IDEE NUOVE PER UN SSN EQUO E SOSTENIBILE

UNA PROPOSTA DI ACCADEMICI ED ESPERTI

PERCHÈ IL SSN VA RIFORMATO IN MODO PROFONDO?

Negli ultimi anni, il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ha mostrato segnali di crescente affaticamento. **Il permanere delle disuguaglianze** negli esiti di salute, nell'accesso alle cure e nella speranza di vita – legati a fattori come il reddito, il livello di istruzione, la condizione sociale e il territorio di residenza – evidenzia un **indebolimento della sua capacità universalistica e di programmazione**. La **prevenzione è stata progressivamente trascurata**, mentre si è ampliata la distanza tra i bisogni di assistenza delle persone e il tasso di copertura che il SSN riesce a garantire, in **un sistema di servizi sempre più frammentati e prestazionali**, affidato alla **ricomposizione** da parte dei cittadini, processo che avvantaggia le famiglie con redditi più elevati, più competenti e scolarizzate.

Questa situazione ha **eroso il senso di appartenenza** delle comunità locali al SSN, **ridotto la fiducia** nei confronti dell'istituzione e generato **confusione tra diritti formalmente garantiti e diritti realmente esigibili,** determinando un crescente disagio tra cittadini e operatori sanitari. Allo stesso tempo persistono margini di miglioramento in termini di appropriatezza, efficacia delle cure ed efficienza produttiva, spesso segnate da **accentuate disuguaglianze territoriali**.

Le **cause** di queste criticità sono **strutturali**. L'offerta di servizi rimane sbilanciata verso la cura degli acuti, nonostante l'aumento della cronicità e della non autosufficienza. Il livello di **finanziamento pubblico non è coerente con la programmazione e l'erogazione dei LEA da garantire**, anche a causa della loro mancata revisione, determinando un meccanismo di **razionamento implicito**. La **governance** verticale e orizzontale è spesso **debole e disarticolata**, con una **programmazione sanitaria nazionale e regionale irregolare** e di norma in grave ritardo e scarsamente implementata. Nella scelta del **top management si fa prevalentemente riferimento** a professionisti locali, impedendo la nascita di un management nazionale di alto profilo adeguatamente retribuito in rapporto alla complessità e responsabilità del ruolo. Il **middle management è poco valorizzato,** pur a fronte di dimensioni aziendali rilevanti che richiederebbero una azione più efficace e consapevole. Il **sistema formativo** e di programmazione degli accessi alle facoltà è gravemente **disallineato** rispetto ai reali fabbisogni, con un elevato numero di posti a medicina, mentre avanza una carenza critica di infermieri e altre professioni sanitarie. **Persistono logiche organizzative a silos**, un modello di sanità più reattiva che proattiva, un uso ancora marginale del patrimonio informativo disponibile. L'uso del rilevante patrimonio informativo è frammentato e insufficiente sia per la clinica, sia per la gestione, sia per la ricerca.

La mancanza di **sistematico** coinvolgimento delle **organizzazioni di advocacy ed Enti del Terzo Settore** riduce la capacità del sistema di **intercettare e rispondere a bisogni reali**, di migliorare i servizi e concorrere alla sua sostenibilità.

In sintesi, il SSN necessita di una **riforma profonda**, per essere un sistema giusto, sostenibile, efficace e percepito come bene comune. A tal fine si formulano proposte innovative e si auspica la predisposizione di un **Testo Unico** delle norme sul sistema dei servizi della salute e il **progressivo adeguamento del finanziamento** per allinearlo con la media dell'Unione Europea.

LA LOGICA DELLA PROPOSTA

La proposta di nuove regole per il SSN si fonda sul seguente presupposto logico: il contesto economico e sociale nel quale va declinato l'Articolo 32 della Costituzione è profondamente cambiato in positivo poiché il progresso delle conoscenze scientifiche e tecnologiche ha consentito, e si spera consentirà, di allungare l'aspettativa di vita e di affrontare con successo patologie e condizioni di salute gravi e severe. Da questi effetti positivi deriva anche la principale criticità del sistema dei servizi della salute che, oltre alle patologie acute, deve e dovrà sempre più prendersi cura di condizioni di cronicità e disabilità, mentre sarà sempre più difficile adeguare le risorse finanziarie pubbliche-private, in quanto i sistemi di welfare europei sono e saranno sempre più sotto pressione a causa della sfavorevole e strutturale demografia, con molti anziani e pochi giovani.

Per ridurre l'effetto di penalizzazione dei gruppi di popolazione più deboli sul piano economico, sociale, di scolarizzazione, di residenza in aree interne e per reinterpretare nel nuovo contesto i principi di universalismo, equità e solidarietà, nel rispetto degli indirizzi europei in materia di diritti sociali, è necessario agire su questi aspetti:

- adottare un approccio *One Health* che promuove salute umana, animale e ambientale in una logica circolare che tiene conto delle reciproche interazioni;
- agire decisamente sugli aspetti di prevenzione a tutti i livelli (regolazione dei determinanti economici e ambientali, sistema di istruzione, cultura, comunicazione, welfare aziendale, programmi mirati di screening), in grado di posticipare l'insorgere di malattie o di ridurne la gravità;
- definire priorità esplicite per ridurre il rischio di affermazione astratta di diritti, senza che essi poi si traducano in diritti effettivamente esigibili, in termini sintetici è necessario promettere prestazioni e servizi che possano essere effettivamente garantiti dal SSN;
- realizzare la coerenza tra prescrizioni ed erogazioni di servizi, agendo contestualmente e proattivamente sul governo della domanda (appropriatezza ed efficacia), sull'adeguamento dell'offerta (integrazione tra i diversi setting assistenziali, sul potenziamento dei servizi di prossimità e migliore accessibilità ai servizi), sull'efficienza (tramite la riorganizzazione della rete di servizi e l'uso delle tecnologie avanzate), sull'aderenza alle terapie e ai percorsi di cura (case management).

Occorre distinguere la finalità della tutela della salute dalla erogazione dei servizi. La tutela della salute è responsabilità dello Stato nelle sue diverse articolazioni, ma viene perseguita attraverso l'azione di una pluralità di soggetti e circuiti economici pubblici e privati lungo la filiera delle Life Sciences e del settore salute. Per l'erogazione dei servizi si riafferma che l'Italia adotta il modello di servizio sanitario nazionale, tramite la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), un finanziamento pubblico che deve essere coerente con i LEA, l'erogazione tramite strutture pubbliche o private accreditate. Pertanto, va distinto dal concetto di SSN il concetto di sistema dei servizi della salute, che è più ampio e comprende anche i servizi alimentati dal finanziamento privato nella forma di fondi e casse di solidarietà privata, assicurazioni, pagamento diretto (out of pocket), welfare aziendale.

La sostenibilità in termini di risultati di salute, di coesione sociale e di economicità, richiede tre distinte logiche di governance tra loro coordinate e integrate:

a una governance che coinvolge diversi ministeri e soggetti, privati e pubblici, per agire sui determinanti di salute secondo l'approccio One Health;
b una governance del sistema dei servizi della salute, composto da attori e circuiti economici pubblici e privati che operano per la tutela della salute;
c una governance del SSN in grado di garantire coerenti politiche a livello nazionale, regionale e di erogazione dei servizi a livello di Aziende Sanitarie pubbliche e accreditate.

La governance del SSN deve basarsi su un equilibrio tra garanzie ed indirizzi comuni ed uniformi nel Paese, autonomia delle Regioni nell'adeguamento degli indirizzi comuni alle specificità territoriali, autonomia e flessibilità della gestione a livello delle Aziende pubbliche in quanto la combinazione dei fattori produttivi dipende da condizioni specifiche dei bisogni di salute e delle caratteristiche dei territori.

La governance generale del sistema di servizi della salute e quella specifica del SSN si fonda sui principi di programmazione scorrevole secondo cui ogni anno vengono ridefiniti gli obiettivi per il periodo di programmazione successiva, passaggio dalla logica reattiva a quella proattiva, semplificazione amministrativa e del sistema di controlli, uso delle tecnologie per migliorare gli esiti di salute ed affrontare la carenza di professionisti, coinvolgimento attivo dei cittadini (per tutti gli aspetti di prevenzione) e dei pazienti nella ricerca e nella definizione dei percorsi clinico-assistenziali.

FORMULAZIONE DELLE PROPOSTE

1. Finalità del sistema dei servizi della salute

La Repubblica promuove e tutela la salute fisica e psichica come diritto fondamentale perché primario fattore di benessere e precondizione per lo sviluppo economico e sociale. La finalità viene perseguita nella distinzione tra le funzioni di tutela della salute con interventi legislativi, programmatori e di finanziamento applicati a livello locale dalle Aziende sanitarie territoriali e le funzioni di produzione dei servizi che possono essere attribuita a soggetti pubblici e privati con diverse forme giuridiche ed organizzative idonee a perseguire elevati livelli di funzionalità ed economicità. La tutela della salute viene perseguita attraverso interventi idonei a prevenire e limitare disturbi, malattie e limitazioni funzionali derivanti dalle condizioni della persona e dall'interazione con il proprio ambiente. La prevenzione agisce sui fattori di rischio biologici, chimici, fisici, meccanici e psicosociali; la mitigazione o guarigione agisce con la diagnosi tempestiva e i relativi interventi di cura. La sostenibilità del sistema è perseguita tramite interventi sui determinanti di salute lungo le diverse fasi della vita (Life Course Approach), interventi di innalzamento generalizzato dell'alfabetizzazione sanitaria (health literacy), dalla promozione della salute nei luoghi di lavoro.

La Repubblica tutela il diritto che tutte le persone hanno di godere delle stesse opportunità di salute, realizzando gli interventi di prevenzione e cura in funzione del bisogno e limitando le disuguaglianze evitabili. La Repubblica tutela il diritto alla salute facendo in modo che le politiche non sanitarie creino condizioni di vita favorevoli per la salute secondo l'approccio di Salute in Tutte le Politiche (ambiente, lavoro, casa, istruzione, reddito, cultura, tempo libero, trasporti, sicurezza, giustizia, migrazione). Inoltre, promuove prevenzione sanitaria, diagnosi, cura e riabilitazione direttamente attraverso il SSN con strutture pubbliche e private accreditate e indirettamente regolando il funzionamento dell'intero sistema (attori e circuiti privati inclusi). La Salute in Tutte le Politiche, il SSN e il privato compongono il sistema dei servizi della salute che deve essere regolato in modo che tutte e tre le componenti concorrano in modo coordinato, efficiente, equo e sostenibile a tutelare la salute. La regolazione (livelli di assistenza e finanziamento), la programmazione (piano sanitario nazionale e piani di settore) e la valutazione del sistema si fondano su metriche condivise e trasparenti che rendono esigibile il diritto alla salute e di accesso ai Livelli di Assistenza, secondo livelli di equità, appropriatezza, efficacia, efficienza e sostenibilità concordati nella programmazione. Le metriche sono alimentate da un sistema informativo sanitario fondato sull'interconnessione tra i migliori dati amministrativi sanitari e non sanitari disponibili (INPS, INAIL, ISTAT, Anagrafe Tributaria).

2. Universalismo

Il contesto demografico e socio-economico, unito alle difficoltà della finanza pubblica determina il fenomeno di selezione implicita che penalizza i gruppi fragili della popolazione per condizioni economiche, sociali, culturali, etniche, livello di istruzione, residenza in aree interne.
I principi di universalismo, equità e solidarietà su cui si fonda il SSN devono essere considerati in modo integrato e devono essere perseguiti attraverso:

- l'esplicitazione dei criteri con cui determinare le priorità in sede di programmazione e di definizione dei LEA;
- l'attivazione di modelli di servizio proattivi capaci di promuovere salute, di governare la domanda, di arruolare precocemente, di prendere in carico gli assistiti in funzione dell'intensità dei loro bisogni, tenendo conto dalle loro competenze e condizioni;
- la programmazione e il coordinamento del finanziamento pubblico con quello privato, sia esso

intermediato (fondi integrativi, mutue, assicurazioni e altri soggetti collettivi) che *out of pocket* (spesa diretta delle famiglie) il quale deve essere orientato a soddisfare bisogni che, per vincoli finanziari, gestionali ed organizzativi, presentano bassi tassi di copertura da parte del SSN;
- la definizione di agevolazioni per l'adesione a forme integrative per i gruppi di popolazione non in grado di aderirvi con risorse proprie.

3. Equità e accessibilità

Il SSN promuove la tutela della salute secondo il principio di equità intesa come servizi diversi per bisogni diversi, tramite una stratificazione della popolazione per gruppi omogenei di patologie acute, condizioni di cronicità e disabilità e livello di literacy sanitaria e conseguente propensione all'aderenza alle terapie e ai percorsi di cura.

La stratificazione della popolazione per natura e intensità dei bisogni, per livello di literacy ed aderenza, costituisce la base conoscitiva per la presa in carico personalizzata, preventiva, partecipata e per le valutazioni di outcome/esito, nel rispetto della normativa sulla privacy che impedisca l'uso improprio di dati personali, ma che al tempo stesso valorizzi e incentivi l'uso delle informazioni.

L'equità viene perseguita tramite interventi di salute di iniziativa finalizzati a individuare in modo tempestivo e precoce anche i bisogni socio-sanitari non esplicitati, ridurre la variabilità di consumi sanitari non correlati a differenze di carattere epidemiologico e di struttura della popolazione e evitare complicanze che riducono l'accessibilità ai a servizi.

In relazione alla numerosità, severità delle condizioni di salute e alle caratteristiche dei territori di riferimento, delle competenze e infrastrutture digitali e dei sistemi di trasporti pubblici e privati, viene definito il finanziamento e la rete dei servizi. Tramite modelli organizzativi a rete, la mobilità dei professionisti e l'uso di tecnologie da remoto sono garantite ad ogni territorio le competenze professionali e la qualità dei servizi appropriati con l'obiettivo di aumentare l'efficacia e l'equità delle cure e ridurre la mobilità intra e inter-regionale impropria, pur nel rispetto della libertà di scelta del cittadino.

4. Umanizzazione, partecipazione e coinvolgimento

Il SSN, nel rispetto dei principi di centralità della persona umana e di umanizzazione delle cure, promuove, a differenti livelli e con distinte finalità, la partecipazione e il coinvolgimento dei cittadini, dei pazienti, delle loro organizzazioni, nonché dei pazienti esperti in precise aree di competenza. Per favorire l'effettivo coinvolgimento (*involvement*) dei pazienti nei processi assistenziali, sia nella fase di progettazione e organizzazione sia di valutazione, le Regioni e le Aziende sanitarie promuovono la formazione di pazienti esperti, in collaborazione con Università, organizzazioni pazienti, enti del terzo settore e altri enti pubblici e privati qualificati e accreditati.

Il continuo adeguamento dei processi assistenziali sulla base del progresso scientifico e tecnologico deve essere accompagnato dalla realizzazione di relazioni intersoggettive rispettose della dignità della persona. Dalla cura intesa come semplice prestazione scientificamente validata occorre passare alla cura come relazione in grado di attivare le risorse del paziente. Il paziente da destinatario dei processi di diagnosi, cura e riabilitazione, diventa soggetto che partecipa attivamente alla definizione del proprio percorso, esprime la sua valutazione e il suo livello di soddisfazione rispetto agli esiti dei trattamenti e all'esperienza vissuta (anche attraverso l'attivazione di sistemi di misurazione integrati, quali PREMs e PROMs).

Il coinvolgimento e la partecipazione dei pazienti (*patient engagement*) al proprio percorso di cura si realizzano tramite un processo di informazione che tenga conto di cultura, livello di istruzione, sensibilità, lingua, etnia, religione, differenze di genere e di ogni altro tipo in modo da consentire una scelta consapevole coerente con le proprie aspettative, valori e contesto sociale. A tal fine, il SSN utilizza efficaci canali e strumenti di comunicazione idonei a raggiungere i diversi gruppi di popolazione. La diffusione delle conoscenze per i pazienti e i care giver è la condizione per la loro co-responsabilizzazione.

Il SSN promuove l'attivazione di quattro distinti processi di partecipazione e coinvolgimento delle comunità e dei pazienti con distinte finalità, assegnazione di responsabilità e logiche di funzionamento:

- a livello nazionale e regionale: coinvolgimento delle organizzazioni rappresentative dei pazienti relativamente alle politiche e ai processi decisionali in tema di salute;
- a livello di distretti: co-programmazione della committenza, coinvolgendo i rappresentanti degli enti locali e le associazioni attive nell'ambito della salute e delle sue determinanti;
- a livello di unità organizzative (unità operative, dipartimenti, reti cliniche): co-disegno dei servizi insieme ai pazienti, i loro care giver e le loro organizzazioni;
- a livello di casa di comunità e di setting erogativi locali: logiche di costruzione di comunità, ovvero l'attivazione e la valorizzazione di reti sociali informali e formali capaci di influenzare le determinanti di salute, come la socialità, la literacy sanitaria, la vita attiva, il mutuo sostegno e riconoscimento sociale reciproco.

5. Promettere ciò che si può mantenere

Uno degli aspetti strutturalmente critici del SSN, peraltro comune a tutti i servizi delle Amministrazioni Pubbliche, consiste nella divaricazione tra obiettivi e capacità di raggiungerli. Tale condizione è riconducibile ai seguenti fattori: pressioni sociali per l'ampliamento dei diritti di welfare, difficoltà di selezione esplicita in un sistema basato sul consenso politico, mancanza di un meccanismo di auto-regolazione del prezzo per i servizi gratuiti o con tariffe inferiori al costo di produzione. Per affrontare in modo concreto e realistico questa situazione occorre applicare il principio di promettere solo ciò che si può mantenere a livello di programmazione, finanziamento del sistema, definizione della struttura di offerta ed erogazione dei servizi.

A meno di sua espressa rinuncia, il cittadino ha diritto, contestualmente alla prescrizione, ad avere prenotate le prestazioni indicate dal professionista del SSN nei tempi ritenuti congrui con riferimento a linee guida del SSN o delle società scientifiche. La prenotazione dovrà basarsi sulla logica della continuità della presa in carico del paziente con un professionista stabile di riferimento e della raggiungibilità della struttura in modo fisico o digitale e multicanale, condizioni supportate da meccanismi strutturati e sistematici di sostegno all'aderenza al percorso di cura. La prenotazione diretta consente di verificare e monitorare la reale applicazione del principio promettere ciò che si può mantenere, evitando fenomeni di rinuncia alle cure e selezione a posteriori che penalizzano i gruppi più deboli

Nel caso di patologie gravi o rare, che richiedono la concentrazione in pochi centri ad alta specializzazione, al fine di garantire competenze cliniche, le Regioni sostengono attivamente le popolazioni più lontane, sia con interventi sulla mobilità, sia sfruttando servizi da remoto, quando appropriati.

Il SSN deve garantire ad ogni paziente un Piano Assistenziale Individuale (PAI) prevedendo la prenotazione automatica in back office per tutte le prestazioni previste dai PAI. Il cittadino viene sostenuto attivamente nella sua aderenza ai percorsi di cura, sia con meccanismi di allerta e incentivazione per aderire alle attività ambulatoriali o ai i programmi riabilitativi; sia con meccanismi strutturati di monitoraggio dell'aderenza alle

prescrizioni farmaceutiche e automatica attivazione di meccanismi di richiamo.

6. LEA, tassi di copertura dei bisogni e finanziamento

In sede di proposta del Piano Strutturale di Bilancio e della Legge di Bilancio annuale deve essere assicurata la coerenza tra risorse e prestazioni garantite o attraverso politiche di adeguamento del finanziamento o di esplicita definizione di priorità tra i LEA o la rimodulazione del tasso atteso di copertura dei bisogni, valutando i seguenti elementi discriminanti:

1. prestazioni salvavita o di alto valore in termini di esiti di salute;
2. elevato costo della singola prestazione o della continuità assistenziale per patologie croniche che determina condizioni di tossicità / catastrofali sul piano finanziario, da valutare sulla base
3. di un sistema multidimensionale di indicatori di deprivazione e di altri indicatori di benessere economico da aggiornare triennalmente;
4. prestazioni e servizi che producono elevati benefici in termini di salute pubblica;
5. facilitare l'eliminazione di differenze su processi ed esiti derivanti da valutazioni di *Health Equity Audit*;
6. adozione logica *One Health* per valutare impatto sull'intero ecosistema vitale e ambientale e la sua fisiologica circolarità causale.

La compatibilità con il finanziamento può essere perseguita anche attraverso la revisione del sistema di esenzione per patologia o reddito e l'applicazione di compartecipazioni alla spesa modulate in funzione dei redditi in modo da rendere equo l'impatto sui bilanci familiari.

7. Governance interistituzionale e intersettoriale della salute

La governance interistituzionale della salute si basa su tre cerchi concentrici di politiche, attori pubblici e privati, circuiti economici e interdipendenze da coordinare: a) l'approccio *One Health* ai determinanti di salute; b) il sistema dei servizi della salute composto da tutti i circuiti economici e i soggetti che in essi operano (finanziatori, erogatori, gestori, enti del Terzo Settore, attori di advocacy delle attività sanitarie, socio-sanitarie e di ricerca); c) il SSN, ovvero l'insieme dei soggetti pubblici e privati, finanziati e regolati direttamente dall'intervento pubblico.

L'approccio *One Health* richiede un focus sui determinanti di salute e sull'allineamento degli interessi tra attori pubblici e privati di diversi settori economici. Esso richiede di considerare le relazioni circolari tra salute umana, animale e ambientale, quindi tra economia, società e natura.

La prospettiva del sistema dei servizi della salute si concentra sul coordinamento tra spesa sanitaria pubblica e privata delle famiglie o intermediata, ricerca sinergie e si propone di ridurre ridondanze, cercando di mitigare il più possibile le inevitabili disparità generate dal mercato.

Il governo del SSN richiede competenze di programmazione e gestione di un sistema multilivello e multi-attore collocati in contesti a forte differenziale di capitale istituzionale e sociale.

Il Governo, il Ministero della Salute, le Regioni e le rispettive Agenzie devono attivare dedicati e distinti meccanismi di governance e strutture di governo competenti per ognuno dei tre livelli di azione rilevanti per la salute.

8. L'approccio *One Health* ai determinanti di salute

Nelle decisioni su grandi investimenti strutturali pubblici o privati e, in generale, in ogni politica pubblica, alla valutazione d'impatto ambientale deve aggiungersi esplicitamente la valutazione dell'impatto sui determinanti di salute, privilegiando gli aspetti di prevenzione primaria. Le valutazioni sono attuate sulla base di metodologie e tecniche che considerano la sostenibilità di medio-lungo periodo in termini di prevenzione ed equità tra diversi gruppi sociali e territori. Devono essere previste forme di incentivazione e premialità per gli investimenti con impatto positivo sui determinanti di salute.

Le valutazioni non devono rappresentare un ulteriore aggravio burocratico, ma vanno inserite in un processo di semplificazione sulle valutazioni multidimensionali del Benessere Equo e Sostenibile (BES), seguendo le raccomandazioni su Health in All Policies e Well Being Economy delle esperienze europee. A tal fine negli organismi competenti per le politiche e gli investimenti pubblici e privati a livello nazionale e regionale devono essere presenti nella fase istruttoria e decisionale esperti per le valutazioni degli impatti sulla salute.

Le Regioni di minori dimensioni vengono sostenute e incentivate dal Ministero della Salute a gestire la governance del sistema One Health, salute circolare e dei determinanti di salute a livello inter-regionale.

9. Il sistema dei servizi per la salute

Fanno parte del sistema di servizi della salute tutti i circuiti economici e tutte le istituzioni pubbliche e private che finanziano, producono servizi sanitari finali o intermedi (farmaci, dispositivi medici, ecc.), ricercano, svolgono advocacy. In particolare, con riferimento all'offerta, compongono il sistema :

- il SSN in tutte le sue componenti sanitarie e socio-sanitarie;
- il sistema dei servizi socio-assistenziali nella componente pubblica e privata sussidiaria;
- il settore delle Life Sciences e di ricerca biomedica;
- gli intermediari assicurativi, fondi e casse di solidarietà private, mutue, imprese di assicurazione, imprese dotate di welfare aziendale comprensivo di servizi per la salute;
- le aziende private erogatrici di prestazioni e servizi a pagamento diretto o intermediato;
- le Università e i centri di ricerca nelle discipline sanitarie e correlate;
- gli Enti del Terzo settore, organizzazioni di pazienti, e associazioni di advocacy attive nell'area salute;
- altre forme di collaborazione pubblico-privato.

Sia a livello nazionale, sia regionale si attivano meccanismi stabili e strutturati di coordinamento tra gli attori del sistema dei servizi della salute, promossi da Stato e Regioni. Il coordinamento tra i diversi soggetti riguarda:

- la definizione e programmazione della complementarità tra prestazioni garantite dalla spesa pubblica del SSN e quelle alimentate dalla spesa intermediata e dalla spesa privata delle famiglie;
- la costruzione di percorsi e processi erogativi integrati corredati da sistemi informativi interoperabili che alimentano obbligatoriamente il FSE del cittadino, in modo che esista un luogo unitario di raccolta delle informazioni per ogni persona;
- la messa in rete dei processi e dei fondi di ricerca e innovazione.

Le Regioni di minori dimensioni vengono sostenute e incentivate dal Ministero della Salute a gestire la governance del sistema di servizi per la salute a livello inter-regionale.

10. Competenze dello Stato

Il SSN svolge le proprie funzioni mediante Aziende che operano a livello regionale, sovra-aziendale o inter-regionale, soprattutto per i contesti privi delle economie di scala necessarie per garantire qualità ed efficienza. I meccanismi di governance delle interdipendenze si replicano a livello nazionale, regionale e locale, generando meccanismi strutturati di apprendimento reciproco.

Le competenze dello Stato vanno adeguate prevedendo:

a) sulla base di valutazioni dei risultati ottenuti, la definizione e revisione periodica di un elenco delle tipologie di Aziende tra cui le Regioni possono scegliere e le relative forme istituzionali. Le tipologie di Aziende possono variare tra: Aziende di committenza o di erogazione dei servizi; Aziende con vocazione prevalentemente di cura o mista di cura, ricerca e didattica; Aziende con bacino territoriale regionale, sovra-regionale (se c'è accordo tra le Regioni), di area vasta o locali. L'elenco delle forme istituzionali per la gestione dei servizi, tra le quali le Regioni possono scegliere può articolarsi in Fondazione, Azienda pubblica, Società di capitale di proprietà pubblica, società mista;
b) la definizione dei criteri a cui devono ispirarsi i modelli organizzativi e gestionali delle aziende per garantire dignità e centralità della persona nel principio dell'umanizzazione delle cure;
c) la definizione, di intesa con la Conferenza Stato-Regioni, di organi di controllo sui requisiti e standard nazionali per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento;
d) la definizione di sistemi di monitoraggio finalizzati a rilevare le migliori pratiche e ad attivare processi di miglioramento, benchlearning e trasferimento di competenze;
e) la definizione di un sistema di tariffe per ricoveri, prestazioni specialistiche, dispositivi medici e ogni altra attività compresa nei LEA e sistemi di rimborsi sulla base di valutazioni di costo e qualità dei servizi (pay for performance) e di outcome in termini di salute (pay for outcome);
f) la definizione dei diversi livelli di autonomia regionale da graduare in relazione alla performance raggiunta in termini di livelli di salute, di equità e di equilibrio economico;
g) lo sviluppo di una classe dirigente nazionale del SSN a disposizione dell'intero sistema e che trasferisce competenze in tutti i contesti, stimolandone, in particolare, la presenza nelle aree territoriali con capitale istituzionale e amministrativo più debole attraverso idonei strumenti retributivi, rimborsi spese compresi;
h) l'attivazione di strumenti e interventi per realizzare una funzione sussidiaria dello Stato per le Regioni che presentano difficoltà nel raggiungimento dei LEA tramite un supporto tecnico finalizzato a rafforzare le competenze di programmazione, indirizzo, valutazione e controllo degli Assessorati regionali.

11. Competenze e livelli di autonomia delle Regioni

Fra le competenze delle Regioni vanno annoverate:

a) la predisposizione di piani sanitari regionali triennali in attuazione del piano nazionale, basati su solide metodologie quantitative di programmazione epidemiologica, infrastrutturale e di allocazione dei servizi;
b) l'istituzione di Aziende caratterizzate da diversa missione e indirizzo strategico selezionabili dall'elenco definito dal Ministero della Salute;
c) la scelta delle forme istituzionali e i modelli organizzativi delle Aziende Sanitarie nell'ambito di quelle definite dallo Stato, coerenti con le diverse missioni di cui alla lettera precedente;
d) la sperimentazione e introduzione di forme di pagamento omnicomprensivo nei confronti degli attori

privati contrattualizzati per processi assistenziali (es. bundle payment, finanziamento complessivo per percorsi in contesti assistenziali diversi) e indicatori di risultato finale di salute;

e) la promozione dell'aggiornamento, dell'innovazione e dello sviluppo continuo delle competenze professionali e manageriali;
f) l'attivazione di reti professionali, di strutture interaziendali e interregionali finalizzate a garantire la presenza, il trasferimento e il consolidamento delle migliori competenze e per perseguire economia di specializzazione, scopo, dimensioni e accessibilità;
g) la definizione di un quadro giuridico per l'adozione di forme e modalità istituzionali e contrattuali tra Aziende Sanitarie, enti locali ed altri soggetti pubblici e privati per l'integrazione dei servizi socio-sanitari e assistenziali;
h) il coordinamento del sistema degli attori pubblici e privati del sistema dei servizi della salute concordando un piano strategico triennale di integrazione e complementarietà, alla luce delle priorità di policy sanitaria;
i) la predisposizione di una rendicontazione sociale triennale (in coerenza a PSR) migliorando trasparenza e comunicazione ai cittadini e più in generale ai diversi interlocutori interni ed esterni su scelte, azioni, risultati.

Sono individuati diversi livelli di autonomia regionale in relazione a:

- livello di raggiungimento effettivo dei LEA;
- tasso di copertura dei bisogni;
- efficacia del sistema sanitario: esiti registrati dal PNE e dal NSG, stili di vita della popolazione, speranza di vita in buona salute e altri indicatori del BES;
- equilibrio finanziario;
- rispetto degli standard programmatori nazionali strutturali, funzionali, di servizio e di esiti (es DM70/2015 e DM77/2022).

Sulla base di questi elementi sono individuati quattro livelli di autonomia:

1. autonomia nell'ambito delle competenze regionali stabilite dalle norme sull'autonomia differenziata e sul federalismo;

2. controllo e sostegno, attraverso adeguate competenze consulenziali, sugli elementi per i quali la Regione non rispetta gli standard definiti a livello nazionale;

3. piano di rientro concertato tra Governo e Regione che deve prevedere sia il recupero dell'equilibrio economico-finanziario sia il miglioramento dei livelli di assistenza tramite interventi di razionalizzazione della rete di offerta;
4. commissariamento, con poteri attribuiti a uno o più esperti nominati dal Governo su proposta del Ministero della Salute, dotati di poteri su tutte le strutture organizzative e sulle risorse finanziarie dell'Assessorato e della Regione finalizzate alla salute e dei relativi enti intermedi. Devono essere garantite adeguate risorse strutturali, finanziarie e di personale di supporto aggiuntive per migliorare la programmazione, l'indirizzo e il controllo delle Aziende e delle istituzioni del sistema sanitario regionale, attivabili con strumenti amministrativi semplificati, ad incarico diretto e flessibili. Il Commissariamento può durare al massimo 5 anni.

12. Competenze delle Aziende sanitarie

Le Aziende sanitarie pubbliche del SSN sono differenziate per missione e forma giuridica a seconda delle scelte adottate dalle singole Regioni in funzione delle finalità e degli obiettivi loro assegnati.

Tra le competenze delle Aziende Sanitarie rientrano:

a) l'organizzazione dei servizi secondo la logica dei processi, i principi di umanizzazione, flessibilità, adattamento alle esigenze della popolazione e dell'innovazione tecnologica e dei modelli assistenziali con logiche multicanale;
b) la promozione e valorizzazione e lo sviluppo delle conoscenze e delle competenze, con particolare riferimento ai ruoli e funzioni di responsabilità manageriali intermedie (middle management);
c) la promozione e il monitoraggio del benessere organizzativo del personale come condizione per garantire la qualità dei servizi;
d) la predisposizione di una rendicontazione sociale annuale migliorando trasparenza e comunicazione ai cittadini e più in generale ai diversi interlocutori interni ed esterni su scelte, azioni, risultati.

Le Aziende sanitarie sono dotate di autonomia giuridica, gestionale, organizzativa, amministrativa, contabile e patrimoniale, secondo i diversi modelli istituzionali scelti dalle Regioni.

13. Long-Term-Care (LTC)

Lo strutturale aumento della quota di popolazione che vive con cronicità, e in particolare delle persone che hanno bisogni assistenziali legati alla non-autosufficienza, deve essere affrontata con una profonda revisione del sistema di welfare, coerentemente e in applicazione della European Care Strategy, in modo di privilegiare servizi reali rispetto a flussi finanziari tra loro non coordinati e capace di superare gli attuali criteri contraddittori di eleggibilità ai servizi tra INPS, EELL e SSN.

I fondi destinati alla non autosufficienza del SSN, fondi per l'assistenza sociale dei Comuni, fondi per l'indennità di accompagnamento dell'INPS, fondi nazionali e locali per la LTC, fondi per l'housing protetto confluiscono gradualmente in un unico fondo LTC che viene gestito dalle Aziende sanitarie territoriali, a livello di distretto, in accordo con i Comuni per programmi assistenziali personalizzati e proporzionali al bisogno. Sono previste forme di fiscalità agevolata per i fondi integrativi che prevedono l'assistenza per la LTC e per le spese sostenute direttamente dalle famiglie se ricomposte nel processo di cura finanziato dalle risorse pubbliche di LTC e previste nel PAI della persona non autosufficiente.

L'utilizzo di questi fondi avviene secondo il principio della sussidiarietà orizzontale, valorizzando in modo integrato l'apporto in termini finanziari e di servizi da parte di organizzazioni di pazienti e di volontariato, fondi integrativi e compartecipazioni delle famiglie e altri soggetti che operano a livello locale.

Il bisogno socio-sanitario e i relativi programmi assistenziali esplicitati nel PAI sono definiti dalle Unità di Valutazione Multidimensionale con un unico algoritmo di eleggibilità per tutti i programmi istituzionali dedicati alla LTC.

La definizione dei programmi deve evidenziare esplicitamente i seguenti elementi:

- il valore da essi generato per i pazienti e i care giver, verificabile sulla base di indicatori che tengano conto sia della funzionalità sia della qualità da essi percepita (PREMs e PROMs);
- caratteristiche professionali degli operatori di vario livello;
- un piano di in-formazione per i pazienti e care giver, formali e informali.

Sono definiti standard nazionali di copertura dei bisogni LTC che considerano in modo integrato i LEA (per la componente sanitaria), i Livelli Essenziali di Prestazione (per la componente socio-a ssistenziale) superando progressivamente l'attuale divaricazione tra Regioni.

14. Sanità di iniziativa e distretti

Il SSN adotta sistematicamente le metodologie e gli strumenti per la sanità di iniziativa e la presa in carico dei pazienti, la continuità assistenziale, percorsi coordinati tra servizi, logiche e meccanismi di *transitional care*.

La sanità di iniziativa ha lo scopo di garantire a tutti i cittadini la tempestiva fruizione dei servizi del SSN, dalla prevenzione alla riabilitazione, in particolare per i soggetti meno capaci di trasformare i bisogni in domanda. Essa determina una crescente convergenza ed equità dei consumi, un aumento dell'aderenza ai percorsi di cura, la riduzione di duplicazioni di prestazioni e setting attivati.

Il distretto è l'articolazione operativa che attua processi strutturati di sanità di iniziativa per target ritenuti prioritari dai piani sanitari regionali o aziendali, con particolare enfasi ai programmi di prevenzione primaria (educazione, *health literacy*, vaccinazione, screening), ai pazienti cronici, ai pazienti con lunghi percorsi di cura e riabilitazione, ai pazienti in condizione di LTC.

15. Assistenza di prossimità e stabilità relazionale

La prossimità è definita come stabilità relazionale, accessibilità a servizi sanitari diffusi ed itineranti, fruibilità dei servizi in logica multicanale sincrona e asincrona. Essa è garantita a) dall'individuazione di un professionista di riferimento; b) dall'uso strutturale di tecnologie per l'assistenza a distanza ovunque si trovi il paziente (a domicilio, al lavoro, in viaggio); c) dalla realizzazione di strutture decentrate (servizi territoriali, case della comunità, ospedali di comunità, ambulatori specialistici); d) dalla rete delle RSA e delle strutture residenziali protette;
a) dalle farmacie convenzionate; f) dall'assistenza a domicilio dei pazienti; g) dalla mobilità di équipe itineranti sul territorio di riferimento presso le strutture diffuse.

La prossimità e la relativa stabilità relazionale è garantita dal setting di cura responsabile della presa in carico del cittadino, a seconda delle sue condizioni di salute, potendo variare dal distretto, alla casa di comunità, a una UO ospedaliera o a un dipartimento specialistico territoriale (salute mentale, materno infantile, NPI, ecc.)

L'orario di apertura delle strutture e quello di erogazione dei servizi, anche a domicilio, deve tendere a combinarsi con i tempi di lavoro e di vita degli assistiti e dei loro care giver per ridurre il loro costo di fruizione, anche valorizzando la possibilità del dialogo asincrono o gestito da risposte simultanee automatizzate.

Il SSN garantisce un professionista stabile di riferimento per il paziente soprattutto per condizioni di cronicità, di fragilità e non autosufficienza e per condizioni che richiedono lunghi trattamenti. Il professionista di riferimento può essere un medico (MMG/PLS o uno specialista ospedaliero o convenzionato), un infermiere, un riabilitatore o altro professionista della sanità a seconda delle condizioni e del percorso. Quando possibile il professionista di riferimento è scelto dal paziente stesso. La stabilità della relazione permette la costruzione di un rapporto di cura basato sulla conoscenza e l'accumularsi di fiducia reciproca, la capacità di contestualizzare diagnosi e terapie alle competenze sanitarie e alla rete sociale della persona, risultando quindi strutturalmente più efficiente, più efficace e più umano. La stabilità relazionale e l'accumulo di fiducia favoriscono l'adozione di logiche di servizio multicanale, che miscelano prestazioni in presenza e da remoto.

L'accessibilità ai servizi di diverso livello viene offerta secondo la logica della multicanalità sincrona e asincrona

valorizzando tutti gli strumenti e le piattaforme disponibili: de visu, totem in situ, telefono, whatsapp, APP, piattaforme *web based*. La logica multicanale deve caratterizzare il PUA, il numero unico 116117, i servizi di continuità delle cure e di emergenza e urgenza, il FSE, il CUP, la telemedicina e ogni altro strumento di interazione SSN-paziente. Gli operatori del SSN sono aiutati da interfaccia unitarie che gestiscono la multicanalità.

L'uso dei diversi canali deve considerare le conoscenze e competenze dei diversi gruppi di destinatari e deve essere diversificato sulla base dei bisogni (orientamento ai servizi, prime visite, refertazioni o altre necessità), della cultura e degli stili comunicativi. Il paziente ha il diritto di indicare il canale che preferisce utilizzare per tipologia di servizio o fase del processo di cura. La multicanalità è garantita dal ricorso a tecnologie che consentono:

- un veloce, facile e sicuro accesso alle informazioni da parte dei professionisti e dei pazienti;
- il combinarsi di momenti di interazioni in presenza e a distanza sincrona e asincrona tali da valorizzare la dimensione relazionale e il rapporto fiduciario.

L'assistenza di prossimità viene garantita anche dalla riorganizzazione del sistema di cure primarie della medicina generale, della pediatria di libera scelta e dai Medici dell'assistenza primaria. La coerenza con la programmazione aziendale è perseguita tramite: contratti di risultato per gruppi di medici associati, budget globali di salute per la popolazione assistita, target di outcome clinici e organizzativi, reporting trimestrale e audit annuali, sistemi di incentivi collegati alla performance.

16. Ricerca

L'assistenza e la ricerca nel campo della tutela della salute sono due funzioni inscindibili che devono diventare patrimonio diffuso a tutti i livelli. Grazie alla ricerca i pazienti beneficiano di un accesso più rapido a nuovi trattamenti e tecnologie. Il SSN beneficia di prove di efficacia e di costo-efficacia, oltre che delle entrate dirette e indirette che derivano dall'attività di sperimentazione clinica promossa a fini regolatori dagli sponsor industriali. Il SSN promuove la messa a disposizione, per finalità di ricerca, dei dati clinici, epidemiologici e amministrativi raccolti nell'erogazione dei servizi, nel rispetto della normativa vigente e previa anonimizzazione o pseudonimizzazione idonea a impedirne l'uso improprio. Tale disponibilità costituisce una infrastruttura essenziale per produrre conoscenze utili al miglioramento della qualità dell'assistenza, dell'equità di accesso, dell'efficacia degli interventi e della sostenibilità del sistema, con benefici diffusi per l'intera collettività

Il Ministero della Salute, di intesa con la Conferenza Stato-Regioni, definisce un piano quinquennale per la ricerca di base, traslazionale e clinica, promuovendo la razionalizzazione, il coordinamento e le partnership fra strutture del SSN, università, altri enti di ricerca pubblici e privati e Aziende del settore life sciences, concordando priorità e indirizzi di ricerca condivisi, anche in collaborazione con organizzazioni di advocacy ed enti del Terzo Settore.

Il Ministero della Salute, tramite gli Istituti e le Agenzie governative favorisce la promozione di sperimentazioni da parte delle strutture di ricerca e assistenza nelle forme e nei modi utili a rispondere a quesiti sperimentali di valore in termini di miglioramento della pratica clinica e la razionalizzazione e sostenibilità del progresso tecnologico da parte del SSN.

In tutte le fasi della ricerca clinica, a partire dagli studi sperimentali di fase precoce fino alle analisi di dati cosiddetti *real world,* il SSN mette in campo strumenti di promozione e monitoraggio idonei a garantire la rigorosità scientifica e il coinvolgimento dei gruppi di popolazione tradizionalmente sottorappresentati

nei trial clinici, con particolare attenzione alla medicina di genere. In tutti gli ambiti di ricerca devono essere considerati gli aspetti clinici, infermieristici e assistenziali rilevanti per i pazienti e, se coerente con gli obiettivi della ricerca, devono essere utilizzati indicatori per la valutazione dei risultati (endpoints) che tengano conto degli aspetti di qualità di vita e del rapporto benefici / costi diretti per il SSN e indiretti per i pazienti e le loro famiglie

Il Ministero della ricerca attiva un piano di semplificazione e razionalizzazione dei processi amministrativi e autorizzativi della ricerca, affinché risultino coerenti e paragonabili a quelli dei principali paesi europei.

17. Investimenti nel sistema Life Sciences

Il Ministero della Salute insieme alla Conferenza Stato-Regioni, d'intesa con il Ministero delle Imprese e del Made in Italy, con il Ministero dell'Economia e delle Finanze e il Ministero dell'Università e della Ricerca (MUR) definisce con un piano quinquennale le priorità per la ricerca e lo sviluppo di innovazione tecnologica nel settore delle *Life Sciences*. Il piano viene predisposto con il metodo della co-programmazione interministeriale e tramite il coinvolgimento delle associazioni di tutti i soggetti maggiormente rappresentativi a livello nazionale della filiera delle *Life Sciences.* Il piano prevede la ricomposizione degli investimenti pubblici provenienti da diversi Ministeri o programmi di finanziamento per l'integrazione delle politiche di sviluppo industriale, di ricerca con quelle sanitarie, modalità di *Public-Private Partnership*, investimenti privati attivabili con una fiscalità agevolata o altri strumenti di incentivazione. La collaborazione inter-ministeriale può programmare anche spese e investimenti incrementali selettivi da parte del SSN a fini di sviluppo industriale, ricomposte a risorse delle politiche industriali, di ricerca e sviluppo. Gli investimenti pubblici devono essere finalizzati alla realizzazione e razionalizzazione delle infrastrutture nazionali abilitanti (es. piattaforme digitali, raccolta di dati di popolazione nel rispetto delle normative sulla privacy e tutela dei dati sensibili) in grado di attivare processi innovativi finalizzati a specifici obiettivi di salute. Il piano deve prevedere la concentrazione e gestione unitaria di investimenti diversi che concorrono ad uno stesso obiettivo di salute e la semplificazione delle procedure per ridurre i tempi di realizzazione. Le agevolazioni e le incentivazioni degli investimenti privati con finalità commerciali che utilizzano le infrastrutture pubbliche devono evidenziare il ritorno sociale sul piano della salute individuale e di comunità (*population health*).

Gli investimenti ad elevato impatto in termini di efficacia, rischio clinico, modello assistenziale e organizzativo devono essere scelti sulla base di processi di Health Technology Assessment (HTA), secondo criteri di priorità coerenti con le risorse pubbliche e private attivabili. Le valutazioni di HTA devono essere realizzate per valutare gli effettivi benefici e costi prodotti dagli investimenti. A tal fine sono utilizzati i dati epidemiologici e clinici generati da sperimentazioni multicentriche, quale base conoscitiva per le decisioni basate sul valore per i pazienti.

L'introduzione delle innovazioni è realizzata tramite percorsi strutturati di accompagnamento al cambiamento organizzativo, che includano il supporto alla riprogettazione dei servizi, la formazione del personale a diversi livelli e la revisione e la semplificazione dei processi.

18. Programmazione dei professionisti

Il Ministero della Salute, sentito il parere obbligatorio della Conferenza delle Regioni e degli ordini professionali, definisce il fabbisogno di professionisti sulla base dei trend di popolazione, epidemiologici, delle conoscenze, dei modelli organizzativi, delle risorse disponibili nel SSN e nel settore della sanità privata. Il piano deve essere coordinato con il piano delle professioni assistenziali, necessario per l'integrazione socio-sanitaria. Le

previsioni devono comprendere i fabbisogni di personale delle Aziende pubbliche, del privato accreditato, privato autorizzato, delle strutture o dei servizi pubblici o privati di assistenza per persone non-autosufficienti. A tal fine sono coinvolte le associazioni maggiormente rappresentative a livello nazionale delle strutture pubbliche e private di riferimento.

Il piano costituisce la base per concertare con il MUR la programmazione degli accessi universitari alla facoltà mediche e delle professioni sanitarie. Il piano orienta inoltre il superamento dell'attuale frammentazione delle specializzazioni mediche e delle professioni sanitarie e per concordare con il MUR la revisione dei curricula delle lauree a ciclo unico, scuole di specializzazione e delle professioni sanitarie secondo i principi di flessibilità, formazione interdisciplinare, apertura a nuovi profili di conoscenze e competenze, coerenti con l'innovazione scientifica e tecnologica e con i cambiamenti sociali.

Al fine di garantire l'equa distribuzione degli specializzandi sul territorio, le scuole di specializzazione devono essere integrate nella rete dei presidi ospedalieri e dei servizi territoriali dell'intera Regione di riferimento.

La formazione continua dei professionisti della salute e del personale tecnico-amministrativo del sistema dei servizi della salute viene realizzata sulla base della programmazione nazionale e regionale che tiene conto dell'evoluzione dei bisogni, delle conoscenze, dei profili professionali, di ruolo organizzativo e di competenze con particolare attenzione a quelle relazionali, manageriali, digitali, di comunicazione e di lavoro in équipe.

Il SSN valorizza l'apporto delle professioni non sanitarie e non ordinistiche che, sulla base di specifiche e validate conoscenze e competenze, possono dare un contributo nello svolgimento di attività utili per il recupero, mantenimento e promozione della salute.

19. Il personale delle Aziende sanitarie

Sulla base del piano triennale regionale e della strategia di sviluppo dei servizi, di digitalizzazione e riorganizzazione, le Aziende sanitarie definiscono il piano triennale dei fabbisogni di personale e il piano di formazione. Nel rispetto di quanto previsto dalla contrattazione nazionale e regionale, sentite le rappresentanze sindacali, le Aziende definiscono l'assegnazione del personale alle diverse strutture e servizi ospedalieri, cure intermedie, assistenza di prossimità e prevenzione e i criteri per la mobilità interna resa necessaria dall'evoluzione dei bisogni e della riorganizzazione dei processi di offerta. La logica organizzativa di riferimento nell'assegnazione delle persone è quella di messa in rete delle competenze professionali per disciplina a livello di Aziende o a livello di area vasta, secondo accordi inter-aziendali. I professionisti di una disciplina possono essere considerati un team aziendale unico, con una pluralità di direttori di UO di riferimento, lavorando su un numero ampio di setting, geografie e canali erogativi.

Il personale dipendente o contrattualizzato viene inquadrato tenendo conto dei diritti e degli obblighi previsti dallo specifico rapporto di lavoro e delle esigenze di garantire la qualità, l'efficacia, l'efficienza e l'economicità dell'Azienda. Per consentire la flessibilità e l'attrattività per profili professionali innovativi, emergenti e particolarmente critici rispetto alla strategia aziendale è riconosciuta alle Aziende la possibilità di assumere con contratti atipici (pubblici con incentivi aggiuntivi, privati o libero professionali) nei limiti massimi del 5% del fabbisogno di personale previsto dal piano. La retribuzione può essere superiore al contratto SSN fino al 30%, con un budget massimo aziendale previsto per lo scopo concertato con la Regione, disciplinato anche considerando i diversi livelli di autonomia regionali raggiunti.

20. Direzione strategica

I direttori generali del SSN fanno parte di un corpo manageriale nazionale del SSN e sono liberamente scelti dalle Regioni nell'ambito degli iscritti ad un albo nazionale.

L'iscrizione all'albo nazionale delle direzioni generali viene decisa da una commissione composta da cinque esperti nazionali, di cui uno nominato dal Ministero della Salute, uno dalla Conferenza delle Regioni e tre di comune accordo, sulla base dei seguenti criteri:

- possesso di un titolo di alta formazione post-laurea, master o equipollenti in ambito di management, gestione, organizzazione e processi di valutazione delle performance conseguiti in istituzioni italiane o estere riconosciute da sistemi di accreditamento, qualificazione e certificazione a livello nazionale e internazionale;
- analisi dei curriculum vitae e sua valutazione correlando età e percorso professionale;
- esperienza manageriale rilevante di almeno 5 anni in posizioni dirigenziali in enti pubblici o privati;
- documentazione di risultati positivi ottenuti e/o di obiettivi raggiunti nelle precedenti esperienze;
- prove di verifica finalizzate a mettere in evidenza le capacità analitiche, di comunicazione, di gestione di gruppi, di leadership, di gestione del cambiamento e le capacità decisionali in contesti complessi e la propensione all'innovazione.

La retribuzione dei direttori generali è allineata con quella dei dirigenti apicali dello Stato ed è composta da una quota fissa pari al 70%, 15% variabile in funzione del raggiungimento degli obiettivi e 15% variabile in funzione della complessità dell'Azienda.

Per i DG che operano fuori sede in un'altra Regione è previsto un rimborso forfettario aggiuntivo per le spese di vitto e alloggio fino a un massimo del 20% della quota fissa. Il Ministero della Salute sentita la Conferenza Stato-Regioni definisce incentivi economici e non economici aggiuntivi idonei a promuovere la mobilità interregionale dei DG in particolare nei contesti più deboli sul piano delle competenze manageriali.

Nell'ambito del modello istituzionale e organizzativo prescelto e in relazione alle dimensioni e complessità delle Aziende, le Regioni possono prevedere le figure di direttore amministrativo, Direttore Sanitario, Direttore Socio-Sanitario, Direttori Scientifici, Operativi e Direttori dell'Innovazione e delle Tecnologie. Essi fanno parte della direzione strategica insieme al Direttore Generale, svolgendo una funzione di coordinamento generale che integra gli aspetti clinici, assistenziali, amministrativi, tecnici.

La retribuzione di queste figure è definita dalle Regioni con un tetto massimo pari al 80% della retribuzione fissa del Direttore Generale, con una retribuzione variabile pari al 15% in funzione della complessità dell'Azienda e pari al 15% in funzione del raggiungimento degli obiettivi. Analogamente si aggiunge un contributo forfettario per un massimo del 20% per direttori fuori Regione.

Per le altre forme possibili giuridiche scelte dalle singole Regioni (Fondazione, Impresa pubblica, Società di capitale) esse disciplinano per le rispettive figure di vertice le retribuzioni fisse, variabili e possibili rimborsi di spesa, in analogia a quanto previsto per le Aziende sanitarie.

21. Funzione imprenditoriale delle Aziende per la libera attività professionale intramuraria

Nell'ambito di criteri definiti a livello statale e regionale, le Aziende sanitarie inseriscono l'attività a pagamento nell'ambito della programmazione, ponendosi come imprenditore proattivo nel sistema della sanità privata, cercando di diventare l'erogatore di riferimento sia per gli utenti e la loro spesa diretta, sia per i fondi di intermediazione della spesa, ponendosi i seguenti obiettivi:

- garantire prezzi calmierati coerenti ai costi di produzione con una contenuta marginalità a favore dell'erogatore;
- contribuire a ridurre l'iniquità tramite un'azione di orientamento al paziente per una scelta consapevole dei servizi a maggiore valore in termini di salute;
- contribuire a contrastare il fenomeno del consumismo sanitario tramite un'offerta di prestazioni appropriate, efficaci, secondo standard scientifici ed etici, in modo da stimolare gli erogatori privati a rispettare gli stessi criteri di rigore *evidence based*;
- offrire servizi a pagamento integrati e complementari con quelli del SSN per garantire una fruizione ricomposta ai pazienti e ai loro care giver.

Sulla base delle analisi del rapporto domanda/offerta e delle priorità assistenziali, le Aziende del SSN, nel quadro della programmazione nazionale e regionale, identificano le discipline, i setting erogativi e le caratteristiche dei servizi da privilegiare, i professionisti da coinvolgere, i prezzi, gli incentivi da distribuire al personale. Gli introiti dell'area della solvenza potranno essere utilizzati dalle Aziende per acquisire nuove tecnologie, infrastrutture o assumere personale in aggiunta agli standard del SSN, da dedicare all'attività istituzionale e all'attività a pagamento, all'interno dell'orario concordato.

Le Aziende del SSN privilegiano nella propria offerta di solvenza:

- servizi e target che di norma risultano esclusi dai LEA o per i quali si registrano tassi di copertura modesti da parte del SSN;
- la libera scelta del medico o dell'équipe in regime ambulatoriale o di ricovero;
- standard alberghieri superiori durante i ricoveri;
- servizi complementari che consentono una risposta integrata ai pazienti e ai care giver.

Nell'ambito dei criteri e degli indirizzi definiti a livello nazionale e regionale, le Aziende definiscono rapporti contrattuali con i fondi sanitari integrativi solidaristici, di territorio, di categoria professionale, di impresa o gruppo di imprese, con modalità coerenti con le loro finalità di tutela della salute e redistributive.

FIRMATARI

Adinolfi Paola, Professoressa Ordinaria Dipartimento di Scienze Aziendali - Management & Innovation Systems dell'Università degli Studi di Salerno e Direttrice CIRPA

Anessi Pessina Eugenio, Professore Ordinario Dipartimento di Scienze dell'Economia e della Gestione Aziendale dell'Università Cattolica del Sacro Cuore

Barresi Gustavo, Professore Ordinario Dipartimento di Economia dell'Università degli Studi di Messina

Benvenuto Marco, Professore Associato Dipartimento di Scienze dell'Economia dell'Università del Salento

Borgonovi Elio, Professore Emerito Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali dell'Università Bocconi, fondatore e Presidente CERGAS – SDA Bocconi

Botti Antonio, Professore Ordinario Dipartimento di Scienze Aziendali - Management & Innovation Systems dell'Università degli Studi di Salerno

Brignoli Ovidio, Medico di Medicina Generale e Presidente della Fondazione SIMG

Campostrini Stefano, Professore Ordinario Dipartimento di Economia dell'Università Ca' Foscari Venezia

Cepiku Denita, Professoressa Ordinaria Dipartimento di Management e Diritto dell'Università degli Studi di Roma Tor Vergata

Costa Giuseppe, Professore Emerito Dipartimento di Scienze Cliniche e Biologiche dell'Università di Torino

D'Angela Daniela, Docente Università degli Studi di Roma Tor Vergata e Responsabile Ricerca e area HTA, Dispositivi medici e PDTA di C.R.E.A. Sanità

Derrico Pietro, Fondatore e Amministratore Unico ConsulHTA Srl

Draghici Tudor, Direttore UOC Direzione Medica di Presidio ASST Pini CTO

Frittelli Tiziana, Commissario straordinario GOM Reggio Calabria

Giordano Filippo, Professore Ordinario di Economia Aziendale dell'Università LUMSA di Roma

Gonzato Ornella, Fondatrice e Presidente della Fondazione Paola Gonzato ETS

Gori Cristiano, Professore Ordinario Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale dell'Università di Trento

Landi Stefano, Professore Associato Dipartimento di Economia Aziendale dell'Università degli Studi di Verona

Longo Francesco, Professore Associato Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali dell'Università Bocconi e Direttore dell'Osservatorio OASI del CERGAS - SDA Bocconi

Maino Franca, Professoressa Associata Dipartimento di Scienze Sociali e Politiche dell'Università degli Studi di Milano e Direttrice Scientifica di Percorsi di Secondo Welfare

Marsilio Marta, Professoressa Ordinaria Dipartimento di Scienze Biomediche e Cliniche dell'Università degli Studi di Milano

Marzulli Michele, Professore Associato Dipartimento di Economia dell'Università Ca' Foscari Venezia

Masella Cristina, Professoressa Ordinaria Dipartimento Ingegneria Gestionale Politecnico di Milano, Responsabile Scientifico Osservatorio Sanità Digitale

Mauro Marianna, Professoressa Ordinaria Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica dell'Università di Catanzaro Magna Graecia

Monchiero Giovanni, già Direttore Generale Ospedale Molinette e Presidente FIASO

Montefiori Marcello, Professore Ordinario Dipartimento di Economia dell'Università di Genova

Noto Guido, Professore Ordinario Dipartimento di Economia dell'Università degli Studi di Messina

Nuti Sabina, Professoressa Ordinaria di Economia e Gestione delle Imprese del Centro Interdisciplinare Health Science, fondatrice del Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa

Petralia Paolo, Direttore Generale dell'AOUI di Verona

Pignataro Giacomo, Professore Ordinario Dipartimento di Economia e Impresa dell'Università di Catania

Polistena Barbara, Docente Università degli Studi di Roma Tor Vergata e Responsabile di Ricerca C.R.E.A. Sanità

Reina Rocco, Professore Ordinario Dipartimento di Giurisprudenza, Economia e Sociologia - Università degli Studi Magna Græcia di Catanzaro

Ricciardi Walter, Professore Ordinario Dipartimento Scienze della Vita e Sanità Pubblica dell'Università Cattolica del Sacro Cuore

Romiti Anna, Ricercatrice Dipartimento di Scienze per l'Economia e l'Impresa dell'Università degli Studi di Firenze

Schiavone Francesco, Professore Ordinario Dipartimento di Studi Aziendali e Quantitativi dell'Università degli Studi di Napoli Parthenope

Spandonaro Federico, Professore Aggregato Dipartimento di Economia e Finanza dell'Università degli Studi di Roma Tor Vergata e Presidente del Comitato Scientifico di C.R.E.A. Sanità

Vagnoni Emidia, Professoressa Ordinaria di Economia Aziendale e Direttrice del Centro di Ricerca Economia Sanitaria, Università degli Studi di Ferrara

Vainieri Milena, Professoressa Ordinaria in Management e Direttrice del Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa

Venturini Alessandra, Professoressa Ordinaria Dipartimento di Culture, Politica e Società dell'Università degli Studi di Torino

Fondazione Giovanni Lorenzini Medical Foundation

Fondazione Paola Gonzato ETS