

# **UNA ROADMAP PER L'ASSISTENZA TERRITORIALE**

## **Accesso alle cure, contrasto alle disuguaglianze e sostenibilità del sistema**

N. 5 Policy Brief – Area Innovazione

### **AUTRICI**

Maria Rosaria Della Porta, Maria Vittoria Di Sangro, Eleonora Mazzoni

#### **Abstract**

Più volte in questi mesi è stato sottolineato che l'assistenza sanitaria territoriale è la chiave per superare l'emergenza sanitaria in atto e riformare il SSN. Tuttavia, si rileva una grande frammentarietà e significativi elementi di criticità nell'erogazione dei servizi di prossimità. In particolare, l'Italia evidenzia un forte ritardo nella diffusione dell'assistenza domiciliare rispetto agli altri Paesi OCSE ed un'elevata disomogeneità fra le regioni di tutti i servizi residenziali e di prossimità. Questo perché nel corso degli anni non si è mai provveduto ad una reale riforma dell'assistenza territoriale, che è rimasta sostanzialmente solo su carta. Pertanto alla prova del Covid 19, il nostro sistema sanitario ha mostrato molti elementi di debolezza caratterizzati principalmente dall'assenza di un sistema di cure integrato ospedale-territorio, e articolato anche su base domiciliare, capace di rispondere in modo efficiente alla domanda di cure e assistenza dei cittadini. A rendere più complessa la situazione si aggiunge poi una insufficiente dotazione di risorse umane specializzate e di infrastrutture, in particolare tecnologiche e digitali, per le quali sarebbe dunque prioritario prevedere interventi di ammodernamento in modo uniforme sul territorio nazionale. Le risorse stanziare per la missione 6 "Salute" del PNRR dovrebbero proprio servire a rafforzare il nostro sistema sanitario negli ambiti in cui ha mostrato le maggiori criticità, rendendo più capillare l'offerta di salute sul territorio, superando le disparità regionali e garantendo un sistema di prevenzione, diagnosi e assistenza ben radicato. Risorse forse ancora una volta scarse rispetto alle risposte che sono chiamate a dare, e la cui efficacia dipenderà in larga parte dalla loro allocazione.

## 1. L'impatto della pandemia sull'accesso alle cure dei pazienti non Covid

L'emergenza sanitaria che ha colpito il nostro Paese ha avuto effetti importanti non solo sulla gestione dei pazienti Covid ma anche sull'accesso alle visite e ai trattamenti delle persone non contagiate. Un quadro della situazione è stato realizzato da Salutequità con i suoi quattro Report<sup>1</sup> attraverso i quali ha tra l'altro evidenziato che l'Italia è tra i paesi con il più alto tasso di mortalità per Covid-19 pari a 107,5 decessi per 100mila abitanti.

Nel 2020 oltre 1,3 milioni i ricoveri in meno rispetto al 2019, cioè una riduzione del 17%. Nel dettaglio sono circa 682.000 ricoveri con DRG medico e altri circa 620.000 con DRG chirurgico. Il valore economico corrisponde a 3,7 miliardi. A saltare rispetto al 2019 oltre ai ricoveri programmati (-747.011), purtroppo ci sono anche quelli urgenti che ne rappresentano il 42,6%, cioè 554.123. Le aree maggiormente coinvolte sono quelle della chirurgia generale, otorinolaringoiatria e chirurgia vascolare. Per quanto riguarda l'ambito cardiovascolare si è assistito ad un calo di circa il 20% degli impianti di defibrillatori, pacemaker ed interventi cardiocirurgici maggiori. Riduzioni importanti anche in ambito oncologico. I ricoveri di chirurgia oncologica, nonostante non avrebbero dovuto subire interruzioni, hanno visto invece una contrazione del 13%. I ricoveri per radioterapia e chemioterapia si sono ridotti rispettivamente del 15% e del 10%, del 30% i ricoveri per il tumore della mammella, del 20% per i tumori di polmone, pancreas e apparato gastro intestinale. È invece pari all'8% la riduzione dei trapianti d'organi. Anche i ricoveri per la gestione al paziente cronico con polimorbilità e fragilità (insufficienza renale, disturbi della nutrizione, psicosi, demenza, BPCO) hanno visto una forte contrazione. Infine, i ricoveri pediatrici hanno registrato una riduzione circa del 50%.

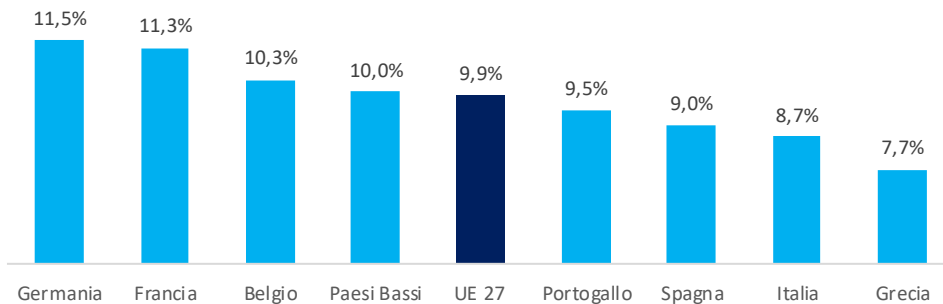
Rispetto alla specialistica ambulatoriale la contrazione rispetto al 2019 si attesta a 144,5 milioni di prestazioni in meno (che dal punto di vista economico equivalgono a 2,1 miliardi): circa 90 milioni di prestazioni in meno di laboratorio, 8 milioni in meno le prestazioni di riabilitazione, 20 milioni le prestazioni di diagnostica per immagini. Nonostante la forte riduzione delle prestazioni svolte rispetto al 2019, circa il 67% delle risorse stanziare nel 2020 per il loro recupero non sono state spese dalle Regioni. L'accantonamento delle risorse è stato pari a circa il 96% nelle Regioni meridionali e insulari, e di circa il 54% al Nord e del 45% al Centro.

---

<sup>1</sup> Salutequità, "Equità di accesso alle cure e Covid-19", "Analisi della proposta di PNRR", "Trasparenza e accesso ai dati sullo stato dell'assistenza ai pazienti NON Covid-19", "Le cure mancate nel 2020" – [www.salutequita.it](http://www.salutequita.it)

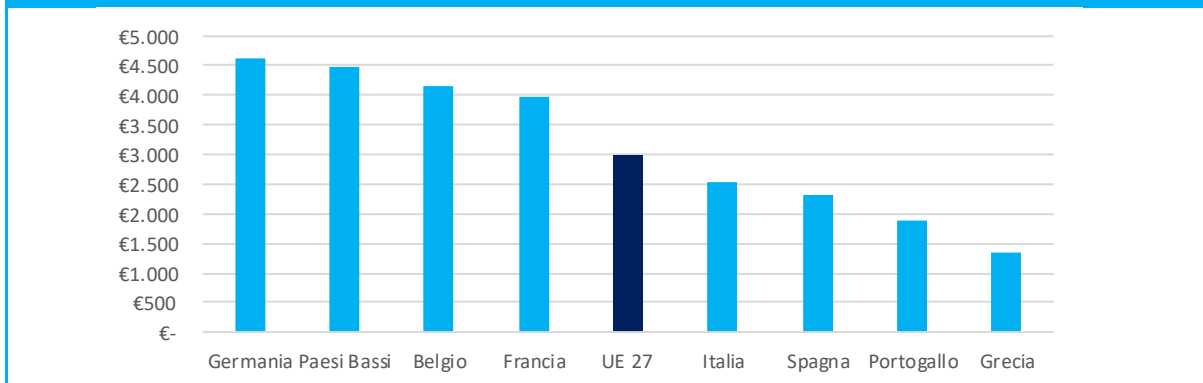
Alle risorse non spese durante la pandemia si aggiungono i continui tagli alla sanità avvenuti negli anni passati e lo scarso investimento nella salute da parte del nostro Paese. Nel 2019, il rapporto tra spesa sanitaria pubblica e PIL si è attestato sul 6,5% (NADEF 2020) e nel 2018 l'Italia ha speso in totale un importo pari all'8,67% del PIL per la sanità, valore al di sotto della media europea del 9,9%, e nettamente inferiore a quello di Germania (pari all'11,5%), Francia (11,3%), Belgio (10,3%) e Spagna (9%) (Fig. 1). Inoltre, la spesa sanitaria pro capite italiana è tra le più basse in confronto a quelle degli altri grandi paesi europei. Ammonta, infatti, a € 2.534 per abitante ed è leggermente superiore solamente a quelle di Spagna (€ 2.310) e Portogallo (€ 1,877) ma nettamente inferiore rispetto a quelle di Germania (€ 4.627), Paesi Bassi (€ 4.480) e Francia (€ 3.968) e rispetto alla media europea che si attesta su € 2.981 pro capite (Fig. 2).

**Fig. 1: Rapporto tra spesa sanitaria e PIL dei principali paesi europei (% , 2018)**



Fonte: Eurostat

**Fig. 2: Spesa sanitaria pro capite (€, 2018)**



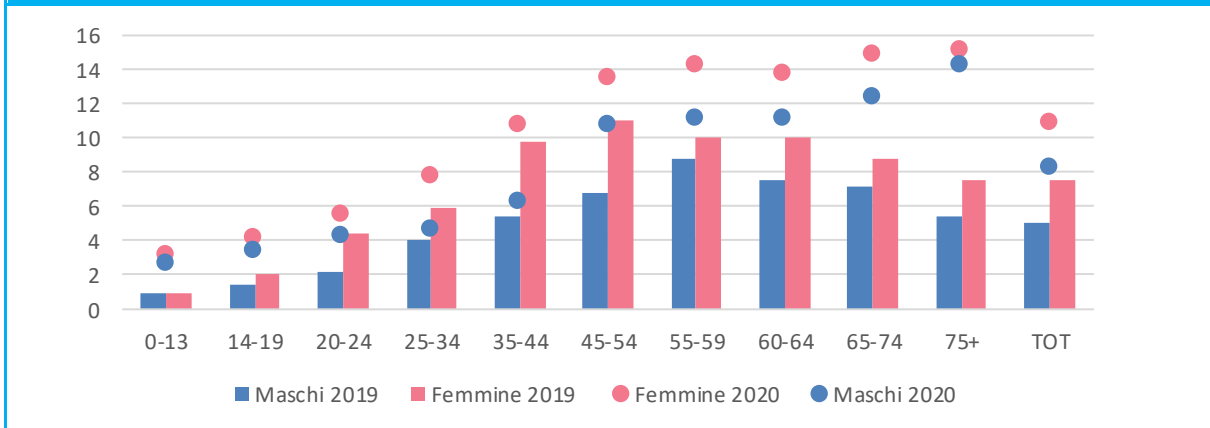
Fonte: Eurostat

Inoltre nel 2018, secondo l'ultimo Annuario del SSN pubblicato dal Ministero della Salute, gli interventi in Assistenza domiciliare integrata (ADI) dedicati ad anziani e pazienti terminali è aumentato considerevolmente, ma non il personale addetto ad eseguirli, tanto che le ore dedicate a ogni intervento sono drasticamente calate. La prova è che dal 2010 al 2018, il personale sanitario è calato per colpa dei blocchi del *turnover* legati alla *spending review* di oltre 42mila unità. In particolare ci sono in meno più di 5.500 medici e quasi 8mila infermieri, le due figure che di più sono coinvolte nell'ADI.

Gli scarsi investimenti in sanità fanno sì che i bisogni di salute della popolazione siano sempre meno soddisfatti, e pertanto nel 2018 l'Italia si è posizionata ottava nella classifica che analizza la percentuale della popolazione adulta dell'UE-27 con esigenze insoddisfatte di visita medica. Il peggior dato tra i maggiori Paesi europei.

Un altro dato importante riguarda la rinuncia alle cure dei pazienti, che risulta in aumento di circa il 40% rispetto al 2019. Nel 2020 circa il 10% dei cittadini ha rinunciato alle cure, circa la metà a causa del Covid-19. Nel grafico seguente (Fig. 3) sono confrontate le percentuali di rinuncia alle cure per genere, tra il 2019 e il 2020.

**Fig. 3: Percentuale di rinuncia alle cure (2019 e stima 2020)**



Fonte: Istat, BES

Anche secondo l'indagine "Gli italiani e il Covid-19. Impatto socio-sanitario, comportamenti e atteggiamenti della popolazione italiana"<sup>2</sup> promossa dalla Fondazione Italia in Salute e realizzata da Sociometrica, nell'anno della pandemia sono stati 35 milioni i cittadini che hanno avuto significative difficoltà ad accedere a servizi e prestazioni sanitarie per patologie non Covid. Si parla, dunque, di visite e servizi sanitari cancellati o rimandati per oltre la metà degli italiani. Tra i tipi di servizi sanitari più cancellati dai pazienti non Covid rientrano le visite specialistiche, a cui hanno dovuto rinunciare circa 7 milioni di italiani. Di questi l'83,9% appartiene alla categoria degli over 65. Inoltre sono circa 600.000 gli italiani che non hanno potuto accedere agli interventi chirurgici, e circa 1 milione di persone non ha avuto accesso alle prestazioni di *day hospital*. Nel corso nel 2020 il Covid-19 ha avuto un impatto significativo sul numero di nuove diagnosi e trattamenti<sup>3</sup>, oltre che sulle richieste di visite specialistiche ed esami in tutte le principali aree terapeutiche (patologie respiratorie, cardiovascolari, cardio metaboliche e oncologiche). Precisamente si rileva una contrazione delle nuove diagnosi del 13%, dei nuovi trattamenti del 10%, degli invii allo specialista del 31% e delle richieste di esami del 23%. A questo si aggiungono poi i forti ritardi nei programmi di screening oncologico già denunciati dall'Osservatorio Nazionale Screening (ONS)<sup>4</sup>. Nei mesi di marzo e aprile 2020, per via dello stato di emergenza, è stata registrata la sospensione di tutti i programmi a livello nazionale: pap test e HPV test, mammografie e controlli per il tumore del colon-retto. Da maggio le attività di prevenzione sono ripartite ma purtroppo i ritardi ancora non sono stati recuperati. Questo sia a causa della minore

<sup>2</sup> [Fondazione Italia in Salute, Gli italiani e il Covid-19. Impatto socio-sanitario, comportamenti e atteggiamenti della popolazione italiana, 2021](#)

<sup>3</sup> [IQVIA, Osservatorio sull'impatto della pandemia COVID-19 sull'accesso alle cure, 2021](#)

<sup>4</sup> [Osservatorio Nazionale Screening, Rapporto sui ritardi accumulati dai programmi di screening italiani in seguito alla pandemia da Covid-19, 2020](#)

partecipazione delle persone ai programmi di prevenzione, che della limitata disponibilità del personale sanitario, nonché per la carenza di spazi fisici o tecnologie che sono stati parzialmente riconvertiti a supporto delle diagnosi dell'infezione da coronavirus. Si tratta, dunque, del fenomeno della sanità sospesa, caratterizzata dalla forte contrazione nell'accesso a diagnosi e cure, e che avrà un impatto rilevante sulla salute della popolazione nel prossimo futuro.

## 2. La centralità dell'assistenza integrata sul territorio

Tutto questo ha evidenziato la necessità di intervenire velocemente per il rafforzamento della sanità territoriale. Poter contare su un sistema di cure integrato ospedale-territorio, e su un setting adeguato di assistenza domiciliare, significa poter contribuire in modo più efficiente a soddisfare i bisogni di cura e assistenza dei cittadini, nonché garantire una maggiore appropriatezza dell'assistenza sanitaria in tutto il suo ciclo (dalle attività di screening ai percorsi di cura, fino al monitoraggio della malattia e alla prevenzione di complicanze e ulteriori aggravamenti). L'aumento delle prestazioni in assistenza domiciliare integrata ha invece comportato, come già accennato, la diminuzione delle ore dedicate a questo tipo di servizio per ogni singolo accesso in ADI (Tabella 1).

**Tab. 1: Differenza 2018-2010 nell'erogazione Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)**

Regione	Numero ore medio dedicato	Prestazioni per 100.000 abitanti
Piemonte	25	654
Valle D'Aosta	-31	167
Lombardia	-5	408
P.A. Bolzano	n.d.	89
P.A. Trento	-13	714
Veneto	-5	1686
Friuli Venezia Giulia	10	76
Liguria	-6	397
Emilia Romagna	-2	162
Toscana	-12	2584
Umbria	4	-532
Marche	-8	176
Lazio	21	47
Abruzzo	-5	478
Molise	-67	3794
Campania	-2	477
Puglia	-19	804

Basilicata	-14	353
Calabria	-5	43
Sicilia	6	1047
Sardegna	-21	559

Fonte: Elaborazione Salutequità su dati Annuario Ssn 2010 e 2018 – Ministero della Salute

Già 18 anni fa, nel Piano sanitario nazionale 2003-2005 del ministero della Salute, tra gli obiettivi strategici del SSN c'era proprio *“la riduzione del numero dei ricoveri impropri negli ospedali per acuti e la riduzione della durata di degenza dei ricoveri appropriati, grazie alla presenza di una rete [integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili n.d.r.] efficace ed efficiente”*. Nasceva già allora la necessità di *“portare al domicilio del paziente le cure di riabilitazione e quelle palliative con assiduità e competenza, e di realizzare forme di ospedalizzazione a domicilio con personale specializzato, che eviti al paziente di muoversi e di affrontare il disagio di recarsi in ospedale”*. Con il decreto legge numero 158 del 13 settembre 2012 recante *“Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute”* (c.d. decreto Balduzzi), poi convertito nella legge n. 189 dell'8 novembre 2012, è stata poi prevista la riforma delle cure primarie che includeva la riorganizzazione dell'assistenza territoriale, l'introduzione del ruolo unico per i medici di medicina generale e processi di mobilità del personale dipendente dalle aziende sanitarie per ragioni di riorganizzazione della rete di assistenza. Tuttavia, il riordino dell'assistenza primaria, così come voluto dalla legge Balduzzi, ha registrato sino ad oggi un ritardo attuativo di circa otto anni, principalmente a causa dell'inerzia delle regioni nella realizzazione di AFT (aggregazioni funzionali territoriali) e UCCP (unità complesse di cure primarie), fatta eccezione per alcune fattispecie promosse da alcune regioni e comunque sotto diverse denominazioni e differente consistenza organizzativa, e della notevole lentezza registrata nel perfezionamento della contrattazione collettiva dei medici convenzionati, di fatto ferma al 2005 (quella del 2009-2010 si è occupata infatti del solo adeguamento salariale)<sup>5</sup>.

L'Italia sconta quindi un forte ritardo nella diffusione dell'assistenza domiciliare rispetto agli altri Paesi OCSE e presenta un'elevata disomogeneità fra le regioni relativamente a tutti i servizi residenziali e di prossimità. Per questa ragione alla prova del Covid-19, il nostro sistema sanitario ha mostrato elementi di debolezza caratterizzati da una risposta quasi

<sup>5</sup> I-Com, [Ripartire la Sanità al centro. Dall'emergenza sanitaria all'auspicata rivoluzione della governance del SSN, 2020](#)

sempre inadeguata dell'assistenza territoriale, e mancata integrazione con l'assistenza ospedaliera. A questo si è aggiunta una carente dotazione di professionisti sanitari e di infrastrutture, in particolare tecnologiche e digitali, che costituiscono invece un tassello importante nel rafforzamento della rete ospedale-medici-territorio, così come emerso chiaramente nel corso dell'emergenza. Tutto questo ha un impatto diretto sulla salute e sulla qualità della vita dei pazienti e pure sulla spesa privata delle famiglie (14 miliardi di euro annui): i cittadini finiscono per pagare di tasca propria le inefficienze della governance sanitaria.

### 3. Le risorse del PNRR per riformare il SSN

Le risorse stanziare per la missione "Salute" del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)<sup>6</sup>, che ammontano a circa 18 miliardi di euro<sup>7</sup>, dovrebbero servire a rafforzare la nostra sanità negli ambiti in cui ha mostrato le maggiori criticità, a superare la grande frammentarietà e i limiti nell'erogazione dei servizi di prossimità che caratterizzano diverse regioni italiane, e infine a garantire una maggiore sostenibilità economica dell'intero SSN.

Nello specifico, la prima componente "Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale", mira a orientare nuovamente il sistema sanitario verso un modello incentrato sui territori e sulle reti di assistenza socio-sanitaria, a superare la frammentazione tra i diversi sistemi sanitari regionali e a garantire omogeneità dei Livelli Essenziali di Assistenza (Lea). Inoltre, ha lo scopo di potenziare la prevenzione e l'assistenza territoriale, rafforzare l'assistenza domiciliare e sviluppare i servizi di telemedicina in un'ottica di sempre maggiore integrazione tra servizi ospedalieri, sanitari locali e sociali. In particolare, sono previsti tre interventi.

Il primo riguarda la realizzazione di strutture fisicamente identificabili, le cosiddette "Case della Comunità", che si qualificano come punto di riferimento di prossimità, di accoglienza e orientamento ai servizi di assistenza primaria di natura sanitaria, sociosanitaria e sociale per i cittadini. Queste strutture garantiscono interventi interdisciplinari e l'integrazione delle comunità di professionisti (équipe multi-professionali) che operano secondo programmi e percorsi integrati, tra servizi sanitari (territorio-ospedale) e tra servizi sanitari e sociali. Il secondo intervento pone invece la casa come primo luogo di cura e, attraverso un modello digitale di ADI (Assistenza domiciliare integrata) vuole rendere fruibili i servizi erogabili in telemedicina e *connected care*.

Infine, il terzo intervento prevede lo sviluppo delle cure intermedie, come i presidi sanitari a degenza breve (Ospedali di Comunità) che, interconnessi con il sistema dei servizi sanitari e

---

<sup>6</sup> <https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf>

<sup>7</sup> <https://temi.camera.it/leg18/provvedimento/piano-nazionale-di-ripresa-e-resilienza.html>



sociali, svolgono una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero al fine di sgravare l'ospedale da prestazioni a bassa complessità.

Le risorse stanziare per la prima componente sono sintetizzate nella tabella seguente (Tab.2).

**Tab. 2: Risorse PNRR per la prima componente della missione "Salute"**

<b>C1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima</b>	
<b>Ambiti di intervento</b>	<b>Risorse (miliardi di euro)</b>
Case della Comunità e presa in carico della persona	2,00
Casa come primo luogo di cura e telemedicina	4,00
Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)	1,00
<b>TOTALE</b>	<b>7,00</b>

Fonte: Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

Dato l'eccesso di spesa privata da parte delle famiglie, riportato alla fine del paragrafo precedente, se nel PNRR sono stati stanziati 7 miliardi per l'assistenza territoriale, la scarsità delle risorse rispetto ai gap da colmare ne discende direttamente.

Sul fronte della digitalizzazione e dell'ammodernamento tecnologico interviene invece la seconda componente "Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale". Tra gli obiettivi, il rafforzamento dei sistemi informativi sanitari e degli strumenti digitali a tutti i livelli del Servizio sanitario nazionale, il superamento delle criticità legate alla mancata diffusione della cartella clinica elettronica sul territorio nazionale e il potenziamento di strumenti e attività di telemedicina. La situazione attuale riguardo l'attuazione e l'utilizzo del Fascicolo sanitario elettronico è molto disomogenea tra le regioni. Il FSE dovrebbe essere uno degli strumenti primari per poter avviare la transizione digitale in sanità, ma in molte regioni stenta a decollare. Ad esempio, relativamente all'attivazione del FSE da parte dei cittadini, la Lombardia e la Sardegna si posizionano prime con il totale dei cittadini che hanno attivato il FSE<sup>8</sup>. Al lato opposto, si collocano invece, Abruzzo, Bolzano e Basilicata in cui nessun cittadino risulta aver utilizzato il FSE. Stesso discorso vale anche per

<sup>8</sup> Fonte: <https://www.fascicolosanitario.gov.it/monitoraggio/bc>

l'indicatore di utilizzo del FSE da parte dei medici e delle aziende sanitarie, che mostra situazioni molto diverse tra le Regioni, con alcune che si attestano su una percentuale di utilizzo superiore al 90% ed altre in cui i medici e le strutture sanitarie abilitate sono inferiori al 10% (Tab.3).

**Tab. 3: Utilizzo del FSE nelle regioni italiane**

	<b>Cittadini</b>	<b>Medici</b>	<b>Aziende Sanitarie</b>
Sardegna	100%	100%	95%
Lombardia	99%	100%	100%
Trento	97%	100%	100%
Emilia-Romagna	92%	100%	60%
Lazio	90%	8%	0%
Friuli Venezia Giulia	86%	100%	23%
Sicilia	86%	79%	14%
Umbria	86%	73%	0%
Calabria	84%	0%	1%
Campania	83%	0%	0%
Veneto	75%	98%	89%
Piemonte	70%	2%	77%
Toscana	62%	7%	100%
Valle d'Aosta	57%	100%	31%
Puglia	41%	99%	72%
Liguria	39%	0%	0%
Marche	2%	47%	19%
Molise	2%	3%	3%
Basilicata	1%	0%	10%
Abruzzo	0%	0%	0%
Bolzano	0%	0%	0%

Fonte: Agenzia per l'Italia Digitale

Tale componente mira inoltre a risolvere il problema relativo all'invecchiamento delle apparecchiature e al basso uso di tecnologie sanitarie negli ospedali e a realizzare strutture sicure, tecnologiche, digitali e sostenibili.

Le risorse stanziare per la seconda componente sono sintetizzate nella tabella seguente (Tab.4).

**Tab. 4: Risorse PNRR per la seconda componente della missione "Salute"**

<b>C2: Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio sanitario nazionale</b>	
<b>Ambiti di intervento</b>	<b>Risorse (miliardi di euro)</b>
<b>1. Aggiornamento tecnologico e digitale:</b>	
Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero	4,05
Verso un ospedale sicuro e sostenibile	1,64
Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione	1,67
<b>Totale investimento 1</b>	<b>7,36</b>
<b>2. Formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico:</b>	
Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN	0,52
Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario	0,74
<b>Totale investimento 2</b>	<b>1,26</b>
<b>TOTALE</b>	<b>8,62</b>

Fonte: Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

## Conclusioni

La pandemia da Covid-19 ha acceso i riflettori sulla necessità di portare avanti degli interventi strutturali per colmare le carenze che caratterizzano l'assistenza territoriale. Le risorse in arrivo seppur sono probabilmente ancora scarse rispetto alla reale necessità e ci si chiede, ad esempio, se alcune delle risorse previste per la seconda componente della "missione Salute" non avrebbero potuto trovare spazio nelle componenti del piano che si occupano della digitalizzazione e ammodernamento dell'intero sistema, liberando risorse per occuparsi in modo più diretto di salute, ivi compresa la prevenzione, grande assente del

PNRR. Tuttavia queste risorse rappresentano un punto di partenza importante per riformare il SSN, ed in particolare l'ambito territoriale e possono essere efficaci se allocate in modo corretto e monitorate nella loro messa a terra. È allora necessario soffermarsi sui bisogni della popolazione per guardare al futuro, e creare un sistema circolare basato da un lato su strumenti predittivi per definire il fabbisogno di salute e stanziare di conseguenza le risorse necessarie, dall'altro sull'attento monitoraggio degli esiti e dei risultati. Le differenze regionali ad oggi esistenti, non saranno più giustificabili. Per creare un sistema di questo genere non sono comunque sufficienti né i dati, né gli strumenti, né gli algoritmi. E' necessario definire e implementare gli standard organizzativi, tecnologici, strutturali e di personale dell'assistenza socio-sanitaria territoriale, sviluppandone al contempo un sistema robusto di valutazione degli esiti. Bisogna investire nel patrimonio intangibile del nostro SSN, i professionisti sanitari tutti, nella loro formazione e nelle loro competenze. Bisogna fare rete, dividendo ruoli, compiti e contributi che ogni attore del sistema può fornire, e creare modelli remunerativi adeguati a ciascun servizio. Bisogna far funzionare la rete, e creare team multidisciplinari che, anche grazie alla diffusione delle nuove tecnologie siano in grado di prendere in carico un paziente veramente secondo prossimità. E bisogna investire nella prevenzione, grande assente invece nel PNRR, che permetterà di frenare ex-ante l'incidenza delle malattie croniche e il loro impatto sulla qualità della vita dei pazienti, sulla loro produttività e sull'intero sistema.