

LA RIFORMA DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE DAL PNRR ALLA SPESA CORRENTE

Maria Vittoria Di Sangro, Eleonora Mazzoni

A quasi un anno dall'entrata in vigore del D.M. 77 e in vista della possibile revisione del PNRR, appare prioritario analizzare i punti cardine della riforma dell'assistenza territoriale e le potenziali criticità che potrebbero scaturire durante la sua implementazione in tutto il territorio italiano. È in questo contesto che trovano spazio riflessioni, strutturali ed organizzative, sulle modalità che potrebbero rendere sostenibili (anche dopo il 2026) i numerosi investimenti previsti.

- Il PNRR è un'occasione per finanziare una serie di riforme già percepite come necessarie da anni. La mancata intesa in Conferenza Stato-Regioni però costituisce un elemento di difficoltà nella creazione di standard trasversali e omogenei su tutto il territorio italiano.
- Nell'ambito della componente C1 della Missione Salute, sono ben 14 le milestone e 7 i target raggiunti. Sono solo due i target non raggiunti, la cui scadenza era prevista per dicembre 2022.
- Il personale del servizio sanitario nazionale rappresenta una componente fondamentale dell'organizzazione del sistema e i problemi legati alla sua carenza devono essere affrontati prioritariamente. Le nuove case della comunità, gli ospedali di comunità, il potenziamento dell'assistenza domiciliare, le centrali operative territoriali e il completamento della nuova rete delle terapie intensive ospedaliere richiederanno, ad esempio, 30.485 infermieri in più rispetto alla dotazione attuale.
- La visione di assistenza del D.M.77 si fonda in modo importante sull'integrazione socio-sanitaria, come testimonia la creazione dello strumento del Budget di Salute e la crescente attenzione pubblica sul tema. Ciononostante manca ancora una compiuta sinergia tra le amministrazioni centrali e quelle regionali per la sua implementazione.
- La realizzazione del modello di assistenza voluto dal PNRR non è certo immediata. Deve essere accompagnata nella sua progressiva implementazione, e monitorata negli anni fino al momento in cui sarà in grado di manifestare compiutamente i suoi effetti. In questo ambito, il ruolo del Ministero della Salute e delle agenzie per il monitoraggio della realizzazione del PNRR è centrale.

1. LA RIFORMA DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE: A CHE PUNTO SIAMO

La Riforma dell'organizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale è regolata dal decreto n.77 del 23 maggio 2022, pubblicato nella GURI Serie Generale n. 144 del 22 giugno 2022. Gli obiettivi della riforma sono di varia natura ma agiscono principalmente in un'ottica di avvicinamento della sanità al domicilio dei cittadini. Il decreto definisce, infatti, un nuovo modello organizzativo per la rete di assistenza primaria che comprende standard strutturali, tecnologici e organizzativi, per garantire a cittadini e operatori del Servizio Sanitario Nazionale il rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Ma non solo, la riforma mira anche all'agevolazione dell'individuazione delle priorità di intervento in un'ottica di prossimità e di integrazione tra le reti assistenziali territoriali, ospedaliere e specialistiche e alla continuità delle cure per coloro che vivono in condizioni di cronicità, fragilità o disabilità anche attraverso l'integrazione tra il servizio sociale e quello sanitario. Infine, nel rispetto dei principi guida del PNRR, il disegno della riforma prevede anche un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario ambientale e climatico e l'allineamento dell'Italia agli standard qualitativi comunitari e alle best practices europee.

Le principali novità introdotte dalla riforma dell'assistenza territoriale, possono essere sintetizzate in alcuni punti:

- Case della Comunità: 1.350 strutture diffuse in tutto il territorio nazionale, rappresenteranno il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini potranno accedere per bisogni di assistenza sanitaria e socio-sanitaria. Rappresentano il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione;
- Centrali Operative Territoriali (COT): questi presidi svolgeranno una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e di raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialogo con la rete dell'emergenza-urgenza;
- Infermiere di Famiglia e Comunità: questa figura professionale di riferimento assicurerà l'assistenza infermieristica, ai diversi livelli di complessità, in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera. Non solo si occuperà delle cure assistenziali verso i pazienti, ma dovrà interagire con tutti gli attori e le risorse presenti nella comunità;
- Unità di continuità assistenziale: si tratta di équipe mobili distrettuali per la gestione e il supporto della presa in carico di individui, o di comunità, che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e che comportano una comprovata difficoltà operativa;
- Assistenza domiciliare: la casa viene presentata come primo luogo di cura. Le Cure domiciliari rappresenteranno un servizio del Distretto per l'erogazione al domicilio di interventi nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza;
- Ospedali di comunità: si tratta di strutture sanitarie di ricovero dell'Assistenza Territoriale con 20 posti letto che svolgono una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero. L'obiettivo è quello di evitare ricoveri ospedalieri impropri e di

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

- Servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie: si tratta del già presente Consultorio Familiare e delle attività rivolte ai minori, alle coppie e alle famiglie mirate all'erogazione di prestazioni, anche di tipo domiciliare, mediche specialistiche, diagnostiche, terapeutiche, ostetriche, psicologiche, psicoterapeutiche, infermieristiche, riabilitative e preventive, nell'ambito dell'assistenza territoriale. L'attività consultoriale potrà svolgersi all'interno delle Case della Comunità, privilegiando soluzioni che ne tutelino la riservatezza;
- Telemedicina: si tratta degli strumenti individuati per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari. Inclusa in una rete di cure coordinate, la Telemedicina consentirà l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione.

Gli strumenti utilizzati fino ad oggi per il monitoraggio dell'attuazione degli investimenti e delle riforma previste dal PNRR sono le milestone e i target. Questi rappresentano le fasi rilevanti di natura amministrativo-procedurale da raggiungere e gli obiettivi attesi (quantificati con indicatori misurabili).

Nell'ambito della riforma dell'assistenza territoriale, sono state raggiunte tutte le 3 milestone previste¹. La prima, raggiunta entro dicembre 2021, riguardava la Costituzione del Gruppo di Lavoro per la definizione di un nuovo modello organizzativo di rete di assistenza sanitaria territoriale. A marzo 2022 è stata raggiunta la seconda, attinente al completamento delle attività finalizzate all'acquisizione del parere in conferenza Stato-Regioni per la definizione della riforma. A giugno 2022 l'ultima, con l'entrata in vigore del decreto ministeriale n.77.

Nel più ampio ambito della componente C1 "Reti di prossimità" della Missione Salute, sono ben 14 le milestone e 7 i target raggiunti. Ci sono però alcuni ritardi, soprattutto riguardo l'investimento 1.2 "Casa come primo luogo di cura e telemedicina" e il sub - investimento 1.2.2 "Centrali operative territoriali (COT)". Infatti, ancora non sono stati raggiunti due target la cui scadenza era prevista per dicembre 2022: il primo riguarda l'approvazione dei progetti idonei per indizione della gara per l'interconnessione aziendale² e il secondo l'assegnazione dei progetti idonei per indizione della gara per l'implementazione delle Centrali Operative Territoriali³. I prossimi sei target sono da raggiungere entro la fine di questo mese (marzo 2023) e si tratta di:

1. Approvazione dei progetti idonei per l'indizione della gara per la realizzazione delle Case della Comunità⁴;
2. Nuovi pazienti che ricevono assistenza domiciliare (prima parte)⁵;

1

<https://www.pnrr.salute.gov.it/portale/pnrrsalute/archivioTargetMilestonePNRRSalute.jsp?lingua=italiano&anno=&tp=&st=&cmp=&inv=5898&btnCerca=cerca>

² Target M6C1-00-ITA-17

³ Target M6C1-00-ITA-18

⁴ Target M6C1-00-ITA-6

⁵ Target M6C1-6-ITA-1

3. Assegnazione dei codici CIG/provvedimento di convenzione per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali⁶;
4. Assegnazione dei codici CIG/provvedimento di convenzione per l'interconnessione aziendale⁷;
5. Assegnazione di un codice CIG/provvedimento di convenzione per il progetto pilota che fornisca strumenti di AI a supporto dell'assistenza primaria⁸;
6. Approvazione di almeno 400 progetti idonei per l'indizione della gara per la realizzazione degli Ospedali della Comunità⁹.

2. LE SFIDE PER L'ATTUAZIONE

Il D.M. 77/2022 conferisce un grande potenziale all'assistenza territoriale ma contiene anche sfide da affrontare per quanto riguarda la fase attuativa che viene affidata alle regioni, alle aziende sanitarie e ai comuni. Anche la dimensione temporale assume una grande importanza perché le regioni sono chiamate a completare il nuovo assetto entro il 2026¹⁰. La realizzazione di questi investimenti e la messa a terra di un approccio tanto innovativo quanto quello presentato con il D.M. 77/2022 porrà in capo ad ogni livello di governance sfide senza precedenti, a cui sarà necessario rispondere in tempi, come anticipato, molto stringenti.

Il primo filone di criticità è attinente ad aspetti di natura tecnico-finanziaria. Il DEF del 2022¹¹, dopo il picco di spesa dovuto alla pandemia, prevede un ridimensionamento della crescita della spesa sanitaria dal 2022 in poi (principalmente dovuto alla cessazione dei costi dovuti alle strutture e i provvedimenti di carattere emergenziale). A seguito della pandemia, il riparto delle risorse statali per la sanità nel 2020 è stato effettuato già nel mese di maggio per un ammontare complessivo di 117.407,2 milioni di euro. Sempre per il 2020, infatti, sono stati definiti ulteriori incrementi in particolare con il DL. 104/2020 (cd. Agosto), mentre con riferimento all'anno 2021 il livello di finanziamento è stato ridefinito a 119.447,2 milioni di euro. Per il 2021 il livello di finanziamento del SSN è stato poi ulteriormente accresciuto a seguito delle misure approvate con la legge di bilancio 2021 (L. n. 178/2020) a 121.370,1 milioni di euro. Infine, a decorrere dal 2026 l'incremento programmato è fissato, a legislazione vigente, a 417,87 milioni di euro annui, anche tenendo conto della razionalizzazione della spesa prevista a decorrere dall'anno 2023¹². La spesa sanitaria in percentuale di PIL è prevista in diminuzione, passando dal 7% del 2022 al 6,2% nel 2025 (Fig.1).

⁶ Target M6C1-00-ITA-19

⁷ Target M6C1-00-ITA-20

⁸ Target M6C1-00-ITA-21

⁹ Target M6C1-00-ITA-34

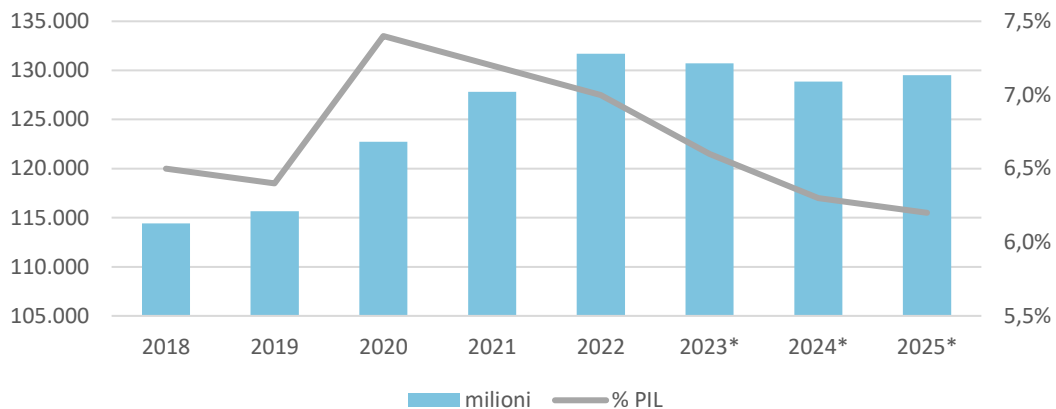
¹⁰ Franco Pesaresi, "Il DM 77/2022 sull'assistenza sanitaria territoriale: la norma, gli approfondimenti, le valutazioni" (2022)

¹¹ Documento di economia e finanza 2022, <https://temi.camera.it/leg18/temi/il-documento-di-economia-e-finanza-def-2022.html>

¹² <https://www.camera.it/temiapi/documentazione/temi/pdf/1104197.pdf>

Fig.1 Previsioni di spesa sanitaria (milioni di euro e valori percentuali, 2018-2025)

Fonte: DEF 2022

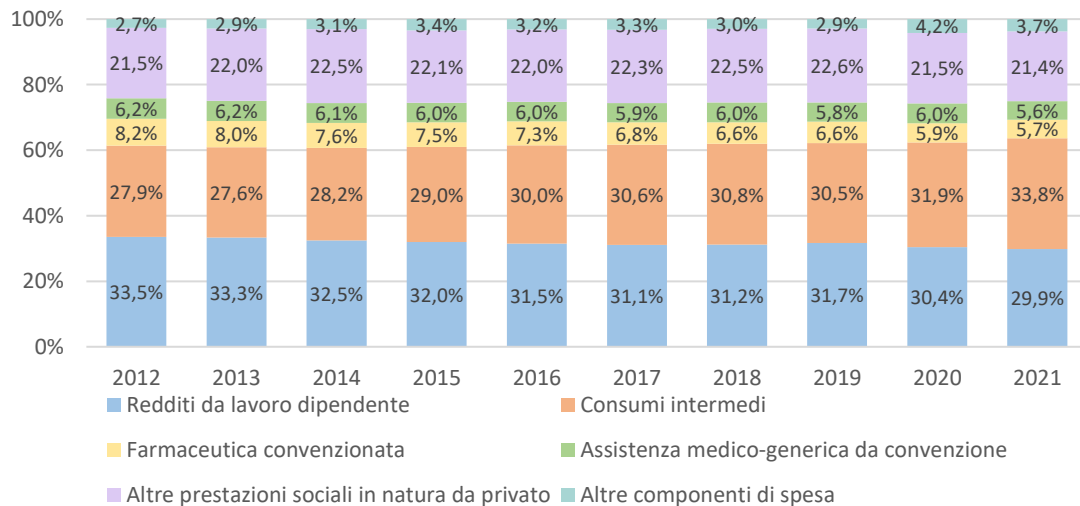


*Come previsto dalla legge di Bilancio 2022 (L.n. 234/2021)

Il personale del servizio sanitario nazionale rappresenta una componente fondamentale dell'organizzazione del sistema e, allo stesso tempo, la voce di costo più importante nei conti economici. Il "Monitoraggio della Spesa Sanitaria" della Ragioneria Generale dello Stato lo conferma. Dal 2012 al 2021 la spesa sanitaria è stata composta in media per quasi un terzo (31,7%) dai costi per il personale dipendente (Fig.2). L'incidenza di questa voce sul totale ha seguito però un trend in costante diminuzione, passando dal 33,5% nel 2012 al 29,9% nel 2021.

Fig.2 Spesa sanitaria corrente per componente (valori percentuali, 2012-2021)

Fonte: Fonte: Monitoraggio della spesa sanitaria, Ragioneria Generale dello Stato (2022)



* La somma delle percentuali relative ai vari aggregati può non corrispondere al totale per effetto degli arrotondamenti

Al contrario, i consumi intermedi sono l'aggregato di spesa che ha registrato l'incremento più rilevante a fronte di tassi medi di crescita annui, negli anni precedenti alla pandemia, nettamente inferiori. Tale incremento è attribuibile, in primo luogo, alle spese per la campagna vaccinale sostenute dal Commissario straordinario e dalla Protezione civile

(quantificate, nel biennio 2020-2021, in circa 1,1 e 3,2 miliardi di euro), e, in secondo luogo, a quelle per l'acquisto di prodotti farmaceutici in uso in ambito ospedaliero e per la distribuzione diretta ai pazienti. Malgrado l'incremento degli oneri connessi al maggior ricorso all'assistenza medico-generica per le attività di contrasto alla pandemia, la spesa per tale componente, risulta inferiore rispetto al 2020. Tale riduzione può essere ricondotta all'imputazione, nel 2020, dei costi (inclusivi degli arretrati) relativi al rinnovo delle convenzioni del triennio 2016-2018 per l'annualità 2018.

La spesa sanitaria ha sempre risentito nel tempo di un'impostazione fortemente settoriale, denominata "a silos". Questa impostazione origina dalle esigenze di controllo e verifica dei costi sostenuti ma nel tempo ha contribuito ad ostacolare la maggior competitività dell'intero sistema, e la capacità di risposta flessibile a necessità inaspettate o a cambiamenti repentini della domanda di salute.

Le necessità di contenimento della spesa dipendono in larga parte dalla configurazione della spesa sanitaria, nel Bilancio di Stato, come una spesa corrente e non una spesa in conto capitale (cioè una spesa per un investimento con termine maggiore di un anno fiscale), ed anche dalla consapevolezza che la domanda di cure è, potenzialmente, soggetta ad una crescita che non vede soluzione di continuità e che pur deve muoversi all'interno di vincoli di bilancio pubblico di cui è al contempo necessario garantire la sostenibilità. Questo apre ad una riflessione macroeconomica strutturale sulla valutazione dell'allocazione della spesa pubblica per la salute che, alla stregua di un investimento capace di generare esternalità positive, ben si sposerebbe invece con la definizione di un asset a medio lungo termine.

Questa visione a silos non impatta solamente la spesa farmaceutica, ma anche altre voci di spesa come, soprattutto, quella per il personale. La spesa per la salute pubblica, in ogni sua voce, dovrebbe essere considerata un asset a medio e lungo termine, alla stregua di un investimento

Nell'ottica della realizzazione della riforma dell'assistenza territoriale, le prime questioni legate alle risorse di personale sono state sollevate dalla Regione Campania in seguito alla mancata intesa in Conferenza Stato-Regioni sullo schema di decreto. Le riforme e gli investimenti del PNRR, al netto di riorganizzazione e redistribuzione, stando agli standard di personale individuati (per difetto) dall'allegato allo schema di D.M., necessiterebbero di un surplus di personale tale da richiedere un investimento di risorse aggiuntive a partire dal 2026, di circa il 25%¹³.

La Missione 6 "Salute" del PNRR prevede una serie di investimenti sia nella sanità territoriale sia in quella ospedaliera che, una volta realizzati, richiederanno (tra le altre cose) la disponibilità di un numero significativo di infermieri. Le nuove case della comunità, gli ospedali di comunità, il potenziamento dell'assistenza domiciliare, le centrali operative territoriali e il completamento della nuova rete delle terapie intensive ospedaliere richiederanno 30.485 infermieri in più rispetto alla dotazione attuale (Tab.1).

¹³ F. Palumbo, M.G. La Falce, "Tutte le criticità del dm 71", quotidianosanità.it, 7 marzo 2022.

Tab.1. Stima di infermieri necessari per l'attuazione del PNRR

Fonte: Elaborazione F.Pesaresi su dati della documentazione del Governo inviata all'UE a corredo del PNRR (2021), del Ministero della Salute (2020) e della Corte dei Conti (2021)

Investimenti	Numero di infermieri necessari
n. 1288 Case della Comunità	10.091
n. 602 Centrali operative territoriali (COT)	3.612
n. 381 Ospedali di comunità	3.429
Potenziamento cure domiciliari: 10% degli anziani	5.316
2.679 posti letto nelle terapie intensive ancora da attivare*	8.037
Totale	30.485

* Posti letto già previsti nel 2020 e non ancora realizzati

Nonostante i ministeri interessati, nel corso dell'interlocuzione con le regioni abbiano cercato di rispondere a tale criticità, l'attuale monte risorse è stato elevato essenzialmente per ragioni emergenziali (cioè gli incrementi sono correlati alle maggiori spese sostenute per rispondere alla pandemia), e il tema nel medio e lungo periodo non è quindi da sottovalutare. A regime i nuovi standard territoriali dovranno essere adeguatamente finanziati e sostenuti in modo tale da garantire una opportuna distribuzione e allocazione delle risorse umane nelle strutture dedicate e per l'erogazione dei servizi.

Nel caso del personale, anche ipotizzando che le risorse aggiuntive della pandemia possano diventare strutturali, resterebbero da finanziare le spese derivanti dai nuovi standard

Per quanto riguarda gli infermieri alle stime di cui sopra è necessario aggiungere il personale che dovrà sostituire i pensionamenti che occorreranno nei prossimi anni. La documentazione a corredo del PNRR ed inviata all'UE fornisce una stima dei pensionamenti degli infermieri calcolata sulla base del personale di età superiore ai 60 anni, ed assumendo il pensionamento a 67 anni. Così nel PNRR si stima che il 7,83% del totale degli infermieri andrà in pensione nel periodo 2021-2026, per un totale di 26.018 unità. È però verosimile ipotizzare che il numero di infermieri che andrà in pensione nel periodo 2021-2027 sarà quasi il doppio rispetto a quello stimato, poiché l'età media per il pensionamento della categoria professionale è pari a 63 anni.

Tab. 2 Stima delle necessità di nuovi infermieri al 2027

Fonte: Elaborazione F.Pesaresi su dati della documentazione del Governo inviata all'UE a corredo del PNRR (2021), del Ministero della Salute (2020) e della Corte dei Conti (2021)

Infermieri necessari per l'attuazione del PNRR	30.485
Stima dei pensionamenti degli infermieri dal 2020 al 2026	52.035
TOTALE necessità	82.520
Nuovi infermieri laureati dal 2021 al 2026	85.000

Nel contempo, proprio nel 2021, per la prima volta il numero degli infermieri neolaureati è sceso sotto quota 10.000¹⁴ e alcune criticità si ravvisano dal punto di vista della formazione. I posti messi a bando per l'ammissione al corso non sembrano, ad oggi, soddisfare le necessità che deriveranno dall'implementazione di tutti i nuovi standard e investimenti del D.M. 77/2022. Le università al momento possono accogliere solo 15.000 posti all'anno, rispetto ad una domanda dei giovani che è almeno di 18.000 candidature: il numero di neolaureati non è tale da coprire il fabbisogno derivante dalle dinamiche di ricambio legate ai pensionamenti ed il timore è che la programmazione sia insufficiente a coprire il fabbisogno di personale derivante dall'attuazione del PNRR.

Allo stesso tempo, dal punto di vista meramente finanziario, sono sette le regioni sottoposte a Piani di Rientro¹⁵: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia e Puglia (in quest'ultima è stato applicato un piano di rientro "leggero"¹⁶). Naturalmente, la domanda che sorge è se la drastica correzione dei disavanzi che viene attuata attraverso i Piani di Rientro (PdR), in una situazione oltretutto di finanziamenti già in diminuzione, abbia avuto ripercussioni sui cittadini attraverso una riduzione nella quantità e nella qualità dei servizi erogati. Secondo la letteratura disponibile, i PdR hanno avuto un impatto differente sulle due dimensioni di policy oggetto degli interventi. Da un lato, l'effetto dei Piani sull'equilibrio economico-finanziario dei SSR è stato indubbiamente positivo¹⁷. Dall'altro, l'impatto dei Piani sulla qualità delle prestazioni sanitarie è meno semplice da valutare: si osserva un incremento in termini assoluti della qualità dei livelli di assistenza, tuttavia rimane il dubbio se l'intensità e la convergenza inter-regionale dei medesimi siano stati sufficientemente tenuti in considerazione¹⁹. Peraltro, la capacità di realizzazione di investimenti a livello regionale non è mai stata omogenea. Non tutte le Regioni sono state in grado di allocare i fondi destinati¹⁸ al recupero delle liste di attesa e delle prestazioni sanitarie rinviate causa

¹⁴ F. Pesaresi, "Il DM 77/2022 sull'assistenza sanitaria territoriale" (2022)

¹⁵ I Piani di Rientro (PdR) costituiscono una politica pubblica di sistema attraverso cui lo Stato centrale interviene, a partire dal 2005, per garantire il conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica e la qualità delle prestazioni sanitarie. Con la sottoscrizione degli accordi, le regioni entrano in PdR ossia in un regime di autonomia differenziato, soggetto a norme specifiche, che ne modifica alcune prerogative di governo e introduce processi di verifica e monitoraggio, processi di supporto e meccanismi sanzionatori specifici

¹⁶ Ragioneria Generale dello Stato "Monitoraggio della spesa sanitaria" (2022)

¹⁷ Cergas Bocconi, "OASI - Osservatorio sulle aziende e sul Sistema sanitario italiano", "La diffusione di competenze cliniche e gestionali per lo sviluppo dei servizi del SSN: lezioni apprese dai Piani di Rientro e nove prospettive" (2019)

¹⁸ Dal d.l. n.104/2020

Covid-19. Come ha evidenziato un'indagine di Cittadinanzattiva¹⁹, le Regioni non hanno dimostrato grande trasparenza ed efficienza neanche a seguito di istanze civiche. I fondi messi a disposizione nel 2020 sono in parte andati sprecati²⁰, sia perché i piani operativi delle regioni hanno tardato ad arrivare sia perché questi erano estremamente disomogenei negli obiettivi delle prestazioni da recuperare.

Un secondo filone di criticità legate all'attuazione del D.M. 77 emerge dalla limitata integrazione tra la sanità e il sociale. È stato ampiamente dimostrato che l'integrazione sociosanitaria sia un elemento chiave per la qualità dell'assistenza territoriale ma nonostante ciò sembra persistere la suddivisione di queste due sfere della cura. In questo ambito è sicuramente necessario riportare l'approvazione a luglio 2022 delle "Linee programmatiche: progettare il Budget di salute con la persona-proposta degli elementi qualificanti²¹" elaborate dall'Istituto Superiore di Sanità. Con l'approvazione della "Linee programmatiche" possiamo dire che il Budget di salute è entrato a far parte degli strumenti a disposizione degli operatori sanitari che si adoperano per la promozione dell'assistenza domiciliare (e il contrasto dell'istituzionalizzazione) dei soggetti fragili²².

È stato ampiamente dimostrato che l'integrazione sociosanitaria è un elemento chiave per la qualità dell'assistenza territoriale, ciononostante la suddivisione tra queste due sfere dell'assistenza attualmente persiste

Il Budget di salute (BdS), costituito dall'insieme delle risorse economiche, professionali, umane e relazionali, necessarie a promuovere contesti familiari e sociali idonei a favorire una migliore inclusione sociale della persona, è uno strumento generativo che contribuisce alla realizzazione di percorsi di cura nell'ambito di Progetti di Vita personalizzati in grado di garantire l'esigibilità del diritto alla salute attraverso interventi sociosanitari fortemente integrati e flessibili. Questo strumento sostiene progetti individualizzati, finalizzati a favorire la permanenza della persona nel domicilio prescelto coinvolgendo i diversi soggetti della comunità. Le linee programmatiche dell'ISS partono dall'esperienza della salute mentale ma possono essere intese come applicabili, con le specifiche declinazioni e gli opportuni adeguamenti, a tutte le progettualità rivolte a persone che presentano bisogni sociosanitari complessi. Il Budget di Salute si rivolge a persone prese in carico dalla rete dei servizi sanitari territoriali con bisogni complessi sia sociali che sanitari. Come testimonia la creazione dello strumento del Budget di Salute, l'attenzione all'integrazione sociosanitaria è crescente, tuttavia in questa fase manca ancora una compiuta sinergia tra le amministrazioni centrali, prima, e quelle locali poi. Ne è un esempio il fatto che i Livelli essenziali delle prestazioni per l'autosufficienza siano stati inseriti nella Legge di bilancio²³, ma senza alcuna integrazione con i Livelli essenziali di assistenza (nonostante questi ultimi lo richiedano).

¹⁹ Cittadinanzattiva, "Indagine civica su piani regionali per il recupero delle Liste d'attesa e sui fondi ripartiti alle Regioni" (ottobre 2021)

²⁰ <https://www.ilsole24ore.com/art/altri-500-milioni-le-liste-d-attesa-ma-cure-rischiano-saltare-AEAS0Ly>

²¹ Atto n. 104/CU del 6/7/2022

²² F. Pesaresi, "Il DM 77/2022 sull'assistenza sanitaria territoriale" (2022)

²³ https://temi.camera.it/leg19DIL/temi/19_politiche-per-la-non-autosufficienza-e-la-disabilit

Tornando alla realizzazione della riforma dell'assistenza territoriale prevista dal PNRR, l'argomento della governance della realizzazione del Piano ha certamente ricevuto particolare attenzione. D'altronde, se c'è un elemento imprescindibile quando si pensa alla realizzazione di una riforma tanto ambiziosa come quella in oggetto, è proprio la suddivisione dei compiti e delle responsabilità. Infatti, è in base ad un doppio titolo che trova fondamento la disciplina sulla governance del PNRR: "Le disposizioni contenute nel presente decreto, in quanto direttamente attuative degli obblighi assunti in esecuzione del Regolamento (UE) 2021/241, sono adottate nell'esercizio della competenza legislativa esclusiva in materia di rapporti dello Stato con l'Unione europea di cui all'articolo 117, secondo comma, lettera a), della Costituzione e definiscono, ai sensi dell'art. 117, secondo comma, lettera m) della Costituzione, livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale". Queste procedure non ledono l'autonomia, ma esigono, in capo allo Stato e in capo alle regioni, una reale volontà di lavoro comune.

Le difficoltà che, lungo i decenni, hanno impedito l'implementazione delle riforme e in particolare la realizzazione di un sistema efficiente di cure primarie, possono essere superate attraverso il buon governo a tutti i livelli. Come afferma Renato Balduzzi per l'Osservatorio sui sistemi sanitari della Società italiana per il diritto sanitario, "la governance per il PNRR²⁴ va valutata positivamente, anche nelle parti in cui richiama il valore dell'interesse nazionale e disegna un sistema di poteri sostitutivi. Questi ultimi, infatti, non necessariamente si oppongono ai principi di autonomia, sussidiarietà e leale collaborazione, ma, al contrario, appaiono persino doverosi (ove necessario) per contribuire ad assicurare quei livelli essenziali di assistenza che implicano la garanzia del fondamentale diritto alla salute in condizioni di uguaglianza"²⁵.

3. QUALE RUOLO PER LA VALUTAZIONE?

Il Servizio sanitario nazionale è un sistema fondato su due elementi cardine: la programmazione e la valutazione. Questa duplice natura, benché già ampiamente dichiarata in tutta la normativa che negli ultimi trenta anni ha disciplinato l'intero ordinamento del SSN, ha trovato nei fatti maggiore applicazione sul versante della programmazione (con tutti i limiti del caso, come esaminato nel paragrafo precedente) piuttosto che su quello della valutazione. È evidente, invece, come le due funzioni dovrebbero essere strettamente correlate, proprio perché gli indirizzi programmatici possono nascere solamente da un'analisi e da una valutazione dei bisogni e dell'organizzazione dell'offerta. In effetti, l'evoluzione delle norme e delle Intese Stato-Regioni, in tutti questi anni, ha preso in considerazione prevalentemente, se non esclusivamente, la valutazione intesa come analisi dell'operato dei Direttori Generali, talvolta come operazione di verifica amministrativa, spesso come strumento per accertare le condizioni di equilibrio economico (come nel caso dei Piani di Rientro). Sinora sono stati privilegiati sistemi di valutazione che hanno dato la prevalenza ad analisi di carattere procedurale-amministrativo che prevedono molti controlli sugli adempimenti dei soggetti preposti al governo della sanità. Tuttavia,

²⁴ di cui al d.-l. n. 77/2021

²⁵ R. Balduzzi, Osservatorio sui sistemi sanitari della Società italiana di diritto sanitario, "Gli standard (e il modello) dell'assistenza sanitaria territoriale: prime considerazioni" (2022)

risulta ancora carente l'attenzione in tema di esiti delle cure, di efficienza e performance del sistema, di verifica delle criticità di funzionamento del sistema, sia a livello nazionale che regionale.

Sono stati privilegiati sistemi di valutazione centrati su analisi di carattere procedurale-amministrativo [...]. Tuttavia, risulta ancora carente l'attenzione in tema di esiti delle cure, di efficienza e performance del sistema, di verifica delle criticità di funzionamento del sistema, sia a livello nazionale che regionale

D'altra parte, è doveroso rilevare che, nei casi in cui si è dato avvio alla sperimentazione di processi valutativi, si è trattato di esperienze caratterizzate da scarsa circolarità delle informazioni e da scarsa, se non nulla, condivisione allargata degli strumenti e dei metodi utilizzati. Lo spostamento dell'ottica del governo dalle risorse ai risultati, peraltro, non può essere semplicemente inteso come momento di innovazione negli strumenti del controllo ma, in termini più ampi, una vera e propria rivoluzione nel modo di concepire il governo del Sistema.

In questa ottica, il caso dei vaccini rappresenta un esempio della carenza di strumenti trasversali per la valutazione d'impatto delle scelte di politica sanitaria. La vaccinazione ha fornito, infatti, un importante contributo alla riduzione dell'incidenza di numerose malattie infettive e della relativa mortalità. Già una decina di anni fa, è stato stimato che grazie all'uso dei vaccini, iniziato nel 1924, negli Stati Uniti siano stati prevenuti 103 milioni di casi di malattie infantili²⁶. Questi effetti sanitari si traducono in risultati economici altrettanto positivi, dato che la vaccinazione può garantire notevoli risparmi, evitando i costi diretti e indiretti associati al trattamento della malattia e di possibili disabilità di lungo termine. Uno studio statunitense ha stimato che ogni dollaro speso in vaccinazioni infantili potrebbe fare risparmiare tre dollari al servizio sanitario nazionale e dieci dollari alla società nel suo complesso²⁷. Dato che consentivano elevati risparmi sui costi, i primi vaccini hanno definito un elevato standard in termini di "redditività del capitale investito" nel campo della salute pubblica. Al contrario, oggi che soltanto pochi interventi sanitari sono considerati in grado di consentire risparmi sui costi, la sfida più comune che i decisori pubblici si trovano a dover affrontare è identificare gli interventi sanitari che possono essere considerati efficaci in rapporto ai costi, cioè in grado di fornire un beneficio aggiuntivo a fronte di un ragionevole costo aggiuntivo. Alcuni dei vaccini più recenti offrono una soluzione a una serie di importanti problemi sanitari attuali, come i vaccini contro il papillomavirus umano, che provoca il cancro della cervice, o i vaccini contro l'herpes zoster, causa di diverse malattie debilitanti. Questo discorso è ovviamente estendibile e tutti gli investimenti in prevenzione, come i programmi di screening nazionali o le campagne di informazione. Nonostante ciò, la prevenzione continua a rappresentare un elemento marginale nella programmazione e tra gli investimenti del Servizio sanitario italiano.

²⁶ V. Rémy, Y. Zöllner, U. Heckmann "Vaccinazione: la pietra angolare di un sistema sanitario efficiente" (2015)

²⁷ F. Zhou, A. Shefer, J. Wenger et al. "Economic evaluation of the routine childhood immunization program in the United States" (2009)

La valutazione d'impatto ha senso se applicata ad investimenti. Tuttavia, dato che la spesa sanitaria è ancora considerata nel Bilancio di Stato come un costo e non come un investimento, l'attuazione di questi principi richiede la ricerca di soluzioni innovative. Da un lato a causa dei vincoli di bilancio in senso stretto, dall'altro, a causa degli effetti indiretti che questa caratteristica strutturale provoca negli indirizzi programmatori.

CONCLUSIONI

Il PNRR rappresenta un'occasione per finanziare una serie di riforme già percepite come necessarie da anni. Nel tempo però si verificata quella che potrebbe essere definita come una perdita di capacità di visione di sistema. Per recuperare queste carenze è necessario avvalersi di analisi strutturate dei bisogni basate sulla demografia (standard e clinica), pianificazione degli obiettivi, riportando maggiore attenzione alla programmazione e al monitoraggio. È pur vero che la creazione di standard trasversali non può annullare le differenze e le disparità già presenti sul territorio, anzi. Si evidenzia proprio come a seconda del punto di partenza, raggiungere gli standard del D.M. 77 può rappresentare uno sforzo molto diverso in base alle regioni e alle proprie peculiarità.

Trasversalmente però emergono con vigore le criticità legate alle carenze di personale. E proprio in quest'ottica non si può tralasciare l'importanza dell'attrattività delle professioni sanitarie. Inoltre, riguardo la formazione, potrebbe essere necessario convertire il know-how presente in un maggior numero di indirizzi di specializzazione magistrale nelle facoltà infermieristiche. Non c'è dubbio però sul fatto che sarà necessario immettere nuove risorse in sanità per garantire il rispetto dei nuovi standard territoriali e il funzionamento delle strutture previste dal D.M 77.

Sono numerose le riflessioni legate alla realizzazione di una riforma tanto importante quanto quella delineata dal PNRR ed espressa attraverso il D.M.77. Come ogni processo di trasformazione, si può definire fisiologico il fatto che durante il percorso emergano aspetti inaspettati o rinnovate esigenze. A fine aprile, l'Italia sarà chiamata a Bruxelles per l'integrazione del Piano Repower EU con il PNRR. L'Unione europea prevede la possibilità per gli stati membri di apportare delle modifiche ai rispettivi piani nazionali di ripresa e resilienza. Un processo che può essere avviato in qualsiasi fase di attuazione dell'agenda. Nonostante apportare modifiche al PNRR sia possibile, questo non avverrebbe senza potenziali rischi. Da un lato, vengono posti dei limiti da parte dell'UE al raggio d'azione di tali revisioni. Dall'altro, processi di cambiamento radicale delle agende in corso comporterebbero inevitabilmente dei rallentamenti e dei ritardi. Con il conseguente rischio di perdere parte dei fondi. Va da sé che un processo di revisione profonda comporterebbe inevitabilmente uno stop all'attuazione del PNRR e quindi una sospensione, almeno temporanea, dei fondi. Più sono sostanziali le modifiche proposte, più tempo sarà infatti necessario alla commissione per validare la nuova agenda e al paese per riprenderne l'attuazione e quindi per ricevere nuovi finanziamenti. Nonostante la possibilità di revisione, è imperativo iniziare a riflettere su come il Servizio sanitario nazionale riuscirà a rendere strutturalmente sostenibili degli obiettivi tanto ambiziosi sotto ogni punto di vista. Gli investimenti finanziati dall'UE nell'ambito del PNRR rappresentano senza dubbio un'opportunità ed un punto di partenza senza precedenti. Ma il punto di arrivo non è da ricercarsi semplicemente nella loro realizzazione quanto nella messa a sistema di tutte le

risorse che saranno necessarie per il funzionamento dell'intero ecosistema salute dal 2026 in poi. La riforma dell'assistenza sanitaria raccoglie le necessità dei territori italiani e le sistematizza, è opportuno infatti ricordare che la visione racchiusa in questa riforma rappresenta infatti il frutto di un percorso portato avanti di concerto con le regioni italiane.