale

Ambulatori pubblici, Case della Salute, Case della comunità

REGIONE	Nr ambulatori e lab., pubblici extra-osp., 2021 (*)	Case della Salute e simili, 2020 (**)	Case della Comunità prev. 2026 (***)
PIEMONTE	199	71 CdS	82
LOMBARDIA	124	25 Presst	199
VENETO	158	77 MGI	95
EMILIA ROM.	284	126 CdS	85
TOSCANA	312	76 CdS	77
LAZIO	172	22 CdS	135
CAMPANIA	170	/	172
PUGLIA	211	33 PTA	131
SICILIA	209	55 PTA	156
<b>ITALIA</b>	<b>2.589</b>	<b>553</b>	<b>1.450</b>



Università  
Bocconi

CERGAS  
Centro di Ricerche sulla Gestione  
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

Fonti: (\*) elaborazione su dati annuario statistico SSN, Ministero della Salute, (\*\*) OASI 2021, cap. 13 (\*\*\*) Ministero della Salute, Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2017-21, p. 212; include anche le Cdc realizzate con fondi regionali

SDA Bocconi  
SCHOOL OF MANAGEMENT

# Il questionario – le sezioni

- Parte1 - inquadramento e caratterizzazione del distretto (8 domande)
- Parte2 – attività svolte dal distretto (10 domande)
- Parte3 – servizi e strutture relativi alle cure primarie nel distretto (2 domande)
- Parte4 - attrezzature e le dotazioni informatiche disponibili nelle strutture del distretto (6 domande)
- Parte5 e 6 - temi di management relativi al distretto (9 + 12 domande)
- 47 Domande, di cui 9 aperte e 38 chiuse

Contesto territoriale

Caratteristiche organizzative

Attività svolte

PDTA attivi

Servizi e strutture

Dotazione tecnologica

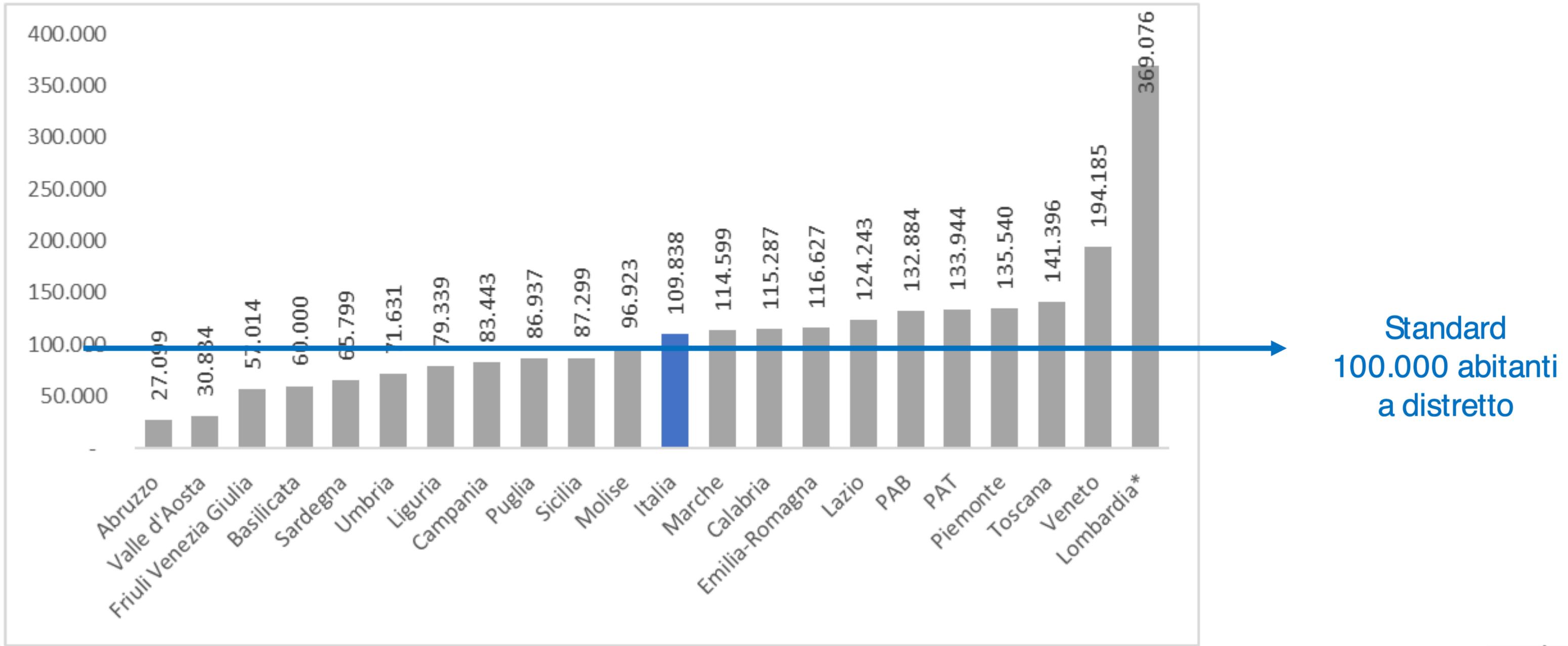
Budget e autonomia eco-fin

Coinvolgimento comunità

Formazione e audit



# Popolazione nei distretti identificati attraverso i siti istituzionali



\* ATS



# Conclusioni – le incertezze

- L'organizzazione distrettuale è in forte cambiamento: (chi è il distretto?)
  - In alcuni casi è forte l'associazione distretto=(poli)ambulatorio vs ambito di programmazione dell'attività – distretto come organizzazione o distretto come luogo?
  - Riforme e ruoli ancora in fase di definizione (es. Lombardia)
- In relazione alle attività, è molto variabile la presenza del distretto nelle attività di salute mentale e disabilità.





16 organizzazioni aderenti

**Organizzazioni aderenti all'Alleanza  
per la Riforma delle Cure Primarie in Italia:**

- > Campagna Primary Health Care Now or Never
- > ACLI - Associazioni Cristiane Lavoratori Italiani
- > AICP - Accademia Italiana Cure Primarie
- > AslQuAS - Associazione Italiana per la Qualità della Assistenza Sanitaria e Sociale
- > AIFeC - Associazione Infermieri di Famiglia e di Comunità
- > Associazione APRIRE - Assistenza Primaria In Rete
- > Associazione La Bottega del Possibile
- > Associazione Prima la Comunità
- > Associazione Salute Diritto Fondamentale
- > Associazione Salute Internazionale
- > CARD - Confederazione delle Associazioni Regionali di Distretto
- > EURIPA Italia - European Rural and Isolated Practitioners Association
- > Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri - IRCCS
- > Movimento Giotto
- > SItI - Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica
- > Slow Medicine ETS

Fulvio Lonati



- **Il DM77 non fornisce alcuna indicazione vincolante per i Distretti:** non si fa menzione dell'assetto organizzativo che il Distretto ora dovrebbe assumere nel rinnovamento della sanità territoriale; anche la dimensione di 1 ogni 100.000 abitanti diventa opzionale. Infine si rileva che, indicando nell'allegato 1 come prima funzione del distretto la committenza separata dalla produzione diretta dei servizi, si lascia aperta la porta all'esternalizzazione e all'attribuzione a soggetti privati dei servizi stessi.
- **Il DM77 non fornisce alcuna indicazione vincolante per le Cure Primarie,** benché siano posizionate al primo posto nell'elenco dei servizi obbligatori per le Case di Comunità, e debbano essere garantite da *équipe multiprofessionali composte da medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali, infermieri di comunità e altri.* Tuttavia questa indicazione non viene tradotta in prescrizioni precise e vincolanti sulla composizione effettiva delle équipe, sulle modalità con cui, e da chi, devono essere organizzate e coordinate e sulla dotazione di personale. Non chiarisce se le dotazioni previste si riferiscano a operatori isolati o a componenti di un gruppo di lavoro. Inoltre non specifica se, e come, i medici di medicina generale debbano svolgere la loro attività nelle Case della Comunità e nelle équipe multiprofessionali. L'allegato 1 accenna solo al fatto che l'assistenza medica nella Case della Comunità deve essere svolta come *attività ambulatoriale aggiuntiva rispetto alla attività svolte dai MMG nei confronti dei propri assistiti.* In relazione a questo, le prescrizioni dell'allegato 2 sanciscono l'obbligo per la Casa della

# Metodologia della ricerca proposta nel cap. 13

1. **Analisi documenti nazionali e regionali:** approfondire come è cambiato il ruolo del DSS
2. Approfondimento ruolo DSS in **8 casi studio**

Regione	Azienda	Contesto
Lombardia	ASST Niguarda	Metropolitano
	ASST Lodi	Non metropolitano
Emilia Romagna	AUSL Bologna	Metropolitano
	AUSL della Romagna	Non metropolitano
Lazio	ASL Roma 1	Metropolitano
	ASL Roma 6	Non metropolitano
Puglia	ASL Bari	Metropolitano
	ASL Foggia	Non metropolitano

3. Conduzione di **2 focus group** con referenti aziende sanitarie e referenti regionali per discutere le funzioni emergenti del DSS



Università  
Bocconi

CERGAS  
Centro di Ricerche sulla Gestione  
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi  
School of Management

# Salta nei fatti l'univocità di funzioni e di contenuti di ruolo

I DSS negli 8 casi oggetto di studio sono strutture organizzative con territori e popolazioni di riferimento rimarchevoli, maggiori di quanto previsto dal DM 77/2022, con un'ampia variabilità inter-distrettuale e intra-aziendale

	Lombardia		Emilia Romagna		Lazio		Puglia	
	ASST Niguarda	ASST Lodi	AUSL Bologna	AUSL Romagna	ASL Roma 1	ASL Roma 6	ASL Foggia	ASL Bari
Popolazione Azienda (Municipio 9)	184.002	233.205	886.098	1.122.114	1.041.220	574.976	628.556	1.230.205
N° Distretti	1	2	6	8	6	6	8	12
Popolazione media	184.002	116.602	147.683	140.264	173.536	95.829	78.569	102.517
Pop. Minima	184.002	76.100	55.653	88.612	133.587	66.717	<b>39.361</b>	60.771
Pop. Massima	184.002	157.105	<b>391.984</b>	225.179	205.446	113.542	151.726	315.284



Università  
Bocconi

CERGAS  
Centro di Ricerche sulla Gestione  
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi  
School of Management

# Conclusioni

- In un contesto nazionale di crescente disallineamento tra bisogni e risorse disponibili, le sfide più pregnanti riguardano:
  - i ruoli e la configurazione di servizio dei nuovi *setting* territoriali (CdC, Ospedali di Comunità, COT, ...)
  - le metriche di misurazione della presa in carico territoriale (*i pz con elevata aderenza alle prescrizioni sono pochissimi e soprattutto per pat respiratorie croniche, diabete e salute mentale*)
- Non abbiamo una discussione aperta sul Distretto Socio Sanitario: D. di committenza, produzione di cure primarie, garanzia verso cittadini e istituzioni c'è molta distanza tra le regioni, la normativa (DL. 229/99) e le trasformazioni
- Il ruolo e le funzioni del Direttore del Distretto sono fondamentali per l'applicazione del DM/77, ma critico il suo reclutamento in quanto è necessaria una competenza a valenza manageriale elevata rispetto ad altri ruoli che sono tecnico-professionali (disciplina)
- La vocazione del Distretto influenza l'assegnazione delle altre funzioni aziendali: dipartimenti di cure primarie, salute mentale, prevenzione, Case della Comunità, staff ....., quindi deve essere chiarita