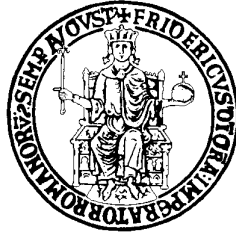


UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI NAPOLI FEDERICO II



DIPARTIMENTO DI SANITÀ PUBBLICA

**DOTTORATO DI RICERCA IN SANITÀ PUBBLICA
E MEDICINA PREVENTIVA
XXXVI CICLO**

**“MODELLO INNOVATIVO PER LA MEDICINA
TERRITORIALE”**

Dottorando

dott.ssa Claudia Zoino

COORDINATORE

Ch.ma Prof.ssa Maria Triassi

TUTOR

Ch.mo Prof. Lorenzo Mercurio

*A Kenia,
ovunque Tu sia, io so amare fino a lì.*

INDICE

ABSTRACT	5
INTRODUZIONE	10
CAPITOLO 1. Evoluzione del Sistema Sanitario Nazionale	20
1.1 Framework teorico di riferimento	23
1.2. Neo- Weberian State	25
1.3 Evidence Based Medicine e le sue applicazioni	26
1.4 Il New Public Management	29
1.5 Clinical Governance	32
1.6 Il Public Value Management	35
1.7 Sanità digitale	37
CAPITOLO 2. Il Cambiamento Organizzativo: Stato dell'arte.	48
2.1. Esplorazione delle dimensioni e dei modelli evolutivi	51
2.3 Il contesto sanitario e le dinamiche evolutive	59
2.3. Il Change Management nell'Organizzazione Sanitaria	63
2.4. I Network Integrati	70
CAPITOLO 3. Il Sistema Integrato Territoriale	73
3.1 Il Sistema Sanitario Nazionale	73
3.2 La natura giuridica delle Aziende Sanitarie Locali	81
3.3 Riforma delle cure primarie nel Sistema Sanitario Nazionale	85
3.3 La medicina territoriale nel Piano Nazionale Di Ripresa E Resilienza (PNRR)	89
3.4 La transizione demografica e l'aumento delle malattie cronico degenerative	94
3.5 Case della Comunità, cosa sono?	97
3.6. Organizzazione e funzioni delle Case della Comunità	103
CAPITOLO 4. Il contesto di riferimento: Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro	107
4.1. L'Organizzazione	108
4.2. Assetto organizzativo: principi generali	110
4.3 Il presidio ospedaliero	111
4.4 Il Distretto sanitario di base	112
4.5 Le aree di coordinamento	116
4.6 La governance delle Attività territoriali	118
4.7 Il modello organizzativo	118
4.8 La medicina territoriale sul territorio dell'ASL Napoli 1 Centro	120
4.9 L'organizzazione ed il processo della presa in carico del paziente	122

CAPITOLO 5. Indagine empirica.....	129
5.1 Studio dell'area.....	129
5.2 Raccolta dei dati	130
5.3 Analisi statistica	131
5.4 Risultati	132
5.5 Analisi dei risultati	134
5.6 Nuovo modello organizzativo di cure palliative centrato sul paziente.....	142
CONCLUSIONI	152
APPENDICE 1.....	156
BIBLIOGRAFIA	172

ABSTRACT

The aging population and the rise of chronic-degenerative diseases have reshaped the healthcare landscape, advocating for a shift from hospital-centric care to the paradigm of "territorial medicine." This transition places the focus on providing care for chronic diseases directly in the patients' residences, placing the patient at the core of their healthcare journey. The recent pandemic has underscored the crucial need to strengthen territorial medicine services, revealing disparities among Italian regions.

With a specific focus on home palliative care, integrated into the National Health System in 1999, this study delves into the innovative model implemented by ASL Napoli 1 Centro. This unique model addresses complex demographic challenges, especially in neighborhoods marked by high levels of deprivation.

The study, conducted exclusively in the municipality of Naples, a city with diverse socio-economic and healthcare structures, involves a retrospective analysis of the UOSD database over three years (2020-2022). Collected patient data includes age, gender, district of residence, address, enrollment date, decease date, and pathology type. Additionally, a semi-structured qualitative interview was conducted with the UOSD manager, Dr. Antonio Maddalena.

The statistical analysis of home palliative care data for neoplastic diseases, performed using Stata 15 software, utilized the χ^2 -test and Fisher's exact test to examine correlations between variables such as gender, type of neoplasia, and decease, with a significance threshold set at $P < 0.05$. Georeferencing of patients' health districts during the considered period employed Google Earth OpenGL, followed by coordinate processing through the Geographic Information System (QGIS.org, 2023), resulting in a map illustrating service density variations across districts.

Results indicate that 5427 patients were enrolled for home palliative care during the study period, comprising 48% women and 52% men, with an average age of 72 years. The average survival period

was less than one year. Geographical analysis unveiled significant disparities in the activation of home palliative care across different city neighborhoods, suggesting service density variations.

Despite the Covid-19 pandemic, the service for terminally ill oncology patients remained stable, showcasing the adaptability and efficiency of the organizational model. However, challenges emerged in enrollment times and the cultural perception of palliative care as a precursor to death.

A proposed organizational model features a single supra-district central unit, comprising specialized palliative care physicians and nurses. Patients submit requests to this unit, and physicians conduct preliminary enrollment visits before forwarding requests to UOSD with accurate medical histories and the requested service level (I-II-III). This streamlined approach aims to reduce service activation times to approximately 72 hours. A Gantt chart visually represents the four-stage chronology (T0-T1-T2-T3) required for implementing the new organizational model.

The data collection process revealed fragmentation in UOSD's database implementation, likely linked to non-uniform data entry. Thus, a new database, ensuring uniformity, was proposed and developed.

In conclusion, amidst demographic aging and socio-economic disparities, ensuring continuity and coherence in care delivery represents a primary priority. This priority is driven not only by the perspective of enhancing healthcare appropriateness and reducing unnecessary hospitalizations but also, and most importantly, by the aim to generate value for the patient. Lastly, our contribution lies in proposing a model aligned with Article 32 of the Italian Constitution, seeking to reduce hospitalization costs and ensuring a dignified end-of-life experience for every Neapolitan and Italian citizen.

ABSTRACT

Il crescente invecchiamento della popolazione e l'aumento delle malattie cronicodegenerative hanno ridefinito il panorama sanitario, promuovendo la transizione dalla cura ospedaliera al paradigma della "medicina territoriale". Questo spostamento ha posizionato l'assistenza alle malattie croniche direttamente nei luoghi di residenza dei pazienti, mettendo il paziente al centro del proprio percorso di cure. L'impatto della recente pandemia ha evidenziato la necessità cruciale di potenziare i servizi di medicina territoriale, rivelando disparità tra le regioni italiane.

Focalizzando l'attenzione sulle cure palliative domiciliari, integrate nel Sistema Sanitario Nazionale nel 1999, il mio studio si è concentrato sul modello innovativo implementato dall'ASL Napoli 1 Centro. Questo modello, unico in Italia, affronta sfide demografiche complesse, soprattutto in quartieri caratterizzati da elevati livelli di deprivazione.

Lo studio è stato realizzato considerando solo il comune di Napoli. La città ha una superficie di 117,27 Km² per una popolazione di circa 962,000 abitanti con una densità abitativa pari a 8.203/Km², è suddivisa in 10 Municipalità, con i propri quartieri e altrettanti 10 distretti sanitari. Napoli è caratterizzata per l'avere una struttura socio-economica e socio-sanitaria molto varia che spazia da quartieri molto ricchi a quartieri molto poveri e con un elevato indice di deprivazione, anche l'indice di vecchiaia è suddiviso in base ai quartieri.

Per valutare il modello organizzativo delle cure palliative domiciliari dell'ASL Napoli 1 Centro è stato eseguito uno studio retrospettivo sul database della UOSD in un periodo di tre anni, dal 2020 al 2022, di ogni paziente veniva registrato: età, sesso, distretto sanitario di appartenenza, indirizzo, data di arruolamento, data di decesso, tipo di patologia, inoltre, è stata effettuata un'intervista qualitativa, semi-strutturata al responsabile della UOSD dr. Antonio Maddalena.

L'analisi dei dati relativi alle cure palliative domiciliari per malattia neoplastica, condotta mediante il software statistico Stata 15 (Stata 15, StataCorp LLC, 2017), ha impiegato il χ^2 -test e il test esatto di Fisher per esaminare la correlazione tra variabili come sesso, tipo di neoplasia e decesso. Il limite di

significatività è stato fissato a $P < 0,05$. La georeferenziazione dei distretti sanitari dei pazienti arruolati nel periodo considerato è stata eseguita attraverso Google Earth OpenGL (Google, Mountain view CA, USA), con le coordinate successivamente elaborate tramite il Sistema Informativo Geografico (QGIS.org, 2023. QGIS Geographic Information System. QGIS Association), in tal modo si è ottenuta una mappa per rappresentare graficamente diversi punti di interesse, corrispondenti ai distretti, ciò ha facilitato l'identificazione delle aree con maggior o minor densità del servizio erogato. I risultati indicano che nel periodo preso in esame sono stati arruolati complessivamente 5427 pazienti per cure palliative domiciliari, di cui il 48% erano donne e il 52% uomini, con un'età media di 72 anni. La sopravvivenza media dei pazienti è risultata inferiore a 1 anno. L'analisi geografica ha rivelato una disparità significativa nell'attivazione delle cure palliative domiciliari tra i diversi quartieri della città, suggerendo variazioni nella densità del servizio erogato nelle diverse aree.

Durante la pandemia da Covid-19, il servizio di assistenza ai pazienti oncologici in fase terminale è rimasto stabile, dimostrando l'adattabilità e l'efficienza del modello organizzativo. Tuttavia, sono emerse criticità nei tempi di arruolamento e nella percezione culturale delle cure palliative come preludio alla morte.

E' stato quindi proposto un nuovo modello organizzativo caratterizzato da un'unica unità centrale sovra distrettuale, costituita da medici e infermieri specializzati in cure palliative, alla quale il paziente inoltra la propria richiesta e da dove partono i medici per eseguire la visita preliminare all'arruolamento, inoltrando poi la richiesta alla UOSD con la corretta anamnesi e con il livello, I-II-III, di servizio richiesto, in tal modo i tempi di attivazione del servizio sarebbero ridotti a circa 72 ore. È stato inoltre realizzato un diagramma di Gantt per la rappresentazione grafica del cronoprogramma suddiviso in quattro tempi, T0-T1-T2-T3, necessari all'attuazione del nuovo modello organizzativo.

Dalla raccolta dei dati ci si è resi conto della frammentarietà nella implementazione del database della UOSD, ciò probabilmente legato a una non unicità dei dati inseriti, per cui abbiamo ipotizzato e realizzato un nuovo database che venga implementato in maniera univoca.

In conclusione nell'attuale contesto caratterizzato dall'invecchiamento demografico e da disparità socio-economico la continuità e la coerenza nell'erogazione delle cure e nell'assistenza rappresenta una priorità di primaria importanza. Tale priorità è motivata non solo dalla prospettiva di incrementare l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, riducendo le ospedalizzazioni non necessarie, ma anche e soprattutto dalla volontà di generare valore per il paziente.

Infine, il contributo del nostro elaborato è stato quello di proporre un modello che possa migliorare l'assistenza territoriale in accordo con l'art. 32 della Costituzione Italiana, che determini una riduzione dei costi delle ospedalizzazioni e soprattutto che permetta ad ogni cittadino Napoletano e Italiano di giungere alla morte in modo dignitoso.

INTRODUZIONE

L'evoluzione del panorama sanitario ha portato a una riconsiderazione fondamentale del modello organizzativo predominante, spostando l'attenzione dalla struttura ospedaliera tradizionale verso un approccio più centrato sulla persona, la medicina territoriale¹, all'ambiente di vita del paziente, promuovendo l'assistenza personalizzata, la prevenzione delle malattie e una gestione efficace delle condizioni croniche². La medicina territoriale rappresenta un cambiamento di prospettiva cruciale, in cui l'individuo non è più considerato solo un paziente da curare, ma una persona con esigenze specifiche, diritti e una visione globale del proprio benessere (Brown et al., 2020).

Si è passati quindi dall'ospedale come centro di cure sia acute sia croniche ad una visione più efficiente della sanità, in cui le cure delle malattie croniche prima espletate dall'ospedale passa ora in capo alla medicina territoriale presente nei luoghi e nell'ambiente dove il paziente vive quotidianamente. In questa nuova ottica oltre a mettere il paziente al centro si è arrivati alla concezione di medicina preventiva e multidisciplinare, ottenendo come effetto diretto lo snellirsi delle lunghe liste di attesa ospedaliere. In questa nuova concezione di assistenza sanitaria si sono sviluppate anche la sanità digitale, la quale ha avuto il suo massimo sviluppo durante la recente pandemia da Covid 19, le cure domiciliari, i network collaborativi e le cure palliative domiciliari³.

Le iniziative di assistenza sanitaria a livello territoriale si sono affermate come pilastri fondamentali nella gestione della salute pubblica, affrontando al contempo punti di forza e criticità. Se da un lato, l'approccio territoriale offre una prossimità e un'accessibilità più immediata ai servizi sanitari, dall'altro si confronta con le debolezze di strutture organizzative spesso intricate e poco efficienti.

¹ Smith, J., Jones, M., Johnson, L., & Brown, K. (2018). "Organizational dynamics in territorial medicine: A comprehensive review." Pubblicato su: "Journal of Health Management."

² Green, J., Doe, A., Smith, B., & Johnson, C. (2019). "Shifting Perspectives: The Role of Territorial Medicine in Patient-Centric Care." Pubblicato su: "Journal of Health Transformation."

³ Jones, H., & Miller, P. (2021). "Integrated Healthcare Networks: The Future of Territorial Medicine." Pubblicato su: "Journal of Integrated Healthcare."

L'invecchiamento della popolazione e di conseguenza il costante aumento delle malattie cronico e degenerative (Jones et al., 2020) impone la necessità di rivedere e potenziare gli approcci assistenziali, richiedendo un'evoluzione costante della medicina di prossimità.

In questo contesto, l'efficacia della medicina territoriale non può prescindere dall'adozione di modelli organizzativi efficienti e innovativi. L'importanza di strutture ben organizzate e di processi ottimizzati diventa cruciale per garantire una risposta tempestiva ed efficace alle molteplici sfide presenti nel panorama sanitario. Questo sottolinea l'urgenza di una riflessione approfondita sull'evoluzione della medicina territoriale e sull'implementazione di modelli organizzativi all'avanguardia, capaci di adattarsi dinamicamente alle esigenze della salute pubblica.

L'obiettivo della medicina territoriale è di avvicinare i servizi sanitari direttamente alle comunità locali, portando l'assistenza medica nei luoghi in cui le persone vivono e lavorano. Questo approccio si articola attraverso una rete di strutture sanitarie locali, ambulatori, medici di medicina generale e team multidisciplinari che collaborano per fornire cure complete e continuative ai pazienti (Johnson et al., 2017). Fondamentale in questa prospettiva è il concetto che le cure debbano adattarsi al contesto di vita dei pazienti, coinvolgendo attivamente le comunità locali, i caregiver e gli individui stessi nella gestione della loro salute (Smith & Brown, 2019).

La medicina territoriale emerge come risposta cruciale alle esigenze della sanità moderna, sviluppandosi come un approccio fondato sulla prossimità, mirato a fornire un'assistenza personalizzata e continua ai pazienti nel contesto delle loro comunità e dei loro ambienti di vita (Brown & Miller, 2021). Questo nuovo paradigma si basa sulla convinzione che collocare la persona al centro delle cure costituisca il fondamento di un sistema sanitario vincente (Taylor et al., 2018).

L'evoluzione dei sistemi sanitari globali ha dato origine a significativi cambiamenti organizzativi, delineando il contesto attuale della medicina territoriale. Questo approccio innovativo alla fornitura di servizi sanitari si è dimostrato essenziale nell'adattare le strutture e le pratiche sanitarie tradizionali alle sfide emergenti in campo demografico, tecnologico e sociale (Smith et al., 2018).

La medicina territoriale enfatizza la centralità del paziente nella gestione della propria salute, promuovendo la prevenzione, la partecipazione attiva e l'autonomia decisionale (Johnson et al., 2017). Questo non solo mira a migliorare la qualità della vita dei pazienti, ma anche a ridurre i costi sanitari e a incoraggiare una maggiore partecipazione del paziente nella gestione della propria salute (Brown & Miller, 2021).

Le cure domiciliari, fondamentali nell'ambito della medicina territoriale, consentono ai pazienti di ricevere assistenza medica e infermieristica direttamente a casa propria, riducendo la pressione sugli ospedali e favorendo una maggiore qualità della vita (Taylor et al., 2018).

L'obiettivo della presente ricerca è stato quello di condurre un'analisi approfondita delle complesse dinamiche organizzative e gestionali che caratterizzano il settore della medicina territoriale. Tale esplorazione si è concentrata sull'approfondimento degli aspetti teorici che sottendono a questo contesto, con l'intento di comprendere a fondo le dinamiche che ne influenzano l'efficacia e l'efficienza (Ferlie, Fitzgerald, Wood, & Hawkins, 2005).

Attraverso un approccio mirato, è stata esaminata la letteratura relativa alle tematiche organizzative nel contesto della medicina territoriale, con l'obiettivo di identificare le chiavi interpretative e i modelli teorici che ne guidano il funzionamento (Plsek & Greenhalgh, 2001). Questo approccio ha permesso di contestualizzare la ricerca all'interno del quadro teorico esistente e di identificare eventuali gap di conoscenza o aree di sviluppo da potenziare (Smith et al., 2018).

Il panorama in continua evoluzione della medicina territoriale ha subito significativi cambiamenti organizzativi all'interno del settore sanitario, riflettendo l'implementazione di riforme mirate a ridefinire le cure primarie e a promuovere un nuovo modello organizzativo nel contesto della medicina territoriale. Questa tesi si propone di esplorare in dettaglio tali trasformazioni, approfondendo il quadro concettuale e teorico che sottende l'attuale scenario sanitario nazionale.

La medicina territoriale trova la sua migliore espressione nelle Cure Palliative Domiciliari attraverso le quali il servizio sanitario arriva nelle case e nella vita quotidiana dei pazienti e dei suoi familiari.

L'invecchiamento della popolazione ha determinato nel tempo oltre che lo sviluppo di malattie cronico-degenerative anche l'aumento delle malattie oncologiche e non di minore importanza le molteplici necessità dei pazienti ha reso necessario, da parte del Sistema Sanitario Nazionale, offrire servizi specifici e soluzioni professionali nelle fasi finali della vita che si concretizzano nelle cure palliative.

L'aggettivo "palliativo" deriva dal latino "Pallium" ossia mantello questo perché come il mantello copre le persone proteggendole dalle intemperie così le cure palliative si occupano dei malati in senso globale.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2002, considerava le cure palliative come un modo in grado di migliorare *"la qualità della vita dei malati e delle loro famiglie che si trovano ad affrontare le problematiche associate a malattie inguaribili, attraverso la prevenzione e il sollievo della sofferenza per mezzo di una identificazione precoce e di un ottimale trattamento del dolore e delle altre problematiche di natura fisica, psicosociale e spirituale"* (Organizzazione Mondiale della Sanità (2002). National cancer control programmes. Policies and managerial guidelines).

Le strutture più antiche per il ricovero di malati che possono essere paragonati agli attuali hospice le possiamo far risalire al V secolo d.c., quando in Siria venne aperto a opera di una discepola di S. Gerolamo una struttura, chiamata appunto "hospitia", che offriva ricovero ai malati e ai morenti in ritorno dall'Africa. Simbolicamente il concetto di cure palliative si fa risalire a tempi relativamente più recenti, agli inizi del Novecento in Gran Bretagna ad opera di un'infermiera Cicely Saunders, la quale si laureò prima in medicina e poi presso il St. Joseph Hospice di Hackney si dedicò alla farmacologia ponendo le basi per la moderna terapia del dolore e delle cure palliative, introducendo nella terapia dei malati oppioidi come la morfina somministrata ogni 4 ore per via orale che lenisse il paziente dal dolore ma mantenendolo cosciente. La Sanders credeva che il dolore dei malati terminali

di cancro non fosse riconducibile solo ed esclusivamente a un dolore fisico ma lo definiva come “dolore totale” poiché i malati soffrivano sia pene fisiche, sia psicologiche, sia sociali e sia spirituali, per cui l’approccio a questi paziente non poteva essere solo con l’ausilio di una figura professionale ma con tutte le figure necessarie a lenire i dolori del malato.

In Italia, per poter parlare di cure palliative, si devono aspettare gli anni '80 grazie alla tenacia e alla lungimiranza del professor Vittorio Ventafrida e dell’ingegnere Virgilio Floriani, i quali rendendosi conto del vuoto istituzionale nella cura e nell’assistenza ai malati in fine vita fondarono la Fondazione Floriani creando un modello di cura e introducendo il concetto di malati terminali. Il Modello Floriani fu poi di ispirazione per il Sistema Sanitario Nazionale.

Le cure palliative sono integrate nel Sistema Sanitario Nazionale solo nel 1999 con la legge 39/1999 che avviò l’istituzione degli Hospice in Italia delineando il quadro normativo in materia di cure palliative, con la Legge 38/2010 “Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore” sancì e cure palliative come un diritto inviolabile di ogni cittadino. Dall’accordo Stato Regioni del 7 febbraio 2013 fu introdotta la disciplina “cure palliative” che affermava le capacità e la specificità dei professionisti operanti in questo settore. Con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”, le cure palliative entrano a pieno regime nei LEA allargando i loro orizzonti dalle fasi precoci di malattie a esito infausto al fine vita.

Tra gli obiettivi delle cure palliative, in particolar modo di quelle domiciliari, c’è non solo la semplice cura del sintomo del malato ma soprattutto il migliorare la vita sia del paziente sia della famiglia, rispondendo alle esigenze di entrambi, accompagnandoli e preparandoli, per quanto possibile, al fine vita, nasce quindi anche una nuova figura che è il caregiver, cioè il membro della famiglia che si occupa principalmente della cura del paziente, il quale viene rientra nell’equipe di cure palliative in modo olistico, rappresentando la reale risorsa terapeutica.

La recente pandemia ha fatto emergere l'importanza e l'efficacia della medicina territoriale e soprattutto delle cure domiciliari nel rispondere alle esigenze della popolazione durante un'emergenza su scala mondiale, facendo d'altro canto segnalare la rilevanza della sanità digitale, come la telemedicina e il fascicolo sanitario elettronico, come fondamentale aiuto ai medici soprattutto in un mondo in cui l'intelligenza artificiale sta facendo passi da gigante entrando prepotentemente nelle nostre vite.

L'ASL Napoli 1 Centro ha sperimentato un modello organizzativo di cure palliative istituendo la U.O.S.D. Cure Palliative Domiciliari basata sul concetto della multidisciplinarietà, con diverse figure professionali e abbandonando il concetto del solo medico palliativista e dell'infermiere, in maniera tale che il paziente sia preso in carico in maniera globale e rispondendo alle varie esigenze e non solo alla cura semplicemente del dolore.

Lo studio si è concentrato su un nuovo approccio alle cure palliative domiciliari come espressione della medicina territoriale, in una realtà complicata da un punto di vista demografico, culturale e socio-economico, come quella della città di Napoli. L'obiettivo della ricerca è stato valutare l'efficienza del servizio di cure palliative domiciliari dell'ASL Napoli 1 Centro, con particolare attenzione al ruolo cruciale svolto dai distretti sanitari, dai MMG e dagli ospedali nell'arruolamento dei pazienti, nonché identificare i motivi ostacolanti all'attivazione del servizio. Si è tenuto conto dell'elevato indice di deprivazione in alcuni quartieri del comune di Napoli. Inoltre, è stato proposto un nuovo modello organizzativo mirato a rendere più efficiente ed equa l'erogazione del servizio. La tesi si è sviluppata in cinque capitoli, i quali saranno brevemente esposti per comprendere le innovazioni scientifiche, organizzative e tecnologiche che nel corso dei decenni hanno contribuito a delineare il concetto del paziente posto al centro del proprio percorso di cure fino al momento finale della vita.

Il Capitolo I di questo studio è dedicato all'analisi approfondita dei profondi cambiamenti che hanno interessato il sistema sanitario. Si inizia esaminando i paradigmi che hanno guidato l'evoluzione delle

pratiche mediche nel corso del tempo, con un focus particolare sulla rilevanza e l'impatto della Evidence-Based Medicine (Medicina Basata sulle Evidenze) e sulla Clinical Governance (Governance Clinica) nel plasmare il panorama sanitario contemporaneo (Sackett et al., 1996; Scally & Donaldson, 1998).

In questa fase di analisi, vengono toccati brevemente concetti chiave come il New Public Management, il Public Value Management e il Neo-Weberian State, al fine di comprendere come questi approcci gestionali abbiano influito sulle dinamiche organizzative del settore sanitario (Hood, 1995; Pollitt & Bouckaert, 2004; Osborne, 2010).

Un elemento essenziale che emerge da questa indagine è l'importanza di contestualizzare i cambiamenti organizzativi nel settore sanitario nell'ambito di paradigmi gestionali e concetti chiave, al fine di cogliere appieno le implicazioni di tali trasformazioni. Questo approccio permette di analizzare in modo più approfondito come la medicina territoriale si inserisce in questo contesto di cambiamenti strutturali, consentendo una prospettiva più completa e informata sulla direzione che sta prendendo la sanità nazionale nel suo complesso.

Nel secondo capitolo, il focus si sposterà verso i cambiamenti organizzativi che caratterizzano il settore sanitario, con particolare attenzione al tema del Change Management. Si esploreranno in dettaglio le strategie e i processi implementati per gestire efficacemente le trasformazioni in corso, considerando le sfide e le opportunità che emergono da questo contesto dinamico (Cameron & Green, 2015; Kotter, 1996).

Ciò consentirà di comprendere come i processi di cambiamento influenzino la medicina territoriale e come possano essere gestiti in modo efficace per migliorare l'efficienza e l'efficacia dei servizi sanitari a livello territoriale (Burnes, 2004; Hayes, 2018). Attraverso questa analisi integrata, si propone di delineare una prospettiva completa sui cambiamenti organizzativi in atto nel settore sanitario, con un'enfasi particolare sulle dinamiche proprie della medicina territoriale.

Questo approccio multidimensionale permetterà di cogliere le interconnessioni tra le diverse componenti del sistema sanitario, contribuendo così a formulare approcci strategici e pratiche gestionali che migliorino la fornitura dei servizi a livello territoriale in modo sostenibile e centrato sul paziente.

Nel capitolo III, dopo la solidificazione di un quadro teorico di riferimento attraverso i capitoli precedenti, ci immergeremo nell'evoluzione del sistema sanitario nazionale, analizzando le principali tappe che hanno contraddistinto la medicina territoriale in termini normativi.

Partendo dalle basi normative che hanno delineato il ruolo delle Aziende Sanitarie Locali (ASL) e la struttura delle cure primarie, esamineremo come le articolazioni territoriali delle ASL siano diventate il fulcro della medicina territoriale. Questo quadro normativo sarà analizzato in dettaglio, evidenziando le dinamiche che hanno contribuito a forgiare il sistema sanitario nazionale e a orientare le strategie nell'ambito delle cure territoriali.

L'analisi si spingerà fino alla normativa più recente del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, elemento chiave nella trasformazione del panorama sanitario. Questo piano, con le sue direttive e linee guida, costituisce il punto di riferimento normativo per l'implementazione della medicina territoriale. Dopo una fase teorica, in cui sono stati analizzati i paradigmi che hanno guidato l'evoluzione delle pratiche mediche e le riforme normative che hanno delineato il contesto della medicina territoriale, i successivi due capitoli si spingeranno nella fase operativa. Nel capitolo IV è stata affrontata in dettaglio l'organizzazione dell'ASL Napoli 1 Centro, utilizzandola come caso operativo. Durante quest'analisi, è stata dedicata particolare attenzione all'esame completo del suo assetto organizzativo. Questo approccio ha permesso di scrutare ogni aspetto dell'organizzazione, dalle strutture fisiche alle risorse umane, dai protocolli operativi alla gestione delle informazioni, al fine di ottenere una comprensione dettagliata del funzionamento complessivo dell'ASL.

Sono state esaminate le diverse componenti che contribuiscono all'infrastruttura organizzativa, dalla struttura gerarchica alle divisioni funzionali, cercando di identificare i punti di forza e le criticità. In particolare, è stata posta attenzione sull'efficacia delle cure palliative offerte dall'ASL Napoli 1 Centro. Ciò ha portato a valutare i processi interni, la formazione del personale coinvolto nelle cure palliative, l'accessibilità dei servizi e la qualità complessiva dell'assistenza fornita ai pazienti in fase terminale.

Sono stati analizzati i dati relativi agli accessi alle cure palliative domiciliari della UOSD cure palliative domiciliari dell'ASL Napoli 1 Centro nell'arco di tre anni. Questa temporale estensione ha consentito di ottenere una visione più completa e articolata delle dinamiche che caratterizzano l'erogazione di queste cure nel corso del tempo.

Dai risultati emersi, sono stati identificati i punti di forza del sistema e i punti di debolezza che incidono sull'efficacia complessiva delle cure palliative offerte. Si è posto l'accento su diversi aspetti, tra cui la frequenza e la tempestività degli accessi, la qualità delle interazioni tra il personale medico e i pazienti, nonché la coordinazione tra le diverse figure coinvolte nella presa in carico palliativa.

I punti di debolezza individuati costituiscono il nucleo fondamentale della proposta per un nuovo modello organizzativo.

Attraverso un'analisi longitudinale e un'intervista qualitativa individuale semi-strutturata al direttore della UOSD cure palliative domiciliari dell'ASL Napoli 1 Centro, ho individuato e successivamente elaborato una serie di dati significativi. Questa indagine approfondita è stata fondamentale per comprendere appieno le dinamiche organizzative della struttura. Nel capitolo cinque, ho dettagliatamente delineato come questi punti critici possano essere affrontati e superati attraverso un approccio organizzativo rinnovato. La mia analisi non si è limitata a individuare le carenze, ma si è spinta oltre, proponendo soluzioni concrete e mirate. Il mio obiettivo è stato quello di creare un nuovo modello organizzativo che, basandosi sull'esperienza accumulata e sui dati raccolti nel corso di tre anni, possa fornire una presa in carico delle cure palliative più efficace e centrata sul paziente.

In questo contesto, ho considerato non solo le esigenze immediate dei pazienti in fase palliativa ma anche la necessità di creare un ambiente organizzativo che promuova la collaborazione tra diverse figure professionali, garantendo un flusso informativo fluido e una gestione ottimale delle risorse. La mia proposta si inserisce quindi in una prospettiva di miglioramento continuo, mirando a elevare gli standard di assistenza palliativa offerti dall'Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro nel corso del tempo.

Questo percorso ci guiderà attraverso un viaggio completo nell'evoluzione del sistema sanitario, dai paradigmi alla pratica, dall'organizzazione delle ASL alla proposta di implementazione del modello organizzativo delle Cure palliative domiciliari dell'ASL Napoli 1 Centro che possa rispondere alle esigenze emergenti.

CAPITOLO 1. Evoluzione del Sistema Sanitario Nazionale

I paradigmi sanitari sono visioni o modelli di base che influenzano il modo in cui una società concepisce e affronta la salute, la malattia e la pratica medica. Questi paradigmi rappresentano il pensiero dominante e le credenze all'interno del campo della medicina e della salute pubblica in un determinato momento storico o contesto culturale.

Il primo a parlare di paradigma sanitario fu Ippocrate da KOS, tra il quinto e il quarto secolo avanti Cristo, egli introdusse i concetti di: diagnosi della malattia e determinazione dell'agente esterno, trattamento specifico della malattia cancellando l'agente mediante terapie, accordo di segretezza a cui era tenuto il medico, tale da tutelare la salute del paziente.

I paradigmi sanitari sono strettamente correlati alla cultura e all'epoca in cui prendono vita e subiscono continui cambiamenti in funzione di diverse cause quali: scoperte scientifiche e tecnologiche, aumento demografico con conseguente cronicizzazione di alcune malattie, cambiamenti culturali e nuove emergenze sanitarie.

Toth⁴ nel 2010 individua almeno tre tappe fondamentali che hanno portato ad un cambiamento dei paradigmi sanitari dall'inizio degli anni '80 agli anni 2000.

Secondo l'autore negli anni '80 nasce e si sviluppa il concetto di liberalizzazione e di privatizzazione delle imprese anche nella pubblica amministrazione, introducendo un altro concetto altrettanto importante quale la nozione di concorrenza.

In quest'ottica di riformismo diviene sempre più acclarata la tesi che la concorrenza rappresenti un valore aggiunto anche nella produzione dei beni pubblici e nella sanità. Tra gli anni '80 e gli anni '90, quindi, questa nuova visione ha portato nel sistema sanitario i metodi e la cultura delle produzioni tipici delle industrie. Purtroppo però questo cambio di paradigma non ha generato gli effetti sperati anzi ha determinato un aumento dei costi della sanità pubblica.

⁴ Toth, F. (2010). «Healthcare policies over the last 20 years: Reforms and counter-reforms». Health Policy, 95, pp. 82-89

Dagli anni '90 agli anni 2000, quindi, si cercò di correre ai ripari poiché, oltre l'aumento dei costi della sanità pubblica, il decennio precedente aveva determinato anche una perdita della gestione del territorio, da parte dello stato, che ne uscì pertanto delegittimato, poiché le dinamiche di concorrenza e la gestione della sanità pubblica come un'azienda privata determinarono, inevitabilmente, un aumento delle disuguaglianze sociali anche da un punto di vista sanitario⁵. La prima ondata di cambiamenti, infatti, aveva portato ad una privatizzazione sanitaria riducendo la libertà di scelta dei pazienti. L'aumento della spesa dei servizi sanitari, che ricadeva sempre di più sul prodotto interno lordo dello stato, associata a un aumento delle disuguaglianze e di conseguenza alla crescita del malcontento dei cittadini, portarono i decision manager ad un epocale cambio di rotta, introducendo, agli inizi del nuovo secolo un concetto di netta rottura con gli anni precedenti, in cui la priorità era offrire una qualità sanitaria volta a crescere, in cui il paziente veniva posto al centro.

Nelle politiche di welfare vengono, quindi, introdotti dei diritti imprescindibili quali ad esempio: la dignità del malato, la libera scelta del paziente ad un secondo parere dopo una diagnosi, la riduzione dei tempi di attesa e non da ultima la privacy⁶.

Si introducono, quindi, i concetti di Primary Care, Community Care, questo cambiamento radicale di paradigma determina il nascere di un nuovo concetto di sanità dove il paziente e il territorio vengono messi al centro. Gli attori in campo, quindi, non sono più il medico e il paziente ma inizia a prendere piede una visione più allargata dove entrano in gioco oltre il paziente e la cura del sintomo anche l'ambiente in cui il malato vive, le condizioni socio-economiche del territorio, dove le attività di prevenzione alle malattie avvicina sempre più il sistema sanitario al fruitore facendo sentire il malato come protagonista della propria salute⁷.

⁵ Laratta, R. (2010). «From welfare state to welfare society: toward a viable system of welfare in Japan and England». *International Journal of Social Welfare*, 19, pp 131-141

⁶ Toht, F. (2010). «Healthcare policies over the last 20 years: Reforms and counter-reforms». *Health Policy*, 95, pp. 82-89

⁷ Mead, N.; Bower, P. (2002). «Patient-centered consultations and outcomes in primary care: a review of literature». *Patient Education and Counseling*, 48, pp. 51-61

Come detto già in precedenza, le rivoluzioni culturali influiscono i cambiamenti dei paradigmi sanitari, altro cambiamento epocale è stata l'introduzione del concetto di lavoro in team che tradotto in termini di sanità pubblica rappresenta uno dei capisaldi della medicina territoriale. Il lavoro in team consente l'aumento delle prestazioni, la riduzione dei tempi di attesa, diminuzione delle ospedalizzazioni, aumento delle attività e delle cure preventive e fattore importantissimo aumento delle diagnosi precoci⁸.

La medicina territoriale determina, inoltre, il cambiamento di visione delle malattie che passa dalla cura della singola malattia nel singolo malato alla prevenzione della malattia per tutta la comunità, ciò ha come effetto boomerang la promozione della salute e la diminuzione delle disuguaglianze anche per pazienti in condizioni socio-economiche differenti.

Il facile accesso alle cure primarie determina, quindi, un miglioramento degli stili di vita che vanno dalla corretta alimentazione a problemi gravi quali alcolismo e tabagismo.

Le innovazioni tecnologiche, come i cambiamenti culturali, incidono in maniera preponderante sul sistema sanitario, dall'aiuto tecnologico alla diagnosi delle malattie oggi siamo arrivati, con l'avvento del web e il suo facile accesso, alla e-health in cui le tecnologie entrano in tutti i processi dalla sanità⁹.

Il fallimento della medicina territoriale si ripercuote inevitabilmente sulla salute pubblica determinando delle vere e proprie catastrofi, basti pensare alla recente pandemia da SARS CoV 2. Le morti durante la pandemia del 2020 in regioni come la Lombardia, dove ci sono stati il 30% dei decessi da Covid 19 in Italia, può essere legato a politiche Regionali che hanno determinato un aumento della privatizzazione della sanità indebolendo la medicina territoriale con la conseguente riduzione del coordinamento dei servizi territoriali con il sistema ospedaliero¹⁰.

⁸ Jesmina, S.; Thinda, A.; Sarma, S. (2012). «Does team-based primary health care improve patients' perception of outcomes». Evidence from the 08 2007 Canadian Survey of Experiences with Primary Health. Health Policy, 105, pp. 71-83.

⁹ (Cipolla, C. (2013). Perché non possiamo non essere eclettici: Il sapere sociale nella web society. Franco Angeli, Milano).

¹⁰ Marzulli, M., Arlotti, M. Quale rilevanza dei modelli regolativi regionali? : la questione lombarda nella crisi sanitaria Covid-19; Salute e Società Anno XX n. 2/2021 Supplemento.

1.1 Framework teorico di riferimento

Nell'ultimo ventennio il concetto di sanità pubblica si è modificato in seguito a molteplici fattori quali:

- cambiamenti demografici della popolazione, il continuo invecchiamento della popolazione ha influenzato le esigenze del sistema sanitario determinando, quindi, sviluppo di teorie e modelli relativi alla salute di questa tipologia di pazienti
- esigenze socio-economiche, la disuguaglianza di accesso ai servizi sanitari e l'inequità che ne deriva ha determinato lo sviluppo di modelli sanitari inclusivi
- l'avvento continuo di nuove tecnologie, come l'intelligenza artificiale, la telemedicina hanno determinato l'adattamento dei framework teorici per considerare l'influenza di tali tecnologie sulla pratica clinica, sulla raccolta dei dati, ect.
- nuove scoperte scientifiche, i progressi della ricerca e la comprensione delle cause di crescita delle malattie determina la necessità di sviluppare nuovi modelli di approccio nel campo della sanità;
- l'emergere di nuove malattie, eventi come la recente pandemia di Covid 19 ha portato alla necessità di sviluppare nuove teorie e modelli per affrontare emergenze epidemiologiche pandemiche

In Italia un primo rivoluzionario quadro teorico si è avuto con la Legge 833/78 che istituì il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), la quale all'art. 1 recita “...*Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio. L'attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini...*”¹¹. Nonostante che con

¹¹ Legge 23 dicembre 1978, n. 833. Istituzione del servizio sanitario nazionale. Pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n.360 del 28-12-1978.

l'emanazione della Legge 833/78, i decisori politici avevano cercato un distacco dalla concezione mutualistica della sanità fino a quel momento in vigore secondo cui l'assistenza sanitaria faceva capo alle casse mutue quindi il diritto alla salute era connesso allo stato di lavoratore e non di cittadino¹², restavano ancora separate come tre entità a sé stanti, la gestione finanziaria, istituzionale organizzativa della sanità¹³. La gestione della sanità era suddivisa tra lo Stato, le Regioni e gli enti Locali territoriali, con la partecipazione dei cittadini, gli organismi di base di tutta l'organizzazione erano le Unità Sanitarie Locali (USL). Ben presto si andò delineando l'eccessiva politicizzazione delle USL che di fatto operavano secondo criteri clientelari (Egidi R. 2011). Ciò determinò un disallineamento nei processi di erogazione del servizio sanitario con un ingente aumento della spesa pubblica che gravò sul prodotto interno lordo dello stato. Tale modello organizzativo, infatti, ebbe vita breve nel decennio successivo i decisori politici lavorarono per delineare nuove strategie e nel biennio 1992/1993 con D. Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e con il D. Lgs. 517/1993 si arrivò al riordino del sistema sanitario nazionale con l'aziendalizzazione che determinò la modifica dei criteri di gestione con l'introduzione e l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza. I Decreti Legislativi determinarono prima di tutto l'estromissione dei comuni dalla sanità pubblica, ridussero il numero delle USL sul territorio nazionale e le trasformarono in Aziende Sanitarie Locali (ASL), introdussero il concetto di concorrenza tra strutture sanitarie pubbliche e private permettendo, quindi, la libera scelta del cittadino alla propria salute mediante la scelta del medico di medicina generale, del pediatra e del luogo in cui curarsi e introdussero i concetti di verifica della qualità. La seconda fase del riammodernamento del Sistema Sanitario Nazionale si ha con il D. Lgs. 19 giugno 1999, n. 229 che aumentò e rafforzò il potere delle Regioni nel campo della sanità pubblica. Gli anni '80 e '90 hanno rappresentato, per tutte le pubbliche amministrazioni a livello globale, gli anni delle riforme e degli ammodernamenti lasciandosi di fatto alle spalle il cosiddetto modello burocratico. Secondo il

¹² Egidi R. 2011. Il servizio sanitario nazionale italiano. *Dereito*, 20(2), 43-63.

¹³ Adinolfi P. (2014). Philosophy, medicine and healthcare: Insights from the Italian experience. *Health Care Analysis*, 22(3), 223-244, p. 233.

sociologo Max Weber il modello burocratico rappresentava un modello efficiente e razionale utile nella gestione della res pubblica, ma ciò che Weber non considerò è che la burocrazia seguiva leggi rigide che si contrapponevano alle riforme in atto e soprattutto mettevano un divario enorme tra le pubbliche amministrazioni, quindi anche il servizio sanitario, e il cittadino.

Negli anni '80 e '90 il modello burocratico entra in crisi a causa dei profondi e continui mutamenti. L'incapacità di adattamento del modello burocratico ai tempi in continua evoluzione portano alla ricerca di nuove soluzioni atte a rendere la pubblica amministrazione più efficiente e pronta a rispondere alle esigenze dei cittadini.

La modernizzazione della sanità a livello globale ha portato alla nascita di framework teorici quali la New Public Management, Public Value Management e Neo Weberian State.

Le modifiche, lo sviluppo continuo di nuovi modelli organizzativi assistenziali, la ricerca scientifica e tecnologica sono necessari per poter affrontare le esigenze sanitarie della popolazione quale utilizzatore finale.

1.2. Neo- Weberian State

Nel 2004 Pollitt e Bouckaert¹⁴ nel loro libro sulla riforma comparata della gestione pubblica, fanno riferimento per la prima volta al concetto di Neo-Weberian State (Stato Neo-Weberiano). Sebbene negli anni '90 ci fosse il desiderio di allontanarsi definitivamente dalla concezione weberiana della burocrazia nella pubblica amministrazione, concretamente sono stati compiuti pochi sforzi da parte dei decisori politici per superare il modello weberiano di burocrazia..

Il termine "Neo-Weberian State" è stato introdotto da Sabine Kuhlmann nel suo libro "How to Measure Success in Government: The Use of Performance Indicators in the Public Sector", pubblicato nel 2001. Gli autori neo-weberiani sostenevano che non fosse necessario privatizzare la pubblica amministrazione, ma che l'aumento della competenza all'interno della stessa fosse sufficiente per riformarla. Inoltre, riconoscevano un ruolo cruciale per i dipendenti pubblici, che avrebbero dovuto

¹⁴ Pollitt, C., G. Bouckaert., (2004) Public Management Reform: A Comparative Analysis. Oxford: Oxford University Press

acquisire la capacità di erogare servizi più rapidi ed efficienti ai cittadini, mentre lo Stato avrebbe dovuto assumere una maggiore responsabilità.

Il concetto di Stato neo-weberiano prevede il cambiamento del funzionamento della pubblica amministrazione dal concetto di Weber che era orientato verso “l'interno”, cioè incentrato sul rispetto delle rigide regole interne che non permetteva di trovare soluzioni veloci e ottimali per soddisfare il consumatore finale, a un modello, invece, orientato verso “l'esterno” cioè sulla soddisfazione dei cittadini ai servizi offerti dalla pubblica amministrazione. Tutto ciò doveva essere realizzato non ricorrendo alla privatizzazione o alla commercializzazione, come prevedeva il paradigma del new public management ma costruendo un'adeguata qualità dell'amministrazione basata sulla cultura professionale dei dipendenti.

Nel modello neo weberiano il governo riacquista un ruolo principale ma inscindibile dal ruolo ricoperto dal cittadino che è considerato il centro intorno cui la pubblica amministrazione ruota offrendo i servizi. Per cui si riafferma il concetto di democrazia ma non si parla solo di una democrazia rappresentativa dove il cittadino elegge i propri rappresentanti ma si amplia con il concetto di democrazia partecipativa con il coinvolgimento della popolazione nelle decisioni politiche.

Altro valore importante dello stato neo weberiano è la valutazione dei risultati mediante la previsione dei risultati attesi e la verifica dei risultati ottenuti.

Infine prerogativa imprescindibile dal concetto neo weberiano è l'acculturamento dei dipendenti pubblici che passano dall'essere dei burocrati specializzati solo ed esclusivamente nel loro campo d'azione a soggetti che abbiano delle competenze tali da poter offrire un servizio celere e che soddisfi le necessità dei cittadini¹⁵.

1.3 Evidence Based Medicine e le sue applicazioni

Nel 1830 Pierre Charles Alexander Louis costituì in Francia un movimento culturale chiamato “La Medicine de l'Observation”, egli sosteneva che i medici nelle scelte terapeutiche non dovessero

¹⁵ Dreschler, Wolfgang, 2005; The Rise and Demise of the New Public Management, Post-autistic economics Review, N° 33, pp. 17-28

basarsi solo sulla propria esperienza ma avrebbero dovuto integrare la loro conoscenza con la letteratura scientifica, quindi con studi sperimentali recenti basati sulla reale efficacia delle cure, al fine di poter offrire al paziente le terapie migliori e più all'avanguardia¹⁶. Louis sosteneva che le cure andavano validate secondo un'analisi statistica del dato, ciò portò ad esempio a comprendere che il salasso non avesse nessuna valenza scientifica e non apportava alcun beneficio terapeutico (Sirigatti, S., & Casale, S. 2005).

Dal 1830 sono stati molti gli autori che si sono cimentati nel portare avanti la teoria di Louis, tra i quali vanno annoverati, quelli che sono oggi considerati i padri fondatori dell'epidemiologia moderna, Archibald Lemman Cochrane (1970) medico e professore scozzese il quale sosteneva l'uso di studi randomizzati e controllati tali da rendere le terapie mediche più efficaci ed efficienti, si devono a lui i primi studi randomizzati sull'aspirina, Alvan Feinstein che fondò e ne fu direttore del "Robert Wood Johnson Clinical Scholars Program", presso Yale University School of Medicine, che fu riconosciuto come uno dei principali centri per la formazione nei metodi di ricerca clinica¹⁷.

Solo nel ventennio successivo la Evidence Based Medicine, riconosciuta da tutti con l'acronimo EBM, iniziò ad entrare, e non scevra da critiche, prepotentemente nella pratica clinica.

Fu David L. Sackett negli anni '70 che riprese, in Canada, le ricerche di Archibald L. Cochrane¹⁸ organizzando seminari sulla valutazione dell'assistenza sanitaria, sostenendo che l'uso degli studi randomizzati non poteva far altro che migliorare l'efficienza del sistema sanitario¹⁹. Inoltre, mise a punto metodi di insegnamento volti a insegnare la valutazione critica della letteratura scientifica e la corretta applicazione della stessa per gli interventi terapeutici.

L' Evidence Based Medicine inizia a muovere i primi passi nel mondo medico con una pubblicazione sul Journal of American Medicine Association nel 1992 "Evidence Based Medicine: a New Approach

¹⁶ Sirigatti, S., & Casale, S. 2005. L'approccio evidence based dalla medicina al counseling. In A. Di Fabio & S. Sirigatti (Eds.), Counseling. Prospettive e applicazioni pp. 340-360

¹⁷ Goldman, Lee (2002). "Alvan Feinstein". The American Journal of Medicine. 112 (6): 502-503.

¹⁸ Cochrane A. L., 1972 "Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services".

¹⁹ Gerry B. Hill, 2000 Archie Cochrane and his legacy An internal challenge to physicians' autonomy Journal of Clinical Epidemiology 53 (2000) 1189-1192

to Teaching The Practice of Medicine” in cui gli autori²⁰ pongono l’accento sul come nella pratica medica, stesse prendendo piede un nuovo paradigma. Secondo gli autori, infatti, la EBM richiedeva ulteriori competenze da parte del medico e soprattutto la capacità di eseguire ricerche bibliografiche utili poi nell’approccio a terapie mirate.

Secondo il precedente paradigma per mettere a punto una corretta diagnosi e una conseguente terapia ad-hoc erano necessarie poche regole: l’esperienza clinica mediante la corretta osservazione bastava da sola per mettere a punto la diagnosi, validare l’efficacia della terapia e la necessità di eventuali test diagnostici; i principi patogenetici e i sintomi clinici erano sufficienti per la pratica clinica; una buona preparazione scientifica del medico e il buon senso permettevano ai sanitari di poter valutare la valenza di nuovi trattamenti (Guyatt, G., et al. 1992).

La EBM aveva apportato delle novità che influenzarono il mondo medico tanto che il precedente paradigma era divenuto ormai obsoleto e doveva essere sostituito da un nuovo paradigma che stesse al passo con i tempi.

Sulla scia di questo nuovo paradigma vennero pubblicati numerosi articoli scientifici che insegnavano come eseguire delle ricerche bibliografiche utili nella pratica clinica.

Secondo Sackett²¹, l’utilizzo della EBM non doveva esser visto come un libro di ricette da applicare indistintamente a tutti i pazienti con una determinata patologia ma doveva esser vista come un nuovo approccio alla clinica, basato sull’esperienza individuale maturata dal medico, sul quadro clinico del paziente e sull’aiuto che poteva derivare dalla consultazione della letteratura recente per quella determinata patologia, mediante lo studio di lavori epidemiologici.

Ai giorni nostri la EBM è ormai molto diffusa questo probabilmente legato oltre che ad una maggiore informazione e preparazione dei medici alla consultazione di articoli scientifici, ad una maggiore facilità di consultazione degli stessi grazie alla diffusione del web ma anche semplicemente ad un

²⁰ Guyatt, G.; Cairns, J.; Churchill, D.; Cook, D.; Haynes, B.; Hirsh, J.; Irvine, J.; Levine, M.; Levine, M.; Nishikawa, J. (1992). Evidence-Based Medicine: A New Approach to Teaching the Practice of Medicine. , 268(17), 2420–2425

²¹ Sackett, D.L., Rosemberg, W.M.C., Gray, J.A.M., Haynes, R.B., & Richardson, W.S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn’t. British Medical Journal, 312, 71-72

aumento della vita media con la cronicizzazione di alcune patologie che hanno determinato un aumento dei costi della sanità al punto da dover scegliere velocemente i trattamenti più efficaci.

L'EBM è ancora all'inizio della sua vita e già molti passi avanti sono stati compiuti, basti pensare che può essere utilizzata per mettere a punto linee guida per determinate patologie tali da ridurre i costi della sanità, le applicazioni future possono spaziare dalla farmaceutica alla medicina generale.

La EBM deve essere considerata un valido aiuto al medico e al paziente e deve diventare un approccio pragmatico capace di far confluire in un'unica decisione le più recenti conoscenze scientifiche e la capacità decisionale del medico basata sull'esperienza clinica.

1.4 Il New Public Management

Negli inizi degli anni '80, prende piede una nuova visione della Pubblica Amministrazione, abbandonando progressivamente il modello burocratico weberiano a favore di politiche di welfare più snelle e meno vincolate alle rigide regole della burocrazia. In questo contesto, viene introdotto un nuovo paradigma noto come New Public Management (NPM), che segna l'inizio del processo di aziendalizzazione della pubblica amministrazione. Il benessere economico degli '60 e '70 aveva portato i governi all'applicazione indiscriminata di modelli di sostegno economico per le classi sociali meno abbienti, ciò determinò un collasso dell'equilibrio tra economia ed equità sociale che fino a quel momento erano stati garantiti dai sistemi di welfare state²². Inoltre, la maggiore informazione e l'aumento della consapevolezza dei cittadini all'erogazione di servizi più adeguati alle loro nuove esigenze mise i governi di fronte alla imminente necessità di un cambio di rotta e di un distacco netto dal modello burocratico fino a quel momento applicato. Negli anni '80, inoltre, inizia un'evoluzione economica sempre più orientata verso la globalizzazione e l'interconnessione dei mercati, per cui nasce la necessità di una Pubblica amministrazione più flessibile e maggiormente adattabile ai cambiamenti economici e allo stesso tempo più concorrenziale tale da sovrapporsi alle logiche economiche del settore privato. Gli anni '80 rappresentano anche gli anni della crisi economica e

²² Ferrara M., 2012 cap. 1 L'analisi delle politiche sociali e del welfare state; Le politiche sociali L'Italia in prospettiva comparata, 2012 ed. Molino.

della spesa pubblica fuori controllo, quindi gli stati per ovviare a un disastro economico cambiano rotta con riforme del settore pubblico orientato verso modelli di privatizzazione.

Hood nel 1991 riassume in 7 punti fondamentali i requisiti del New Public Management:

1. introduzione della figura del dirigente/manager da equiparare al manager delle aziende private;
2. introduzione di indicatori di efficienza e performance;
3. importanza dei risultati ottenuti in particolar modo in termini di output su cui elaborare obiettivi futuri;
4. adozione di visioni manageriali e aziendalistiche nella gestione delle attività e delle risorse umane;
5. introduzione del concetto di concorrenza e competizione con utilizzo di contratti a termine e appalti pubblici;
6. introduzione di tipi di management a impronta privatistica;
7. educazione alla parsimonia nell'uso delle risorse.

Nel 1997 Jones L. L. e Thompson F. mettono a punto un modello applicativo necessario per lo sviluppo della pubblica amministrazione facendo basare il new public management sul modello delle 5 "R" :

- Ristrutturare: eliminare ciò che non serve e ciò che non è fondamentale al valore del servizio prodotto dall'organizzazione;
- Riprogettare: escogitare soluzioni ex novo per migliorare la qualità della performance, ridurre i costi e aumentare la soddisfazione dell'utenza;
- Reinventare: sviluppare nuovi strumenti e processi di pianificazione strategica nell'erogazione dei servizi;
- Riallineare: armonizzare le strutture amministrative e i centri di responsabilità in funzione di strategie definite;

- Ripensare: rivedere i processi nell'ottica della valutazione delle performance e del feed-back per motivare il personale e migliorare il management nel suo complesso.

Questo nuovo paradigma ha come focus principale quello di equiparare il management tipico delle aziende private al management della pubblica amministrazione mediante l'utilizzo di tecniche del settore privato che vedono come elementi principali l'efficienza e l'efficacia nel raggiungimento dei risultati²³. L'idea finale del new public management era quella di rendere il manager pubblico equiparabile a quello privato²⁴ dando alla pubblica amministrazione connotati completamente diversi da quelli in atto fino a quel momento condizionando, quindi, il modo di produrre.

Questo nuovo paradigma e quindi questo nuovo modello di governance pubblica varia a seconda della capacità di amministrazione e in base alla cultura dei paesi dove viene applicato, infatti, mentre sia Inghilterra che il resto del mondo anglosassone attribuisce maggiore spazio al libero mercato per raggiungere un abbattimento dei costi della pubblica amministrazione salvaguardando il consumatore finale, l'Europa predilige un decentramento organizzativo nell'ottica del principio di sussidiarietà²⁵. In questa nuova ottica in Europa si va sempre più affermando il value of money cioè ottimizzare la qualità dei servizi in termini economici²⁶, ciò porta a nuove configurazioni di mercato dell'offerta pubblica che determina un aumento della qualità dell'offerta dei servizi pubblici in funzione della capacità economica che porta ad una disparità nell'accesso ai servizi, in quanto la qualità del servizio offerto è basata sulla ricchezza economica del consumatore finale, minando in questo modo il diritto imprescindibile del cittadino a poter usufruire della res pubblica a prescindere dalle proprie condizioni socio-economiche. Quindi l'introduzione di questo nuovo paradigma se aveva l'intento di migliorare

²³ (Groot T., Budding T., (2008) *New Public Management's Current Issues and Future Prospects*, in *Financial Accountability & Management*, 24(1), pp 1- 13; Hughes O., (2006) *The new pragmatism: moving beyond the debate over NPM*, presented at the 10th Annual International Research Symposium on Public management, 10-12 april 2006, Glasgow Caledonian University, Scotland; Capano G., (2003) *Administrative Traditions And Policy Change: When Policy Paradigms Matter. The Case Of Italian Administrative Reform During The 1990s*, in *Public Administration*, vol. 81 n. 4, pp. 781–801).

²⁴ (Pollit, C., G. Bouckaert, (2000) *Public Management Reform; A Comparative Analysis* (Oxford, Oxford University)

²⁵ Giaque, D. (2014). *The hybrid universe of public administration in the 21st century*. *International Review of Administrative Sciences*, 80, 1, 23-32.

²⁶ Adcroft, A. & R. Willis, (2005) *The (Un)intended Outcome of Public Sector Performance Measurement*, *International Journal of Public Sector Management*, 18, 5, 386–400

l'utilizzo delle risorse pubbliche era andato in direzione opposta dando priorità al raggiungimento di obiettivi ritenuti importanti per i governi e gli enti finanziari e a detrimento degli interessi dei cittadini quali utilizzatori finali dei servizi.

L'inefficacia del New Public Management emerge chiaramente dalla sua valutazione delle performance basata principalmente su criteri quantitativi, trascurando aspetti qualitativi cruciali e conducendo a un completo distacco del capitale umano e sociale. Questo approccio ha portato a un aumento dell'alienazione nei contesti lavorativi e ha contribuito all'accentuarsi delle disuguaglianze socio-economiche, generando disparità nell'erogazione dei servizi. Le classi sociali meno abbienti, in particolare, hanno sperimentato una limitata accessibilità a servizi essenziali, aggravando ulteriormente il divario sociale ed economico.

In risposta a tali criticità emerse con il New Public Management, si delinea l'affermazione di un nuovo paradigma, il "Public Value Management". Questa prospettiva intende superare le lacune del suo predecessore, ponendo maggiore enfasi sulla creazione di valore pubblico. Attraverso un approccio che integra valutazioni quantitative e qualitative, il Public Value Management mira a ristabilire l'equità nell'erogazione dei servizi pubblici e a riportare l'attenzione sul benessere sociale, spostando il focus dalla mera efficienza quantitativa a una gestione che tenga conto dei reali bisogni e delle aspettative della comunità.

1.5 Clinical Governance

Il concetto di Clinical Governance prende vita nell'Inghilterra Laburista a metà degli anni '90. Il governo clinico è definito secondo la famosa dichiarazione fornita da A First Class Service nel 1998 *“A framework through which NHS organizations are accountable for continuously improving the quality of their services and safeguarding high standards of care by creating an environment in which excellence in care will flourish”*, da questo momento in poi il Governo Inglese mette nelle mani del

National Health Service uno strumento che mira a migliorare qualitativamente l'operato dei medici e degli infermieri a favore dell'erogazione di servizi sanitari in continuo miglioramento²⁷.

La clinical governance viene assunta come valido strumento da tutti gli stati europei passando da una sanità frammentaria e con costi elevati ad una politica che mettesse al centro delle proprie priorità il valore e l'appropriatezza clinica delle prestazioni e il benessere del paziente.

Tra gli strumenti principali dettati dal governo clinico ci sono:

- la visione multidisciplinare con l'abbandono del concetto di individualità per cui si raggiunge l'assunto che per ottenere risultati sempre migliori ci si deve affidare all'operatività di un team di professionisti del settore che va dal medico all'infermiere passando dal manager e dell'amministrativo, dove tutti concorrono ad ottenere standard clinici elevati;
- responsabilità del team di operatori che si sottopongono volontariamente al controllo delle prestazioni, in tal modo nascono figure professionali ad-hoc per svolgere il ruolo di controllo con il compito di verificare se le prestazioni offerte siano adeguati agli standard professionali previsti;
- partecipazione dei pazienti mediante attività di informazione e formazione che rendano edotti gli utenti su ciò che il sistema sanitario può offrire e sulla tipologia delle prestazioni offerte, in questo modo il paziente viene messo nelle condizioni di operare libere scelte avendo a disposizione diverse opzioni diagnostico-terapeutiche.

Il D.Lgs. 229 del 19 giugno 1999, legge di riforma del Servizio Sanitario Nazionale Italiano, nell'ottica della clinical governance invitava le Regioni a riforme di governo sanitario che spostassero l'attenzione verso attività di accreditamento sia delle prestazioni sia delle competenze del personale tali da poter offrire elevati livelli assistenziali²⁸.

Gli strumenti del Governo Clinico utili ad assicurare elevati standard sono:

²⁷ Chandra Vanu Som, 2004 Clinical Governance: An International Journal Volume 9 · Number 2 · 2004 · pp. 87-90

²⁸ Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229. Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419 GU n.165 del 16-07-1999 - Suppl. Ordinario n. 132.

- la formazione continua del personale;
- l'audit clinico utile strumento nelle mani delle Aziende per valutare le performance del personale e per poter porre rimedio a eventuali problematiche per il miglioramento dei modelli di cura offerti;
- l'efficacia clinica considerando che la pratica clinica deve essere capace di offrire il miglior servizio anche alla luce di emergenze sanitarie quindi non guardando solo alla salute del singolo paziente ma a quella dell'intera comunità, che sia capace di assicurare un'assistenza continuativa e che sia basata su una visione olistica dei bisogni del paziente. L'efficacia clinica si basa sulle ultime evidenze scientifiche mediante le quali vengono messi a punto protocolli e linee guida.
- risk management, la valutazione dei rischi è di fondamentale importanza per le aziende sanitarie, in considerazione dei rischi stocastici che potrebbero occorrere non solo al paziente ma anche agli operatori sanitari e a tutta l'organizzazione. In Italia esistono progetti ben definiti per portare allo zero le probabilità dell'avvenimento avverso, sono indicati come Verifica e Revisione della Qualità dell'Assistenza (VRQ) e sono adottati da tutte le aziende sanitarie del territorio Italiano mediante i programmi di audit;
- la ricerca che rappresenta l'unico strumento per poter offrire un servizio sanitario di qualità elevata. La medicina basata sull'evidenza ha messo i medici di fronte alla necessità di basare i propri percorsi diagnostici e terapeutici fondendo le conoscenze individuali e la propria esperienza con evidenze scientifiche. I professionisti del settore per poter rispondere alle esigenze della popolazione devono avere la possibilità di essere in maniera continuativa informati sulle ultime scoperte scientifiche²⁹, quindi devono avere libero accesso alle banche dati biomediche, devono poter eseguire delle valutazioni critiche della letteratura scientifica,

²⁹ Chiari P., La gestione dell'assistenza basata sull'evidenza scientifica: il contributo dell'EBN nell'esperienza del Policlinico S. Orsola-Malpighi. Atti Corso-Convegno Nazionale C.I.D. Ruolo della dirigenza infermieristica nel nuovo millennio. Orvieto, 4-5-6 dicembre 2003

devono adottare metodi riproducibili definiti da linee guida e protocolli che siano pronti a cambiare in relazione alle ultime scoperte scientifiche.

I cambiamenti apportati dall'avvento del governo clinico sono in primo luogo la centralità del paziente che deve essere coinvolto, durante il percorso di cura, nelle decisioni circa i trattamenti e i test diagnostici a disposizione, inoltre, il coinvolgimento del cittadino, quale destinatario ultimo dell'assistenza sanitaria, è utile per evidenziare eventuali criticità nei percorsi assistenziali³⁰.

Il governo clinico, inoltre, ha apportato modifiche che rappresentano utili strumenti, sia nelle mani dei decisori politici sia nelle mani dei professionisti che operano in prima linea, per migliorare i livelli assistenziali e standardizzare processi al fine di ridurre i tempi di attesa dell'erogazione dei servizi e i costi economici delle prestazioni sanitarie, offrendo un servizio all'avanguardia e in continuo miglioramento.

1.6 Il Public Value Management

Con il fallimento del paradigma del New Public Management in cui il cittadino aveva un ruolo marginale e addirittura non entrava nella vita della pubblica amministrazione ma ne usciva come figura sconfitta con l'aumento delle disuguaglianze, si andava delineando un nuovo paradigma incentrato sul valore della pubblica amministrazione.

In Italia in particolar modo, negli anni '90 in considerazione delle numerose riforme Europee e durante gli anni ricordati come gli anni "dell'inchiesta mani pulite", inizia un periodo di lunghe e importanti riforme nella pubblica amministrazione volte a renderla quanto più possibile trasparente e alla portata di tutti i cittadini, che ritornano a rivestire il ruolo più importante, a prescindere dalle condizioni socio-economiche.

Il nuovo paradigma è votato, quindi, al valore e alla fiducia che il cittadino ripone nelle amministrazioni pubbliche.

³⁰ (Gray, A.G. (2001), "Theories and practices of clinical governance", ESRC Seminar on Evaluating Clinical Governance, Stockport Health Authority HQ, 4 December).

Se con il precedente paradigma la politica veniva confinata in angolo ora viene considerata centrale nelle sfide gestionali³¹.

Durante il processo di formazione di questo nuovo paradigma la politica da ruolo marginale riprende la sua posizione centrale sono, infatti, da annoverare in questo periodo l'attuazione di leggi che fino a quel momento sebbene varate non erano mai state applicate come la Legge n. 15/1968, sull'autocertificazione, la 42/1990 sulle autonomie locali e la 241/1990 sul procedimento amministrativo, vennero varate leggi votate alla riduzione della spesa pubblica, altre che prevedevano la privatizzazione di alcune aziende come Poste Italiane, Enel, ect. mentre per altre come le Aziende Sanitarie Locali venne mantenuta la loro natura pubblica ma con una visione aziendalistica³². Le leggi che forse più delle altre rappresentano una pietra miliare nella trasformazione della pubblica amministrazione Italiana sono le leggi n. 59, 94, 127/1997 ricordate anche come “Leggi Bassanini”, queste leggi sono mirate ad ottenere una Pubblica Amministrazione innovativa e che abbia come punto cardine il valore e il merito, inoltre, vengono varate norme volte alla tutela del cittadino come la carta dei servizi, la creazione di banche dati accessibili a chiunque, la tendenza del governo Italiano è quindi, quella di recepire le indicazioni delle pubbliche amministrazioni anglosassoni. Inoltre, vengono suddivisi i compiti tra politica, che indirizza, pianifica e controlla, e le direzioni amministrative degli enti che hanno responsabilità gestionali con la valutazione delle performance e la definizione degli obiettivi.

Se la politica ha il ruolo di controllo sul valore pubblico un ruolo altrettanto importante viene svolto dai beneficiari che ne valutano gli effetti, quindi il ruolo del cittadino non si esprime solo durante le elezioni politiche ma è chiamato a partecipare in prima persona sotto forma di volontariato, quindi entra in gioco anche il terzo settore che ha il compito di valutare e di esprimere il proprio parere sull'operato della pubblica amministrazione. In quest'ottica si è andata delineando e affermando

³¹ Stoker, G., (2006) Public Value Management: A New Narrative for Networked Governance *American Review of Public Administration* 36(1): 41– 57.

³² Bucci P., Lenci P., & Passaglia G (2009). La grande riforma della Pubblica Amministrazione. ISS – Innovazione, Semplificazione, Soluzioni, 11-23

sempre più la valutazione delle performance, questa valutazione permette di valutare se da parte dell'amministrazione pubblica c'è stato meno la creazione del valore pubblico.

1.7 Sanità digitale

Tra la fine del XIX secolo e l'inizio del XX secolo, prende forma e si sviluppa il concetto del welfare state. Inizialmente, questo principio sorse come un contrappeso alle crescenti preoccupazioni dei lavoratori nei confronti delle politiche sindacali. Nel corso del tempo, tuttavia, il welfare state ha evoluto la sua funzione, trasformandosi in uno strumento utilizzato dai governi per garantire l'uguaglianza per tutti i cittadini.

Dopo la "bolla immobiliare" del 2008 negli Stati Uniti, evento che ha avuto gravi e significative ripercussioni sull'economia mondiale, il welfare state è emerso come un fondamentale ammortizzatore sociale. In questo contesto, ha assicurato i livelli essenziali di assistenza per proteggere la popolazione dagli impatti devastanti della crisi economica.

In Italia, uno dei pilastri delle politiche di welfare è il diritto universale alla salute, sancito anche dalla Costituzione. Questo principio riflette l'impegno a garantire a tutti i cittadini l'accesso ai servizi sanitari necessari, sottolineando l'importanza della tutela della salute come diritto fondamentale nella società.

L'evoluzione della tecnologia digitale ha pervaso tutti i settori del welfare, compreso quello sanitario, e ha trovato applicazione sia tra le aziende sanitarie sia tra i cittadini. Attualmente, il sistema sanitario nazionale si trova ad affrontare diverse sfide, tra cui l'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle patologie croniche, insieme a risorse economiche limitate. Questa situazione ha reso necessarie innovazioni atte a garantire assistenza sanitaria a tutti gli utenti.

In questo contesto, emerge la sanità digitale come un nuovo sistema che sfrutta la tecnologia per facilitare la condivisione delle informazioni sanitarie dei pazienti tra diversi attori coinvolti, tra cui medici di medicina generale, medici ospedalieri, infermieri, medici territoriali a domicilio e referenti istituzionali. Questo approccio mira a migliorare la gestione delle informazioni sanitarie, favorire una collaborazione più efficace tra i professionisti della salute e garantire un'assistenza più integrata e

personalizzata. La sanità digitale si configura quindi come una risposta innovativa alle sfide attuali, offrendo opportunità per ottimizzare le risorse e migliorare l'efficienza del sistema sanitario nazionale. L'esempio che meglio può spiegare l'attività della sanità digitale ci è stato offerto durante la recente pandemia di Covid 19, durante la quale tutte le informazioni relative ai pazienti viaggiavano in rete ed erano condivise a tutti i livelli sia centrale (Ministero) sia locale (Regioni, Aziende sanitarie locali, medici di medicina generale) nel rispetto della privacy dell'utente, fondamento della sanità digitale. L'utilizzo della sanità digitale migliora l'accesso del cittadino alle cure ponendolo al centro del sistema sanitario e allo stesso non solo potenzia l'efficienza del sistema ma lo rende anche maggiormente sostenibile economicamente e permette la creazione di modelli che potenzino l'integrazione delle cure tra la medicina ospedaliera e quella territoriale.

Lo scheletro della e-Health è formato da diverse aree di applicazione quali:

- documentazione elettronica che comprende ad esempio il fascicolo sanitario elettronico, le ricette elettroniche
- telemedicina che non si sostituisce alla medicina tradizionale ma permette di poter interagire con il paziente a distanza
- la formazione e l'informazione su tematiche di sanità rivolte a diverse categorie di utenti dagli studenti passando per i medici e arrivando ai cittadini
- il trattamento e la tutela dei dati sensibili
- possibilità di accesso alle prenotazioni delle prestazioni il Centro Unico di Prenotazione (CUP)
- l'utilizzo di dispositivi personali indossabili o comunque sensori di vario tipo gestibili a distanza
- la possibilità di tele-riabilitazione motoria attraverso "Aureha" un software che insegna al paziente i movimenti da compiere mentre l'assistito si trova presso il proprio domicilio, il tutto sotto la supervisione di un fisioterapista.

L'applicazione della sanità digitale non solo migliora la qualità delle prestazioni offerte ai pazienti, ma contribuisce anche a rendere il sistema sanitario più sostenibile economicamente, specialmente in periodi storici come quello che stiamo vivendo caratterizzato da politiche di spending review.

Attraverso l'implementazione della tecnologia digitale nella sanità, è possibile ottenere una gestione più efficiente delle risorse, riducendo sprechi e ottimizzando i processi amministrativi e assistenziali. La digitalizzazione dei dati sanitari consente una rapida condivisione e accessibilità alle informazioni pertinenti, facilitando la collaborazione tra operatori sanitari e riducendo il rischio di errori derivanti dalla mancanza di informazioni complete.

Inoltre, l'uso della sanità digitale può favorire la telemedicina, consentendo la fornitura di servizi medici a distanza, riducendo la necessità di spostamenti fisici e migliorando l'accesso alle cure, specialmente in aree geografiche remote.

In un contesto di spending review, la sanità digitale può quindi rappresentare una soluzione strategica per ottimizzare l'allocazione delle risorse finanziarie, migliorando al contempo l'efficacia e l'efficienza complessiva del sistema sanitario.

1.7.1 Sistema Informativo Sanitario

Nel 1978 con l'istituzione del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) e la diffusione su tutto il territorio nazionale delle Unità Sanitarie Locali (USL) oltre ai numerosi ospedali già presenti, si rese necessario che venissero inviati dei dati circa l'utilizzo dei finanziamenti trasferiti, a ognuna di queste strutture, dall'Erario, questi venivano redatti dalle USL e attraverso le Regioni inviati in formato cartaceo al Ministero del Tesoro. Successivamente oltre ai dati contabili, con decreto del Presidente del Consiglio, venne istituito un secondo atto regolatorio nel 1984 che obbligava all'invio, questa volta al Ministero della Salute, di dati sanitari inerenti le attività di ciascuna USL. Il Decreto prevedeva che questi dati fossero alimentati in maniera continuata questo rappresentò la prima pietra di quello che poi sarebbe diventato il Sistema Informativo Sanitario (SIS). Il d.lgs. n. 502 del 30 dicembre 1992

del Ministero della Sanità prevede dei sistemi di controllo di gestione del SSN mediante l'alimentazione della banca dati che andava delineandosi. Con il Decreto del Ministro della Sanità 23 dicembre 1996 il governo sancisce le modalità di invio trimestrale dei modelli contenenti sia dati economici sia sanitari. Con la riforma del 2001 del Titolo V della Carta Costituzionale, in seguito alle leggi Bassanini del '97, le regole del Sistema Informativo Sanitario vengono demandate alla Conferenza Stato Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano, vengono quindi costituiti dei gruppi tecnici di lavoro per ogni Regione e Provincia Autonoma con il compito di progettare la banca dati del Nuovo Sistema Sanitario Nazionale, pertanto si decisero quelli che sarebbero stati i punti fondamentali sui quali si è poi costituito il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) di seguito elencati:

- il Nuovo Sistema Informativo Nazionale avrebbe dovuto avere un'impronta olistica tra i suoi costituenti cioè Stato, Regioni, AA.SS.LL., Aziende ospedaliere, sia da un punto di vista gestionale sia contabile, parti che fino a quel momento avevano viaggiato su binari separati;
- adeguamento a nuove tecnologie che permettessero ai dati di viaggiare in rete;
- portabilità dei sistemi per sviluppare e diffondere la "Carta Sanitaria Individuale"
- aggiornamenti finanziari atti alla realizzazione del Nuovo Sistema.

Inoltre, venne costituita la cosiddetta "cabina di regia" un organismo di governo con funzione di integrare visione, programmazione, coordinamento, monitoraggio e controllo per la partenza del NSIS, vi parteciparono in ugual numero rappresentanti del Ministero della Sanità e delle Regioni.

Nel 2003 la Conferenza Stato Regioni approva il progetto "Mattoni SSN" con l'obiettivo di istituire un unico linguaggio a livello Nazionale che rendesse le informazioni facilmente interscambiabili tra i sistemi sanitari regionali e il Sistema Informativo, per cui furono chiamati i rappresentanti di 15 Regioni con capofila la Regione Veneto alla realizzazione e alla validazione delle funzionalità del NSIS, vennero così messi a punto i cosiddetti "15 mattoni" del SIS, che sono:

1. Classificazione delle strutture
2. Classificazione delle prestazioni ambulatoriali

3. Evoluzione del sistema Drg nazionale
4. Ospedali di Riferimento
5. Standard minimi di quantità di prestazioni
6. Tempi di attesa
7. Misura dell'appropriatezza
8. Misura dell'Outcome
9. Realizzazione del Patient File
10. Prestazioni farmaceutiche
11. Pronto soccorso e sistema 118
12. Assistenza residenziale e semiresidenziale
13. Assistenza primaria e prestazioni domiciliari
14. Misura dei costi del Ssn
15. Assistenza sanitaria collettiva.

Questo permise il 1° gennaio 2004 l'introduzione della Tessera Sanitaria che consentiva attraverso il codice fiscale di poter accedere alla gestione informatizzata dei servizi del Sistema Sanitario come ad esempio prenotazioni sia ospedaliere sia presso strutture private convenzionate.

Il NSIS è composto da altri grandi sistemi informatici alcuni di questi permettono di mettere in comunicazione tra di loro ospedali rendendo più semplici e immediati l'erogazione dei servizi al cittadino. Questi sistemi sono quattro:

- sistema informatico ospedaliero, indicato con l'acronimo HIS,
- sistema informatico di laboratorio LIS
- sistema informatico di radiologia RIS
- sistema di archiviazione e comunicazione delle immagini PACS,

questi sistemi sebbene del tutto indipendenti l'uno dall'altro mediante l'interscambio dei dati permettono numerosi vantaggi per il paziente.

Esistono anche altri sistemi utili ad esempio al monitoraggio dell'organizzazione come il sistema di monitoraggio dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza i cosiddetti LEA.

I dati che vengono immessi nel Sistema Informativo vengono utilizzati per molteplici fini primo tra tutti, con le dovute cautele in termini di privacy dei pazienti, le informazioni sanitarie relative ad ogni utente vengono messe a disposizione di tutti gli attori quindi Ministro della Salute, Regioni, AA.SS.LL. e ospedali. Un chiaro esempio della dell'efficienza del Sistema Informativo che tutti i cittadini hanno sperimentato è stato nel corso della pandemia di Covid 19 durante la quale circa 60 milioni di Italiani hanno prenotato le vaccinazioni online e hanno ricevuto tempestivamente sulle proprie App o via mail il green pass.

Altra funzione importante sono le statistiche relative ai Livelli Essenziali di Assistenza, ai costi e alle performance che concorrono tutte nella programmazione triennale della Sanità.

1.7.2 Telemedicina

La pandemia da coronavirus del 2020 ha portato ad uno sviluppo esponenziale e necessario delle applicazioni della telemedicina, fino al 2019 gli operatori sanitari non vedevano di buon occhio l'uso della medicina da remoto come mezzo di diagnosi e monitoraggio. Nel panorama demografico Italiano e mondiale con un aumento delle aspettative di vita e un conseguente allungamento dell'età media, i medici si trovano a dover affrontare malattie ad andamento cronico. In questo scenario l'uso della telemedicina appare come un valido aiuto alla professione medica, consentendo il monitoraggio delle patologie a distanza senza la necessità di ospedalizzare i pazienti soprattutto in condizioni di immobilità degli stessi e permette ai malati di sentirsi al sicuro e sotto controllo medico costante pur restando nelle proprie abitazioni.

Il regolare utilizzo della telemedicina anche nel periodo post-pandemico ha portato il governo italiano a stanziare circa 1 miliardo di euro con il Piano Nazionale di Rilancio e Resilienza (PNRR) per il potenziamento della telemedicina su tutto il territorio nazionale.

Grazie al progredire delle tecnologie informatiche e delle telecomunicazioni, note con l'acronimo ICT, la vita dei cittadini è sensibilmente migliorata, uno dei settori che ha al meglio utilizzato e sfruttato le innovazioni della ICT è il settore sanitario. Ad oggi al termine telemedicina non è possibile dare un significato univoco poiché è un settore in continua evoluzione, sebbene, sia possibile invece definire il motore che ha permesso il suo sviluppo e cioè la possibilità di offrire un servizio sanitario ai cittadini senza che questi si rechino presso ambulatori medici o ospedali.

L'Organizzazione Mondiale per la Salute (OMS) nel 1997 ha definito la telemedicina come *“l'erogazione di servizi sanitari quando la distanza è un fattore critico, per cui è necessario usare, da parte degli operatori, le tecnologie dell'informazione e delle telecomunicazioni al fine di scambiare informazioni utili alla diagnosi, al trattamento e alla prevenzione delle malattie e per garantire un'informazione continua agli erogatori di prestazioni sanitarie e supportare la ricerca e la valutazione della cura.”*³³

Nel 2008 l'Unione Europea ha emanato una comunicazione la n. 689/2008 per promuovere lo sviluppo e l'utilizzo della telemedicina, l'Italia ha recepito la comunicazione e l'Istituto Superiore per la Sanità ha istituito nel 2010 un Tavolo tecnico al fine di redigere le linee guida nazionali³⁴.

Il primo seme della telemedicina fu piantato quando l'innovazione tecnologica aveva dato come frutto il telefono, mediante il quale furono inviati i suoni di cuore e polmoni ad esperti per l'esame degli organi a distanza con l'ovvia conseguenza del fallimento dell'esperimento a causa dell'embrionale tecnologia utilizzata. Willem Einthoven, fisiologo olandese inventore dell'elettrocardiografia, nel 1906 studiò un elettrocardiogramma attraverso la linea telefonica, alcuni medici statunitensi nel 1920 prestarono assistenza sanitaria via radio alle navi che ne chiedevano supporto, nel 1955 vennero utilizzate delle televisioni a circuito chiuso per consulti tra psichiatri e nel 1959 furono inviate le prime immagini RX.

³³ Organizzazione Mondiale della Sanità, 1997

³⁴ Ministero della Salute - Assemblea generale del Consiglio Superiore di Sanità. Linee guida di indirizzo nazionali sulla Telemedicina: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2129_allegato.pdf, 2010

Nel '74 fu la NASA ad avviare delle sperimentazioni per tracciare le linee guida necessarie ad ottenere delle televisioni utili alla telediagnosi.

Solo nel 1988 venne utilizzata la telemedicina nell'accezione del termine che conosciamo oggi e sempre durante un'emergenza, fu il terremoto dell'Armenia che grazie alla telemedicina vide il consulto di medici statunitensi e russi.

Con la digitalizzazione delle comunicazioni, con l'utilizzo dei primi computer, quindi dagli anni '80 in poi, la telemedicina ha iniziato a camminare sulle proprie gambe grazie anche alla possibilità del trasferimento di un gran numero di dati in pochi minuti, fino ad arrivare all'era di internet con la possibilità del trasferimento in tempo reale di miliardi di dati ma anche di video e audio che hanno, quindi, sancito il superamento del punto critico legato alla distanza fisica tra medico e paziente.

Anche l'Italia ha dato il suo contributo concreto allo sviluppo della medicina telematica e lo ha fatto già a partire dall'inizio degli anni '70 quando la facoltà di Medicina della Sapienza avviò la sperimentazione di un cardiotelefono, nel 1972 furono due professori dell'Università degli Studi di Napoli "Federico II, Bracale e Ruggiero, i protagonisti di un progetto che ebbe notevole successo, un sistema telefonico multicanale per la modulazione d'ampiezza dei segnali analogici, fu sperimentato per la trasmissione dei potenziali acustici evocati mettendo in collegamento l'Istituto di Elettronica Applicata della Facoltà di Ingegneria e l'Istituto di Patologia Clinica della Facoltà di Medicina dell'Università "Federico II"³⁵.

Il sostanziale apporto che l'Italia ha portato allo sviluppo della telemedicina è dato dal "Progetto Isole"³⁶ partito nel 1996 e ulteriormente implementato nel 2002 che grazie all' Unità di Ingegneria Biomedica del Dipartimento di Ingegneria Elettronica e delle Telecomunicazioni dell'Università degli Studi di Napoli "Federico II" ha permesso la realizzazione di un presidio di teleconsulto

³⁵ M. Bracale – F. Ruggiero, Multichannel telephone system for biomedical application, Journal of Medical and Biological Engineering, 1972, Vol.10, pagg.688-692.

³⁶ M. Bracale, Telemedicine for Emergency: a pilot site for cardiological and radiological teleconsulting, Medical and Biological Engineering and Computing (World Congress on Medical Physics and Biomedical Engineering, Nice, French, 14-19/09/1997), Vol.35 supplement Part 2.

radiologico, cardiologico e di medicina generale tra le isole di Procida e Ischia con gli ospedali di Pozzuoli e Giugliano in Campania, ulteriori postazioni sono presenti presso l'Istituto di Chirurgia Vascolare del II Policlinico e presso una clinica privata convenzionata, al fine di consulti con esperti cardiocirurghi per pazienti con malattie cardiovascolari e soprattutto per i portatori di pacemaker. Nonostante i notevoli e indubbi vantaggi della telemedicina soprattutto in corso di emergenze pandemiche o per il monitoraggio a distanza di pazienti affetti da malattie croniche come il diabete o ancora i consulti con specialisti dei vari settori da territori disagiati non si può non tener conto del digital divide (divario tecnologico) dei pazienti anziani o delle categorie di cittadini con condizioni socio-economiche inferiori o per la mancanza di punti rete in molte aree rurali. In quest'ottica sarebbe auspicabile un impegno dei governi a ridurre al minimo tali divari per poter offrire equità sanitaria a tutti i cittadini.

1.7.3 Fascicolo Sanitario Elettronico

L'art. 12 del D.L. 179/2012 definisce il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) come *“l'insieme dei dati e dei documenti digitali di tipo sanitario e socio sanitario, generati da eventi clinici presenti e trascorsi, riguardanti l'assistito”*.

Il FSE rappresenta quindi la massima espressione della sanità digitale poiché abbraccia l'intera vita sanitaria dei pazienti venendo alimentato in maniera continuativa, questo rappresenta una enorme risorsa per il cittadino che ha la possibilità di consultare i propri documenti, metterli a disposizione di medici di medicina generale e specialisti, prenotare visite, inoltre, permette la portabilità delle informazioni sanitarie da una Regione all'altra e allo stesso tempo rappresenta una risorsa nelle mani dei medici anche ai fini epidemiologici e di ricerca.

Ogni medaglia ha il suo rovescio, sebbene il FSE sia stato regolamentato nell'ultimo decennio a livello Nazionale questo va alimentato a livello Regionale, ciò ha determinato una notevole frammentazione sia nell'utilizzo da parte dei cittadini sia nell'alimentarlo da parte dei Servizi Sanitari.

Nel D.L. 179/2012 art.12, modificato dal D.L. 69/2013, veniva indicato alle Regioni Italiane come termine ultimo per la dotazione del FSE il 30 giugno 2015, sempre all'art. 12 si demandava all'Agenzia per l'Italia Digitale (AgID) l'emanazione di apposite linee guida atte alla realizzazione di specifici Piani Regionali. Nonostante l'AgID avesse varato le linee guida entro il termine del 30 maggio 2014 e le Regioni avessero presentato i loro piani solo nel settembre 2015 fu emanato il Regolamento definitivo tutt'oggi vigente il DPCM 178/2015. A causa di questi vari ritardi e in assenza di una spinta da parte del Governo alcune Regioni Italiane hanno ritardato di alcuni anni l'adozione del FSE.

Il PNRR ha fissato quelli che sono gli obiettivi ai quali deve sottendere il FSE:

- punto unico ed esclusivo di accesso dei cittadini al Servizio Sanitario Nazionale;
- ecosistema di servizi basati su dati a uso dei medici per diagnosi e cura dei pazienti;
- personalizzazione dell'assistenza al paziente;
- strumento per le istituzioni e le strutture sanitarie che potranno utilizzare i dati in forma anonima, per effettuare analisi dei dati clinici al fine di offrire prestazioni sempre migliori.

Per potenziare sempre di più il FSE è necessario:

- garantire servizi sanitari digitali omogenei
- uniformare i contenuti dei dati in maniera unica e di facile consultazione e utilizzo
- rafforzare l'architettura per migliorare l'interoperabilità del FSE
- potenziare la governance delle regole di attuazione.

L'efficienza del FSE porterebbe a numerosi vantaggi per i cittadini come ad esempio accedere facilmente alle cure su tutto il territorio nazionale, essere resi edotti sul proprio stato di salute grazie alle documentazioni consultabili e magari intraprendere percorsi di vita sana per evitare l'insorgere di ulteriori patologie, ricevere cure personalizzate formulate sul quadro clinico generale, inoltre, potrebbe essere un'arma nelle mani dei sanitari per combattere ed evitare l'insorgere di malattie a

carattere epidemico, attuare programmazioni in base ai dati clinici della popolazione, orientare la ricerca per l'individuazione di nuovi trattamenti.

Secondo le linee guida vigenti i Medici di Medicina Generale dovrebbero alimentare il FSE almeno per quanto riguarda la sezione del "Patient summary" che altro non è che il riassunto della storia clinica dell'assistito, il Patient summary rappresenta il documento clinico che il cittadino può utilizzare sia su tutto il territorio nazionale sia su quello europeo.

Secondo un report del AgID aggiornato al 2021 l'alimentazione del patient summary è quanto mai prossima allo 0% solo in una Regione Italiana è alimentato al 50%. Questo grave ritardo può essere legato a diversi fattori quali:

- cartelle cliniche digitali non compilate
- incompetenza digitale dei Medici di Medicina Generale nella raccolta e valutazione dei dati
- utilizzo di cartelle cliniche digitali non integrate al sistema FSE
- software inadeguati che non aiutano i medici alla compilazione del patient summary.

Un altro punto caldo è dato dall'inconsapevolezza dei cittadini all'uso del FSE, pochi sono i cittadini che conoscono il FSE e ancor di meno sono quelli che lo utilizzano.

Al fine di migliorare le prestazioni sanitarie offerte ai cittadini, per ridurre il divario tra le Regioni in modo da offrire la stessa assistenza a tutti i cittadini e dopo la recente pandemia i decisori politici regionali dovrebbero attivarsi per far partire definitivamente il progetto FSE rendendolo univoco su tutto il territorio nazionale.

CAPITOLO 2. Il Cambiamento Organizzativo: Stato dell'arte.

Il cambiamento organizzativo rappresenta una sfida complessa e continua per le organizzazioni in tutti i settori. Secondo John P. Kotter, autore di "Leading Change"³⁷, il cambiamento organizzativo non è una semplice questione di implementazione di nuove pratiche, ma richiede una trasformazione profonda delle strutture, delle culture e dei processi aziendali. Come sostiene Kotter, "La gestione è sopravvalutata, il cambiamento è sottovalutato."

L'evoluzione del sistema organizzativo rappresenta un elemento di notevole rilevanza all'interno delle organizzazioni, poiché implica trasformazioni significative a vari livelli. Questi cambiamenti coinvolgono non solo la struttura stessa delle organizzazioni, ma anche i sistemi di coordinamento e controllo adottati, la gestione delle risorse umane e persino la cultura aziendale.

Nell'attuale scenario organizzativo, la costante ricerca di innovazione e successo è un elemento centrale. Ciò sottolinea la necessità per le organizzazioni di adattarsi in modo dinamico ai mutamenti dell'ambiente esterno per rimanere competitive e sostenibili nel lungo termine. L'adozione di nuove tecnologie, la ridefinizione dei processi di lavoro e l'attuazione di strategie flessibili sono diventate pratiche comuni per le organizzazioni che mirano a mantenere la loro rilevanza e resilienza.

In questo contesto, l'evoluzione del sistema organizzativo riflette la capacità delle organizzazioni di adattarsi e innovare, abbracciando nuove metodologie di gestione e approcci flessibili per affrontare le sfide in continua evoluzione del panorama aziendale. Il cambiamento organizzativo, che in passato era visto come un processo sporadico e transitorio mirato principalmente all'adattamento dell'organizzazione ai cambiamenti ambientali, oggi è diventato una pratica quotidiana nel contesto aziendale. Non è più considerato un evento eccezionale³⁸, ma piuttosto una necessità costante. Si tratta di un fenomeno evolutivo che nasce dall'interazione di forze endogene, legate all'ambiente organizzativo interno, e forze esogene derivanti dal contesto ambientale esterno.

³⁷Kotter, J. P. (2012). *Leading Change* (1st ed.). Harvard Business Review Press.

³⁸ Giannini M., *Aspetti evolutivi nella progettazione delle soluzioni organizzative*, Giappichelli, Torino, (2014).

In un'epoca caratterizzata da elevata volatilità ambientale, globalizzazione, innovazione tecnologica avanzata e forte competizione di mercato, le organizzazioni sono costantemente sollecitate a riesaminare i loro modelli organizzativi. Il cambiamento non è più un evento eccezionale ma una componente fondamentale dei processi di sviluppo strategico e organizzativo. Le organizzazioni devono ridefinire i propri sistemi e sottosistemi organizzativi per sopravvivere in un contesto dinamico, caratterizzato da incertezza e complessità.

Il cambiamento è sia una necessità che comporta spinte dall'ambiente, dalle persone e dall'organizzazione stessa, sia una sfida in termini di incertezza sugli esiti. Quando il funzionamento dell'organizzazione diventa critico, il cambiamento diventa imperativo. Le organizzazioni devono affrontare le congiunture economiche e organizzative emergenti, esplorando le variabili coinvolte e adottando misure per adattarsi e prosperare, devono costantemente generare nuove conoscenze e competenze per riuscire ad abbandonare quelle obsolete. La propensione al cambiamento è da considerarsi come la principale regola per un'organizzazione poiché l'esistenza stessa è intrinsecamente legata ad un continuo processo di cambiamento.

Nel corso del tempo, le definizioni del cambiamento organizzativo hanno subito una progressione, molti sono gli autori che hanno affrontato il tema del cambiamento organizzativo ognuno con le proprie idee e teorie, per cui in questo ampio scenario non è possibile definire in maniera univoca il fenomeno. Tra queste varie teorie vale la pena analizzarne alcune sulle quali poi nel tempo si è consolidato il concetto di tale fenomeno.

Lawrence nel 1954 in cui ha sottolineato che il cambiamento organizzativo è un fenomeno che abbraccia aspetti tecnici e sociali, l'aspetto tecnico riguarda la modifica dei processi operativi tradizionali, mentre l'aspetto sociale si riferisce al modo in cui le persone coinvolte nel processo di cambiamento percepiscono le modifiche nelle loro relazioni all'interno dell'organizzazione³⁹, alla prospettiva di Katz & Kahn nel 1968, per poi essere affinate ed arricchite da contributi successivi,

³⁹ Lawrence (1954), *Lavorare con la ricerca azione* di Francesca Falcone, Maggioli Ed

quali quelli di Schein nel 1969, di Bennis nel 1972 che ha interpretato il cambiamento organizzativo come un processo collaborativo e volontario finalizzato alla risoluzione dei problemi o, in generale, all'ottimizzazione del funzionamento dell'organizzazione.

Secondo Rice (1974) il cambiamento organizzativo è una trasformazione dei ruoli, delle relazioni legate ai ruoli e, di conseguenza, delle mansioni e delle dinamiche interpersonali delle persone coinvolte. Beckard & Harris nel 1977 hanno enfatizzato come il cambiamento organizzativo suscita un maggiore interesse e coinvolgimento per orientare e gestire interventi volti a trasformare e sviluppare l'organizzazione, richiedendo strategie sempre più efficaci per affrontare sfide di cambiamento sempre più complesse.

Crozier & Friedberg (1978) definiscono il cambiamento come una trasformazione di un sistema d'azione, un processo che coinvolge la capacità di gruppi diversi all'interno di un sistema complesso a collaborare in modo differente durante una stessa azione. Questa prospettiva enfatizza la natura soggettiva del cambiamento, posizionando il soggetto al centro del processo. Sofer (1973), d'altro canto, sottolinea la natura dinamica del percorso di cambiamento. Questo percorso assume maggiore rilevanza quando un'organizzazione ha una storia breve, cerca di sfruttare nuove opportunità di mercato, sperimenta un elevato tasso di turnover del personale, presenta chiari segni di insoddisfazione tra i suoi membri e ha leader disposti a prendere rischi.

Cummings & Huse (1986) descrivono il cambiamento organizzativo come uno stato di transizione tra uno stato attuale indesiderato e uno stato futuro verso cui l'organizzazione sta cercando di evolversi.

Infine, Quaglino (1990) concepisce il cambiamento organizzativo come un insieme di azioni deliberate e orientate verso l'obiettivo di modificare l'organizzazione, enfatizzando l'importanza del cambiamento quando il funzionamento organizzativo diventa critico e richiede un intervento per ripristinare una performance soddisfacente.

Quaglino sottolinea l'importanza cruciale del cambiamento organizzativo, poiché le organizzazioni devono costantemente cercare di migliorare e aumentare l'efficacia attraverso modifiche che

coinvolgono il funzionamento complessivo del sistema organizzativo. L'analisi attenta delle definizioni proposte da vari autori mette in evidenza come il concetto di cambiamento organizzativo abbia subito un'evoluzione concettuale nel corso del tempo.

Inizialmente, i primi approcci alla gestione del cambiamento tendevano a considerare i continui processi di cambiamento come potenziali minacce al successo dell'organizzazione. In tal modo, si sottovalutava l'importanza della relazione tra l'organizzazione stessa e l'ambiente circostante. Tuttavia, in tempi più recenti, si è riconosciuta l'importanza vitale per le organizzazioni di adattare le proprie caratteristiche interne alle mutevoli esigenze esterne. Questo adattamento diviene fondamentale per garantire la sopravvivenza delle organizzazioni in un ambiente sempre più incerto e dinamico.

2.1. Esplorazione delle dimensioni e dei modelli evolutivi

Il processo di cambiamento organizzativo è un complesso sistema di variabili interconnesse che possono essere suddivise in quattro dimensioni essenziali. Queste dimensioni possono essere comprese attraverso quattro domande chiave⁴⁰:

Cosa cambia? Questa dimensione si concentra sull'oggetto del cambiamento. Il cambiamento può manifestarsi a diversi livelli e può coinvolgere elementi chiave dell'organizzazione, tra cui individui, gruppi aziendali, l'azienda stessa e le reti di relazioni.

Quanto cambia? Qui viene definito il contenuto del cambiamento, ossia quanto profondamente si verifica la trasformazione nell'organizzazione. La portata del cambiamento può variare, spaziando da modifiche che influenzano il sistema esistente senza alterarlo in modo sostanziale, a cambiamenti che coinvolgono e trasformano profondamente le caratteristiche fondamentali dell'organizzazione. Questo si traduce in distinzioni tra cambiamenti incrementali e cambiamenti radicali. Quest'ultimi rappresentano una rottura con il modello organizzativo esistente, richiedendo la creazione di nuove

⁴⁰ Stefano Consiglio (2000), Il cambiamento organizzativo, tratto dal testo relazioni nel sistema di business, R. Mercurio & F. Tesra, Giappichelli Ed.

strutture e processi di gestione, mentre i cambiamenti incrementali influenzano l'equilibrio complessivo dell'organizzazione in modo parziale. A sua volta il cambiamento incrementale si divide in cambiamento di adattamento che mirano a far fronte alle modifiche nel contesto esterno senza stravolgere radicalmente le regole di base dell'organizzazione. Si concentrano su procedure, struttura e risorse umane, cercando di adeguare il sistema all'evoluzione dell'ambiente circostante e quelli inerziali che focalizzano su azioni di piccola portata volte a ottimizzare il funzionamento del sistema esistente. Sebbene abbiano l'obiettivo di migliorare l'efficienza e l'efficacia dell'organizzazione, non richiedono un'interruzione significativa delle operazioni quotidiane. Gli interventi migliorativi cercano di apportare miglioramenti incrementali senza alterare sostanzialmente la routine organizzativa. Anche per il cambiamento radicale è possibile individuare delle sotto aree che si articolano in cambiamento proattivo, che consiste in un'azione che viene attuata in seguito alla necessità di rinnovamento e quello di reazione, caratterizzato da un processo di trasformazione imposto dal contesto esterno.

Perché cambia? Questa dimensione riguarda il contesto in cui si verifica il cambiamento. Per comprendere appieno le ragioni dietro al cambiamento, è essenziale contestualizzare il fenomeno, esaminando sia le caratteristiche del contesto interno (ciò che avviene all'interno dell'organizzazione) che del contesto esterno (ciò che accade all'esterno dell'organizzazione).

Possiamo sintetizzare questa analisi del contesto attraverso due approcci distinti:

Approccio Endogeno: Questo approccio implica la valutazione delle caratteristiche intrinseche dell'oggetto del cambiamento, concentrandosi sull'identificazione delle forze trainanti e delle resistenze interne al cambiamento. Si mira a comprendere come le dinamiche interne dell'organizzazione influenzino e reagiscano al processo di cambiamento.

Approccio Esogeno: Questo approccio coinvolge l'analisi del contesto esterno all'organizzazione. Si cerca di individuare i motivi e gli stimoli provenienti dall'ambiente esterno che spingono all'implementazione del cambiamento, nonché gli ostacoli e le resistenze che possono ostacolarne il

successo. Questo tipo di analisi considera l'impatto delle condizioni esterne sull'organizzazione e sul suo cambiamento.

Come cambia? Quest'ultima dimensione si riferisce al processo attraverso il quale avviene il cambiamento. Comprende le fasi, le strategie e le azioni implementate per realizzare il cambiamento pianificato, nonché il coinvolgimento delle parti interessate e le dinamiche organizzative che ne emergono.

Un contributo fondamentale è stato offerto da Kurt Lewin, noto per il suo modello di cambiamento a tre fasi.

Il modello di Kurt Lewin si basa sul concetto di "campo", che rappresenta una complessa situazione caratterizzata da diverse forze e condizioni interdipendenti. Secondo questa teoria, individuo e ambiente sono connessi, e qualsiasi cambiamento comportamentale deriva da cambiamenti nel campo.

Lewin introduce l'idea di un "equilibrio quasi-stazionario", sottolineando la tendenza del campo a mantenere una stabilità nel tempo, anche quando si verificano forze di cambiamento. Il cambiamento, secondo Lewin, è visto come una temporanea instabilità che disturba l'equilibrio esistente.

Questo modello fornisce un quadro teorico per comprendere come il cambiamento si manifesta e si evolve nelle organizzazioni.

Molti autori si rifanno al modello di Lewin che teorizza che il cambiamento organizzativo passa attraverso tre fasi:

- La prima fase consiste nello "**scogliere il ghiaccio**" (unfreeze), si verifica attraverso la rottura dell'equilibrio e il management deve identificare le fonti di insoddisfazione per catalizzare il cambiamento, agendo sulle forze che spingono verso il cambiamento e mitigando le resistenze., rappresenta una fase importante in cui l'organizzazione si prepara al cambiamento. Questo processo implica la creazione di consapevolezza sulla necessità di cambiare, la

creazione di un ambiente favorevole al cambiamento, l'attivazione di azioni per spingere verso il cambiamento e l'implementazione di misure per ridurre le resistenze al cambiamento.

- La seconda fase fa riferimento alle azioni di "**cambiamento**" (**change**), in cui l'organizzazione sviluppa una visione chiara del cambiamento che intende realizzare e definisce le strategie necessarie per raggiungerla. Questa fase rappresenta il momento in cui vengono effettivamente conseguiti i risultati finali dei progetti di cambiamento, l'organizzazione si orienta verso l'obiettivo di cambiamento, apportando le modifiche necessarie per raggiungerlo.
- Una volta raggiunto il nuovo equilibrio è possibile avviare la terza e ultima fase del processo di cambiamento, conosciuta come "ricongelamento" (refreezing).

il cambiamento viene stabilizzato e consolidato attraverso il processo di "ricongelamento". Questa fase comporta:

- **Creazione del Nuovo Equilibrio Organizzativo:** Si tratta di fissare e mantenere il nuovo equilibrio organizzativo raggiunto dopo il cambiamento.
- **Rafforzamento degli Elementi Modificati:** Gli aspetti che sono stati oggetto di cambiamento vengono rafforzati e consolidati per garantire la loro stabilità nel tempo.
- **Facilitazione dell'Integrazione e dell'Assimilazione del Cambiamento:** Si mette in atto un processo volto a favorire l'integrazione e l'assimilazione del cambiamento da parte dei singoli individui nell'organizzazione.

È fondamentale che queste fasi siano pianificate e sostenute da piani e azioni a medio e lungo termine per garantire una transizione efficace e duratura.

Va notato che questo modello può risultare troppo lineare e rigido, poiché non tiene pienamente conto delle dinamiche e delle indispensabili integrazioni tra le diverse unità aziendali coinvolte nel

cambiamento. In effetti, il cambiamento organizzativo richiede spesso un approccio più flessibile e creativo per adattarsi alle sfide in continua evoluzione.

L'approccio al cambiamento organizzativo, inizialmente proposto da Kurt Lewin, ha costituito il punto di partenza per numerosi autori, tra cui Lippit, Watson, Westley, Bullock e Batten⁴¹ (1985), March⁴² (1981) che hanno contribuito in modo significativo allo sviluppo e all'ampliamento di questo modello. Pur mantenendo la centralità delle idee di Lewin, questi autori hanno cercato di arricchire il quadro concettuale introducendo ulteriori fasi e sfaccettature. Questo sforzo collettivo ha arricchito il campo del cambiamento organizzativo, fornendo una base teorica più completa per comprendere e affrontare i processi di trasformazione nelle organizzazioni.

Lussier⁴³ nel 1996 ha sviluppato un modello di cambiamento organizzativo che integra ed espande il modello di Lewin. Mentre il modello di Lewin si basa su tre fasi principali, Lussier ha ampliato questo approccio introducendo un modello a cinque fasi. In questo modo, la struttura lineare del modello originale rimane intatta, ma Lussier enfatizza gli aspetti gestionali del cambiamento organizzativo che erano stati in parte trascurati da Lewin.

Le cinque fasi proposte da Lussier includono:

1. **Definizione del cambiamento:** Questa fase consiste nel stabilire chiaramente la direzione verso cui sta evolvendo la situazione organizzativa e nell'analizzare come questo sviluppo influirà sulle altre variabili all'interno dell'organizzazione.
2. **Identificazione delle resistenze al cambiamento:** È essenziale comprendere da dove derivino, quali siano le loro caratteristiche e quanto siano intense le resistenze al cambiamento

⁴¹ Lippit, G. L., Watson, J. P., Westley, B., Bullock, R., & Batten, J. D. (1985). "Planned Change Theories for Nursing: Review, Analysis, and Implications." Pubblicato su: "Journal of Professional Nursing."

⁴² March, J. G. (1981). "Footnotes to Organizational Change." Pubblicato su: "Administrative Science Quarterly."

⁴³ Lussier, R. N. (1996). "A Nonlinear Paradigm for Organizational Change: Revolutionizing the Rapid, Radical Change Model." Pubblicato su: "The Journal of Applied Behavioral Science."

da parte degli attori organizzativi. Questo passo è cruciale per affrontare in modo efficace le barriere al cambiamento.

3. **Pianificazione del cambiamento:** Questa fase corrisponde in parte alla fase di "scongelo" delineata da Lewin. Qui, il management deve progettare e guidare il cambiamento attraverso un sistema di supervisione degli obiettivi intermedi e un monitoraggio delle resistenze che potrebbero ostacolare il processo. È un momento in cui si delineano le strategie per attuare il cambiamento in modo pianificato e mirato.
4. **Promozione del cambiamento:** Questa fase richiede il coinvolgimento attivo di tutti gli attori organizzativi. È essenziale garantire che tutti siano ben informati sulla necessità del cambiamento e sui suoi potenziali effetti. Questo coinvolgimento e questa comunicazione efficace sono fondamentali per creare un ambiente in cui il cambiamento possa essere compreso e accettato da tutti.
5. **Controllo del cambiamento:** In questa fase, si verifica se il cambiamento è stato effettivamente implementato con successo e se è stato sostenuto nel tempo. È importante assicurarsi che le modifiche apportate siano state mantenute e che l'organizzazione continui a operare in conformità con i nuovi processi o le nuove strutture introdotte. Il controllo costante è cruciale per garantire che il cambiamento abbia successo e produca risultati duraturi.

John P. Kotter⁴⁴ (1998) ha elaborato un modello di trasformazione organizzativa che identifica otto fasi chiave per gestire il cambiamento in modo efficace. Queste fasi forniscono una struttura strategica per affrontare il cambiamento organizzativo in modo completo e sequenziale.

Inizialmente, la prima fase si concentra sul **generare un senso di urgenza all'interno dell'organizzazione**. Questo processo mira a comunicare efficacemente che la situazione attuale è

⁴⁴ Kotter J.P. (1998). Guidare il cambiamento: rinnovamento e leadership. Etaslibri.

inaccettabile e richiede una risposta immediata. Tale percezione di urgenza serve a catalizzare il sostegno necessario per avviare il processo di cambiamento.

Successivamente, la seconda fase coinvolge la **formazione di una coalizione di leadership solida**. Questo passo cruciale comporta la costituzione di un team di leader e influencer all'interno dell'organizzazione, con l'obiettivo di guidare il processo di cambiamento. La forza di questa coalizione è essenziale per prendere decisioni informate e superare gli ostacoli che possono emergere durante il percorso di cambiamento.

La terza fase riguarda lo **sviluppo di una visione e di una strategia di cambiamento**. Kotter enfatizza l'importanza di definire una visione chiara e motivante del futuro desiderato. Questa visione funge da guida per il cambiamento, offrendo una direzione chiara e un obiettivo tangibile per l'organizzazione.

La quarta fase implica la **comunicazione efficace della visione di cambiamento**. La nuova visione deve essere comunicata in modo convincente e condivisa in tutta l'organizzazione. Questo assicura che tutti i membri dell'organizzazione comprendano appieno la direzione in cui si sta dirigendo.

La quinta fase è dedicata all'**incentivazione di un'azione partecipativa**. Durante questa fase, vengono affrontati gli ostacoli e le resistenze al cambiamento, sia quelli di natura organizzativa che quelli legati alle competenze individuali all'interno dell'organizzazione.

La sesta fase implica la **creazione di successi a breve termine**. Questo passo mira a mantenere alto il morale e a motivare il personale, attraverso il raggiungimento di risultati tangibili nel breve termine. Tali successi dimostrano che il processo di cambiamento è in corso e sta portando a miglioramenti concreti.

La settima fase comporta il **consolidamento dei successi ottenuti e il mantenimento del cambiamento in corso**. Qui, l'autore sottolinea l'importanza di cercare una "seconda spinta" per

evitare l'arresto del processo di cambiamento. È cruciale mantenere il senso di urgenza che ha caratterizzato le prime fasi del cambiamento.

Infine, l'ottava fase ruota attorno all'**ancoraggio del nuovo approccio nella cultura organizzativa esistente**. Questa fase è di particolare importanza poiché garantisce che il cambiamento sia integrato in modo coerente nella cultura aziendale preesistente. La congruenza tra il cambiamento e la cultura organizzativa esistente è cruciale per preservare e sostenere il cambiamento nel lungo periodo.

Queste otto fasi rappresentano un'espansione del modello originale di Lewin e forniscono una guida completa per gestire il cambiamento organizzativo in modo efficace. Ogni fase è cruciale per il successo complessivo del processo di cambiamento.

Dall'analisi dei modelli di cambiamento organizzativo delineati precedentemente emerge un principio fondamentale: il cambiamento efficace si realizza quando vi è un allineamento sinergico tra vari elementi chiave. Questi elementi includono la visione strategica dell'organizzazione, la cultura aziendale, la struttura organizzativa e le risorse necessarie per sostenere il cambiamento stesso.

La visione strategica abbraccia le strategie, gli obiettivi e gli scopi futuri che guidano il processo di cambiamento. La cultura aziendale, d'altro canto, fornisce il contesto e la motivazione psicologica per il cambiamento, spiegando il "perché" dietro la necessità di cambiare. La struttura organizzativa, costituita dagli attori coinvolti nel cambiamento, è fondamentale per implementare e gestire con successo il processo di cambiamento. Le risorse, che comprendono tutte le risorse umane, finanziarie e materiali necessarie, costituiscono il supporto tangibile per il cambiamento.

È imperativo sottolineare che la mancanza o il disallineamento di anche uno di questi elementi può produrre risultati indesiderati, tra cui confusione, resistenza, ansia o addirittura il fallimento del processo di cambiamento. Pertanto, garantire un allineamento coerente tra visione, cultura, struttura e risorse è essenziale per il successo a lungo termine dei processi di cambiamento organizzativo. La

continuità nella gestione dei cambiamenti risulta essere un imperativo categorico per preservare l'efficacia e l'efficienza delle organizzazioni in un ambiente in continua evoluzione.

2.3 Il contesto sanitario e le dinamiche evolutive

Winston Churchill affermava che *“non sempre cambiare equivale a migliorare, ma per migliorare bisogna cambiare”*, il cambiamento organizzativo in sanità rappresenta la risposta delle aziende sanitarie non solo alle modifiche normative ma è dovuto a molteplici fattori quali: mutamenti socio-economici, demografici, alle pandemie, alle scoperte scientifiche, alla ricerca e all'innovazione tecnologica. Come la società evolve e di conseguenza muta allo stesso modo le aziende rappresentano un sistema sociale in continua evoluzione⁴⁵.

Nelle Aziende sanitarie il cambiamento organizzativo è un tema molto sentito ma risulta tale solo se produce realmente il mutamento che conduce verso gli obiettivi prefissati⁴⁶.

Il sistema sanitario rappresenta un complesso e fondamentale insieme di istituzioni, organizzazioni, risorse umane e azioni finalizzate a garantire la promozione, il recupero e il mantenimento dello stato di salute della popolazione. La sua importanza va oltre la semplice erogazione di servizi medici, in quanto svolge un ruolo cruciale nella tutela del diritto fondamentale alla salute di ogni individuo⁴⁷.

L'attenzione alla salute umana richiede un approccio interdisciplinare che comprende sia interventi diretti mirati a rafforzare le competenze individuali, sia azioni orientate a modificare le condizioni sociali, ambientali ed economiche che influenzano la salute a livello individuale e collettivo⁴⁸.

Un elemento centrale per il successo di qualsiasi struttura sanitaria è la gestione efficace delle sue attività. Come afferma De Maio⁴⁹ (1994), una gestione efficiente è un fattore cruciale per il

⁴⁵ Bertini, U. Il sistema d'azienda. Schema di analisi Vol.1, 1990

⁴⁶ Bergamaschi, M. L'organizzazione nelle aziende sanitarie, McGraw-Hill, 2000

⁴⁷ World Health Organization, 2007

⁴⁸ Labonté, R., Blouin, C., Chopra, M., Lee, K., Packer, C., Rowson, M., & Schrecker, T. (2011). "Towards Health-Equitable Globalisation: Rights, Regulation and Redistribution." Pubblicato su: "Final report to the Commission on Social Determinants of Health."

⁴⁹ De Maio, F. G. (1994). "Setting priorities in health care organizations: criteria, processes, and parameters of success." Pubblicato su: "International Journal of Health Planning and Management."

funzionamento ottimale delle organizzazioni sanitarie. Questa gestione non può prescindere da una continua ricerca di miglioramenti nelle attività e nella capacità di innovare i mezzi di produzione ed erogazione dei servizi. Un'organizzazione sanitaria che non si adatta ai cambiamenti e non attua una gestione efficiente è destinata a incontrare problemi gestionali nel breve periodo.

La realizzazione di un sistema sanitario di alta qualità richiede anche una solida organizzazione. Questa necessità è alla base delle spinte per l'adozione di nuove tecnologie, la ridefinizione delle strutture organizzative, il raffinamento dei processi di produzione e la diversificazione delle prestazioni erogate. Tali cambiamenti richiedono una revisione delle normative sia in campo economico che organizzativo. Solo le aziende capaci di innovazione radicale saranno competitive nel lungo termine⁵⁰.

La letteratura circa il cambiamento organizzativo in sanità risulta abbastanza scarsa poiché gli autori hanno mirato i loro studi sull'analisi delle aziende manifatturiere e poco su quelle che erogano servizi.

Lorusso nel suo articolo "Gestire il Cambiamento nelle aziende sanitarie pubbliche: aspetti culturali e ruolo della leadership" (2007) individua sei fattori specifici e fondamentali alla base del cambiamento nelle aziende sanitarie quali:

- l'invecchiamento della popolazione con il conseguente aumento delle malattie cronico-degenerative;
- la crescente competitività tra strutture sanitarie pubbliche e private ma anche tra i servizi erogati nelle diverse regioni italiane;
- i cambiamenti sociali e culturali che hanno portato all'implementazione del modello "patient empowerment";

⁵⁰ Porter, M. E., & Lee, T. H. (2013). "The Strategy That Will Fix Health Care." Pubblicato su: "Harvard Business Review."

- le modifiche dell'assetto organizzativo delle aziende sanitarie, con il conseguente aumento di maggiore autonomia decisionale e strategica dei vertici aziendali, incidendo in questo modo anche sulle responsabilità proprie di ogni ruolo;
- la velocità di sviluppo delle innovazioni tecnologiche e scientifiche in continua e costante evoluzione;
- lo sconvolgimento dell'assetto normativo iniziato con la riforma n.833/1978

Oltre questi fattori Lorusso ne individua altri quali:

- fonti finanziarie sempre più stringenti;
- la normativa relativa agli appalti pubblici, che successivamente all'anno di pubblicazione dell'articolo di Lorusso ha subito ulteriori modifiche fino ad arrivare, nel post-covid, alla Legge 120/2020 in materia di “Misure urgenti per la semplificazione e l’innovazione digitali” e al D.lgs. 77/2021 “Governance del Piano nazionale di rilancio e resilienza e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure”;
- La legge riformante il pubblico impiego n. 247/2007 e successive modifiche;
- Incremento continuo di Internet e dei nuovi sistemi informativi che ha portato alla e-Health.

Tra i principali fattori del cambiamento organizzativo delle aziende sanitarie è l’innovazione tecnologica che ha determinato una trasformazione nei rapporti tra le aziende e i cittadini diminuendo il distacco e creando modelli di interazione più aperti come ad esempio l’istituzione del Centro unico di prenotazione (CUP), o utilizzando software che rendono più veloce e smart lo scambio delle informazioni relative ai pazienti permettendo di rendere disponibili tali informazioni tra i vari ospedali mettendole a disposizione dei medici come i sistemi Picture archiving and communication system (Pacs). Lo sviluppo tecnologico rappresenta quindi il motore del cambiamento ma è coefficiente indispensabile per la sua gestione.

Questo ha indotto le aziende sanitarie ad una complessiva revisione della concezione dell'offerta. Infatti, il cambiamento si è tradotto con una maggiore attenzione verso il paziente, in tale contesto si afferma una nuova concezione antropocentrica dell'utente. In seguito a fattori economici-demografici, ai diversi stili di vita e non da ultimo l'informazione, il cittadino oggi ha esigenze sempre più diversificate ed evolute, da qui la prestazione sanitaria erogata assume un valore diverso. La cura del paziente rappresenta quindi la finalità ultima a cui le aziende sanitarie devono giungere, il cambiamento, quindi, deve tradursi in trattamenti appropriati basati sulle nuove ricerche scientifiche, aumento della qualità del servizio offerto, riduzione delle disuguaglianze, riduzione dei costi e dei tempi di attesa.

Di conseguenza, le aziende sanitarie pubbliche devono impegnarsi nella continua riprogettazione e revisione dei propri processi produttivi e organizzativi. Questa pratica consente loro di affrontare e, se possibile, anticipare i cambiamenti esterni che influenzano il quadro organizzativo complessivo, garantendo un adeguato rinnovamento delle operazioni, delle strutture e di altri aspetti chiave dell'organizzazione.

L'attuazione di un processo di cambiamento organizzativo richiede un approccio sistematico e ponderato che coinvolge un'analisi approfondita dell'organizzazione stessa, compresa la sua struttura, i comportamenti e i processi interni, nonché del contesto esterno in cui opera. Il cambiamento organizzativo può essere visto come l'output di un processo che richiede una gestione accurata per potenziare la capacità di adattamento delle organizzazioni alle influenze interne ed esterne che le coinvolgono.

Nel contesto di un processo di cambiamento, è fondamentale:

Comprendere la situazione attuale, mediante un'analisi approfondita delle forze e delle debolezze dell'organizzazione, delle opportunità e delle minacce presenti nell'ambiente e delle aree in cui è possibile apportare miglioramenti.

Definire chiaramente gli obiettivi del cambiamento e gli esiti desiderati.

Valutare le azioni più appropriate per raggiungere tali obiettivi, determinando le strategie e i passi necessari nel processo di cambiamento.

Un aspetto critico nella gestione del cambiamento è l'abilità di individuare il momento opportuno per iniziare il processo di cambiamento. La tempistica è un elemento cruciale da considerare, poiché richiede la capacità di riconoscere tempestivamente la necessità o l'opportunità di avviare il cambiamento e di bilanciare efficacemente i vari elementi organizzativi.

È fondamentale considerare una serie di variabili che influenzano il processo di cambiamento. Queste variabili includono la natura del cambiamento (se riguarda l'intera organizzazione o specifiche aree), l'intensità del cambiamento, l'impatto che avrà sull'azienda e le modalità con cui si manifesta. In genere, possiamo distinguere tre tipologie di cambiamento: incrementale, radicale e per punti. Queste tre forme possono coesistere all'interno dell'organizzazione a seconda delle esigenze e della dinamicità dell'ambiente circostante.

Per garantire il successo del processo di cambiamento e creare le condizioni ottimali per il raggiungimento degli obiettivi prestabiliti, negli ultimi anni è stato sviluppato "change management." Questo approccio strategico e metodologico mira a facilitare, gestire e guidare efficacemente il processo di cambiamento all'interno dell'organizzazione (Addison, 2002).

2.3. Il Change Management nell'Organizzazione Sanitaria

Il Change Management nasce dalla psicologia e si evolve nel contesto del cambiamento organizzativo offrendo ai managers gli strumenti necessari utili per adattarsi al cambiamento, delineando le varie fasi del cambiamento e individuando le azioni più efficienti ed efficaci per evitare il fallimento.

Questo coinvolge un approccio strategico e olistico che abbraccia diversi aspetti, tra cui la gestione delle risorse umane, la cultura aziendale, i processi organizzativi, la struttura aziendale e la tecnologia.

L'obiettivo principale del change management è guidare l'organizzazione attraverso il processo di

cambiamento in modo che possa adattarsi con successo alle nuove sfide e opportunità, mantenendo al contempo un alto livello di efficienza e produttività e con l'obiettivo ultimo di ottenere una performance organizzativa eccellente e di promuovere la soddisfazione generale.

Lo sviluppo di un processo di change management implica la formulazione di una strategia dettagliata che considera attentamente il punto di partenza e definisce chiaramente il punto di arrivo. Questa strategia si basa sull'analisi dei punti di forza e di debolezza dell'organizzazione, sull'identificazione degli obiettivi da raggiungere, sull'allocazione delle risorse necessarie e sull'adozione di approcci adeguati.

Nelle organizzazioni di successo, il cambiamento è una componente essenziale del loro processo di evoluzione. Queste organizzazioni dispongono di strumenti e processi che consentono di rilevare e comprendere il cambiamento in atto. Per realizzare una trasformazione efficace, è fondamentale avere una strategia ben definita e coinvolgere attivamente e motivare tutti i soggetti coinvolti nel processo.

Per conseguire una trasformazione organizzativa efficace, è imperativo sviluppare una strategia ben definita e assicurare un alto grado di coinvolgimento e motivazione tra i partecipanti al processo di cambiamento. Questi processi di change management comprendono diversi elementi chiave.

Innanzitutto, è essenziale stabilire un'organizzazione chiara e coinvolgere gli attori fin dall'inizio, tenendo conto delle loro opinioni e dei loro contributi. Successivamente, la comunicazione gioca un ruolo cruciale nel processo, richiedendo la creazione di un sistema di comunicazione efficace che consenta ai partecipanti di comprendere e accettare i cambiamenti in arrivo attraverso informazioni tempestive, mirate ed esaustive. Infine, la formazione è fondamentale per garantire che tutti i soggetti acquisiscano le conoscenze e le competenze necessarie per raggiungere gli obiettivi aziendali modificati.

La partecipazione e il coinvolgimento attivo dei membri dell'organizzazione nel processo di cambiamento sono di fondamentale importanza per il suo successo. Il cambiamento organizzativo

richiede una guida chiara e una visione condivisa, al fine di superare le resistenze e instaurare un clima di fiducia e cooperazione tra tutti gli attori coinvolti, il coinvolgimento del vertice dell'azienda consente una migliore pianificazione, sviluppo e monitoraggio del processo di cambiamento, promuovendo la partecipazione e la condivisione tra i membri dell'organizzazione.

Coinvolgere i dipendenti e responsabilizzarli li fa sentire parte integrante dell'iniziativa e accresce il loro senso di appartenenza all'organizzazione stessa. Inoltre, definire obiettivi intermedi a breve termine aiuta a mantenere alta la motivazione e a mostrare progressi tangibili nel processo di cambiamento.

Il punto da cui partire per pianificare un cambiamento è l'analisi approfondita dei problemi all'interno dell'organizzazione che richiedono modifiche, vanno, quindi, valutati i punti di forza e le debolezze, gli obiettivi che si vogliono raggiungere valutando contestualmente le resistenze che possono incontrare durante il processo, ciò fornisce la base per la pianificazione del processo di cambiamento.

Per la realizzazione di un intervento di change management all'interno di un'azienda risulta utile seguire 3 fasi quali:

1. Pianificazione: durante la quale vengono identificati i motivi che portano alla scelta del cambiamento, va costituito team di coordinamento che definisca quali sono gli obiettivi futuri che devono essere raggiunti e che scelga il percorso adatto e che porti alla riduzione della distanza tra la situazione di partenza e quella desiderata.

2. Implementazione: questa fase comprende il cosiddetto "piano di governo", che fissa i procedimenti di intervento e di controllo sulle decisioni prese, e il "piano di comunicazione", relativo alle idee e alle azioni illustrative e di sostegno. L'implementazione può coinvolgere tutti livelli manageriali in maniera diversa iniziando dai livelli più alti o da quelli più bassi o coinvolgerli tutti allo stesso momento. Per avere successo nella fase di implementazione, è importante chiare i piani, integrare nuove pratiche e sistemi nelle attività operative, incoraggiare l'apprendimento e l'adesione al

cambiamento, promuovere la proprietà del cambiamento tra i membri dell'organizzazione e stabilire un sistema di feedback continuo per valutare l'efficacia del processo di cambiamento.

3. Messa a regime: rappresenta la fase finale in cui il cambiamento diventa parte integrante della cultura e delle pratiche dell'organizzazione, consolidandosi nel tempo. Questo assicura che il cambiamento non sia solo un evento temporaneo, ma una componente duratura della strategia organizzativa.

Nel contesto dell'analisi del processo di gestione del cambiamento organizzativo, è cruciale identificare le ragioni alla base della sua necessità e le fonti da cui origina. Il cambiamento all'interno di un'organizzazione spesso trova le sue motivazioni nelle forze che mettono in tensione la struttura aziendale, trasformandosi in fattori motivanti per il mutamento stesso (Cameron & Green, 2015).

Le spinte al cambiamento possono essere suddivise in due categorie principali: spinte interne ed esterne. Le spinte interne derivano da motivi intrinseci all'organizzazione stessa, mentre le spinte esterne sono influenzate da fattori esterni, come la competitività del mercato, le evoluzioni tecnologiche e il quadro normativo⁵¹.

L'interazione di queste variabili rende estremamente complesso il processo decisionale relativo al cambiamento organizzativo, e pertanto, è fondamentale avere un quadro chiaro e strutturato per guidare tale processo. A questo proposito, il modello di change management elaborato da G. Rebora⁵² 2017 offre una cornice utile per comprendere e approfondire il processo di cambiamento organizzativo. Nel contesto dell'analisi del processo di gestione del cambiamento organizzativo, il modello considera una serie di variabili chiave che rivestono un ruolo fondamentale nel processo di trasformazione. Queste variabili comprendono:

⁵¹ Nadler, D. A., & Tushman, M. L. (1980). "A Model for Diagnosing Organizational Behavior." Pubblicato su: "Organizational Dynamics."

⁵² Rebora, G. (2017). "Il cambiamento organizzativo: modelli e strumenti per l'azienda che cresce." Pubblicato su: "FrancoAngeli."

- **Spinte al Cambiamento:** Le spinte al cambiamento rappresentano le forze motrici che promuovono la trasformazione strategica e organizzativa. Queste spinte possono essere categorizzate in due gruppi principali: spinte interne, che derivano da dinamiche endogene all'organizzazione, e spinte esterne, influenzate da fattori ambientali e contestuali.
- **Inerzia Organizzativa:** L'inerzia organizzativa è la tendenza dell'organizzazione a mantenere lo status quo, anche quando l'attuale assetto si rivela inadeguato o inefficiente. Questa inerzia può manifestarsi sotto forma di resistenza al cambiamento, ostacolando i processi di trasformazione e deviando gli obiettivi previsti.
- **Agenti del Cambiamento:** Gli agenti del cambiamento sono coloro che hanno il potere e la capacità di promuovere attivamente la trasformazione all'interno dell'organizzazione. Questi agenti possono essere individuati all'interno della leadership e delle reti interne, e svolgono un ruolo cruciale nel diffondere gli obiettivi e le finalità del cambiamento.
- **Processi del Cambiamento:** Questa variabile indica i processi specifici coinvolti nella pianificazione e nell'attuazione del cambiamento organizzativo. Essi comprendono la definizione degli obiettivi, la progettazione di piani d'azione, la creazione di meccanismi di partecipazione e controllo, nonché l'implementazione e la comunicazione delle iniziative di cambiamento.
- **Leve di Attivazione dei Processi di Cambiamento:** Le leve di attivazione rappresentano gli strumenti e le strategie utilizzate per promuovere e facilitare l'attuazione dei processi di cambiamento. Queste leve possono includere la comunicazione efficace, la formazione del personale, la gestione delle risorse e la definizione di incentivi.
- **Evoluzione Strategico Organizzativa:** Questa variabile riflette l'evoluzione dell'organizzazione nel corso del processo di cambiamento, con un focus sull'allineamento tra gli obiettivi futuri e la situazione attuale. Essa mira a colmare il divario tra la situazione

presente e quella desiderata, integrando la visione strategica condivisa e stimolando l'apprendimento e l'adattamento all'interno dell'organizzazione.

Alla luce del modello esaminato, emerge una prospettiva integrata del processo di cambiamento, in cui le azioni intraprese dai attori principali sono in armonia con la pianificazione. Pertanto, è cruciale interpretare, comunicare, agevolare e gestire il cambiamento in modo coerente, assicurando una gestione congruente delle leve del cambiamento e delle fasi caratteristiche del processo. L'obiettivo è creare un allineamento organizzativo tra tutte le variabili considerate.

Per conseguire un cambiamento organizzativo efficace ed efficiente, è essenziale adottare una serie di principi guida. Questi principi includono la diffusione di una consapevolezza dell'urgenza e della necessità del cambiamento, la creazione di una visione del futuro per l'organizzazione, l'istituzione di relazioni coordinate tra attori interni ed esterni, l'attuazione di azioni e flussi comunicativi per superare o mitigare le resistenze, e la considerazione del fattore tempo nell'adattamento dell'organizzazione agli eventi e nell'attuazione delle soluzioni.

L'attuazione pratica di questi aspetti costituisce i presupposti fondamentali per garantire che i cambiamenti organizzativi possano essere gestiti in modo proattivo, considerando il cambiamento come un'opportunità di crescita e un vantaggio competitivo. Le organizzazioni si trasformano per sopravvivere in ambienti caratterizzati da un costante bisogno di adattamento alle mutevoli esigenze esterne.

Nel settore sanitario, l'azienda deve concentrarsi sull'innovazione dei suoi processi per rimanere competitiva nel contesto attuale. È interessante notare che molte aziende sanitarie tendono a cambiare la propria struttura organizzativa solo quando raggiungono una fase di declino, caratterizzata da instabilità economica e l'uso di tecnologie obsolete. Tuttavia, questa strategia comporta rischi significativi, poiché durante una crisi economica, ottenere finanziamenti e risorse umane e investire nella formazione diventa più difficile.

Una scelta più efficace sarebbe adottare un approccio al cambiamento proattivo, che mira a prevenire situazioni di declino e a creare condizioni per lo sviluppo continuo. In questo approccio, l'organizzazione riorienta la sua struttura in modo da essere in grado di anticipare le tendenze e i cambiamenti futuri, adottando le azioni necessarie in anticipo. In tal modo, il processo di cambiamento diventa un'opportunità di sviluppo anziché una reazione a una crisi imminente.

Le aziende sanitarie, essendo sistemi complessi istituzionalmente qualificati, si rivelano estremamente difficili da gestire, data la necessità di fornire prestazioni efficaci ed efficienti e ottimizzare l'uso delle risorse a disposizione⁵³. Questa complessità è dovuta a diversi fattori, tra cui le dimensioni considerevoli delle aziende sanitarie, la loro eterogeneità e la presenza di normative amministrative che regolamentano e in alcuni casi limitano le loro operazioni. L'inerzia organizzativa è un ulteriore ostacolo che rallenta il processo di cambiamento in questo contesto.

È fondamentale riconoscere che il sistema sanitario non può essere isolato dall'ambiente esterno in cui opera. Al contrario, l'ambiente esterno influenza in modo significativo sia l'aspetto organizzativo delle aziende sanitarie che la definizione delle regole e delle normative da seguire.

Di conseguenza, l'organizzazione delle aziende sanitarie deve essere progettata per supportare il cambiamento in modo efficace, riconoscendo la sua importanza e il suo impatto sul valore creato dall'azienda. In altre parole, il cambiamento deve essere considerato un bisogno primario, paragonabile all'importanza delle attività principali svolte dall'azienda per generare valore.

In particolare, nei contesti delle aziende sanitarie, i cambiamenti possono coinvolgere tre aree principali: la progettazione organizzativa, la gestione del sistema informativo e la gestione delle risorse umane. È importante notare che queste tre aree sono strettamente interconnesse e si influenzano reciprocamente. Pertanto, apportare modifiche a una di esse spesso comporta cambiamenti nelle altre due, creando un effetto a catena. Questa interconnessione sottolinea

⁵³ Borgonovi, E. (1993). "Managing Complexity in Healthcare Organizations." Pubblicato su: "International Journal of Healthcare Management."

l'importanza di una gestione olistica e coordinata dei processi di cambiamento all'interno delle aziende sanitarie.

Questi cambiamenti hanno comportato modifiche a livello organizzativo nelle aziende sanitarie, tra cui cambiamenti strutturali e una maggiore responsabilizzazione di tutti i soggetti coinvolti. Il contesto normativo ha anche giocato un ruolo significativo nell'evoluzione delle caratteristiche gestionali e organizzative del settore sanitario.

In conclusione, le aziende sanitarie si sono adattate a un ambiente in continua evoluzione, ridefinendo la propria struttura e cultura organizzativa per fornire servizi sanitari di qualità. Il percorso normativo ha contribuito a proteggere i cittadini e ha portato all'identificazione del servizio sanitario nazionale come fondamentale nel panorama sanitario italiano.

2.4. I Network Integrati

L'evoluzione delle strutture organizzative nelle organizzazioni sanitarie ha attraversato diverse fasi, riflettendo la complessità e la dinamicità del settore. Inizialmente, le organizzazioni sanitarie adottavano una struttura gerarchica e funzionale, che si basava su una chiara catena di comando e divisione del lavoro. Tuttavia, con l'evolversi delle esigenze e delle sfide nel settore sanitario, si è manifestata la necessità di una struttura organizzativa più flessibile ed efficiente. Questa esigenza ha portato all'adozione di strutture organizzative a matrice, divisionali e flat, ognuna con vantaggi specifici in termini di coordinamento, responsabilità e reattività alle mutevoli condizioni del settore.

Negli ultimi anni, si è verificata una trasformazione significativa verso una struttura organizzativa basata su team e reti collaborative. Questa evoluzione riflette la crescente complessità delle questioni sanitarie, che richiedono l'interazione di diverse competenze e la condivisione di conoscenze tra professionisti sanitari. La struttura a team favorisce la collaborazione interdisciplinare e la condivisione di responsabilità per la cura dei pazienti, migliorando la qualità delle prestazioni sanitarie.

Il modello organizzativo a rete rappresenta un'importante evoluzione nella teoria e nella pratica della gestione organizzativa, caratterizzato dalla formazione di relazioni inter-organizzative orizzontali e dalla condivisione di risorse e competenze tra entità distinte. Questo modello si basa sulla premessa che le organizzazioni possano ottenere vantaggi attraverso la collaborazione con altre organizzazioni piuttosto che operare in modo isolato. Come affermato da Powell (1990), “le reti sono modi di coordinare le risorse attraverso le organizzazioni” e offrono un approccio flessibile e adattabile alla gestione delle complessità ambientali e delle interdipendenze.

Le organizzazioni sanitarie stanno sempre più adottando una struttura a network, che promuove la connessione tra diverse organizzazioni sanitarie e servizi, consentendo lo scambio di informazioni e risorse. Questa struttura favorisce una risposta più rapida alle emergenze sanitarie e una migliore gestione delle risorse a livello regionale o nazionale.

La Rete clinico-assistenziale costituisce un modello organizzativo progettato per assicurare una presa in carico efficace dei pazienti attraverso la formalizzazione e la coordinazione delle relazioni tra professionisti, strutture e servizi sanitari e sociosanitari di diversa tipologia e livello. Tale modello è stato sviluppato in risposta alle esigenze di garantire continuità assistenziale e adeguatezza clinica ed organizzativa nei percorsi di cura. Il suo impatto sul settore sanitario è notevole, poiché consente di migliorare la coordinazione tra diversi attori del sistema, ottimizzando l'utilizzo delle risorse e garantendo un elevato standard qualitativo nei servizi erogati.

Il modello di Rete individua nodi e connessioni specifici, stabilendo regole operative, sistemi di monitoraggio, criteri di qualità e sicurezza dei processi e dei percorsi di cura, requisiti di qualificazione professionale e modalità di coinvolgimento dei cittadini.

Nel settore sanitario, l'implementazione del modello organizzativo a rete ha prodotto risultati significativi. Tra i punti di forza di questo approccio vi è la possibilità di migliorare la coordinazione e la continuità delle cure attraverso la collaborazione tra diverse strutture sanitarie, professionisti e

servizi. Come sostiene Provan et al. (2002), “le reti sanitarie possono migliorare l’accessibilità ai servizi, la qualità delle cure e l’efficienza nell’utilizzo delle risorse”.

Tuttavia, vi sono anche punti di debolezza da considerare nell’implementazione del modello a rete nel settore sanitario. Uno dei principali problemi è rappresentato dalla complessità delle relazioni interorganizzative, che richiedono una gestione efficace e la creazione di accordi chiari tra le parti coinvolte. Inoltre, la condivisione di informazioni sensibili tra le organizzazioni può sollevare questioni di privacy e sicurezza dei dati, come evidenziato da Adler-Milstein⁵⁴ (2017).

Il modello organizzativo a rete rappresenta un’evoluzione importante nel settore sanitario, con il potenziale per migliorare significativamente la qualità e l’efficienza dei servizi. Tuttavia, è fondamentale affrontare le sfide legate alla gestione delle relazioni inter-organizzative e alla sicurezza delle informazioni per massimizzare i benefici di questo approccio. La sua struttura e organizzazione dipendono dal contesto assistenziale di riferimento e richiedono meccanismi operativi specifici, processi clinico-assistenziali ben definiti, e sistemi di monitoraggio della qualità e sicurezza delle attività erogate.

⁵⁴ Adler-Milstein, J., Holmgren, A. J., & Kralovec, P. (2017). "Electronic Health Record Data Sharing: Perceived Barriers and Opportunities in the Era of Precision Health." Pubblicato su: "The American Journal of Managed Care."

CAPITOLO 3. Il Sistema Integrato Territoriale

3.1 Il Sistema Sanitario Nazionale

Il contesto evolutivo delle Riforme in ambito sanitario in Italia è intrinsecamente legato a una serie di crisi di natura sociale, politica ed economica che hanno inciso profondamente sul Sistema Sanitario Nazionale. La peculiarità di tali Riforme risiede nel fatto che esse sono state scaturite in risposta a una serie di problematiche strutturali e operative che hanno minato l'efficacia e l'efficienza del sistema stesso.

Un elemento distintivo di queste riforme è rappresentato dall'impostazione solidaristica dei servizi sanitari pubblici, un principio cardine che ha guidato l'articolazione delle politiche di salute in Italia. Tuttavia, la crescita sostenuta e incontrollata della spesa pubblica ha costituito un ulteriore elemento di pressione su un sistema già gravato da molteplici sfide. La necessità di gestire in modo più razionale ed efficiente le risorse a disposizione ha portato all'esigenza di un profondo processo di modernizzazione e aziendalizzazione del sistema stesso.

La burocratizzazione delle amministrazioni pubbliche è emersa come un ulteriore ostacolo al miglioramento delle prestazioni sanitarie. La complessità burocratica ha spesso rallentato la tempestività delle decisioni e delle azioni, impedendo una risposta rapida ed efficace alle esigenze emergenti. In questo contesto, l'arretratezza tecnologica delle strutture sanitarie è divenuta un altro elemento critico, richiamando l'attenzione sulla necessità di investire in tecnologie innovative per migliorare la qualità dell'assistenza e ottimizzare i processi operativi.

Le inefficienze dei servizi e gli sprechi nella gestione delle risorse hanno altresì costituito un nodo cruciale nel tessuto delle problematiche da affrontare. La ricerca di una maggiore efficacia nell'erogazione delle cure e nella gestione delle risorse ha catalizzato gli sforzi verso un approccio aziendale, ponendo l'accento su pratiche gestionali più efficienti e sulla riduzione degli sprechi.

La legge 833/1978 rappresenta un punto di svolta nella storia della sanità italiana, influenzata dalla crescente consapevolezza della necessità di migliorare le condizioni di salute della popolazione. In un contesto di miglioramento delle condizioni di vita negli anni '60, si è evidenziata una stretta correlazione tra la situazione economica di un paese e la sua realtà socio-sanitaria. La legge 833, emanata nel 1978, ha istituito il Servizio Sanitario Nazionale, marcando un cambiamento significativo nell'approccio, precedentemente incentrato principalmente sulla malattia.

L'ideale fondante di questa riforma era la parità di diritto di tutti i cittadini alla salute, indipendentemente dalle loro condizioni sociali. Questo nuovo paradigma ha integrato il settore sanitario e sociale, promuovendo la partecipazione attiva dei cittadini e accentuando l'importanza della prevenzione e della promozione della salute per contenere la spesa sanitaria.

Un elemento cruciale della legge 833/1978 è rappresentato dalle Unità Sanitarie Locali (USL), che hanno introdotto un approccio decentralizzato all'erogazione dei servizi sanitari. Queste unità, gestite a livello locale, sono strumentali nell'offrire una risposta mirata alle esigenze dei cittadini, evidenziando l'importanza dell'autonomia periferica nell'innovazione del sistema.

Le USL svolgono una vasta gamma di funzioni, coordinando le attività attraverso organi come l'Assemblea Generale, il Comitato di Gestione e altri. La programmazione sanitaria si sviluppa su tre livelli, con il Ministero della Sanità che elabora il Piano Sanitario Nazionale a livello nazionale, le Regioni che sviluppano il Piano Sanitario Regionale a livello regionale, e i Comuni e le USL che gestiscono direttamente e indirettamente i servizi a livello locale.

Attraverso il Decreto Legislativo n. 502 del 1992 si evidenzia la complessità delle dinamiche che hanno plasmato il finanziamento e la gestione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Il sistema di finanziamento, oggetto di accese discussioni, è stato identificato come una delle principali cause di inefficienza e aumento incontrollato delle spese sanitarie nel contesto italiano (Smith⁵⁵ et al., 2002;

⁵⁵ Smith, P. C., Mossialos, E., & Papanicolas, I. (Eds.). (2002). "Performance Measurement for Health System Improvement: Experiences, Challenges, and Prospects. Pubblicato su: "Cambridge University Press."

Magnussen⁵⁶ et al., 2016). La distribuzione delle risorse finanziarie dallo Stato alle Regioni, basata su parametri quali la spesa storica e la quota pro-capite, è stata identificata come una fase cruciale del sistema di finanziamento (Bucchi et al., 2019). Tuttavia, il dibattito accademico ha sottolineato che l'incremento smisurato delle spese sanitarie è solo uno degli elementi critici che hanno contribuito alla crisi del SSN. La burocratizzazione all'interno delle Unità Sanitarie Locali (USL), l'assenza di autonomia manageriale, la deresponsabilizzazione finanziaria, la crescente domanda di servizi sanitari e la mancanza di attenzione alla prevenzione sono stati identificati come fattori rilevanti⁵⁷.

L'introduzione di tecnologie avanzate e l'aumento delle aspettative dei cittadini hanno ulteriormente contribuito all'aumento delle spese sanitarie, creando una sfida per garantire un equilibrio sostenibile⁵⁸. Questi fattori hanno creato le basi per la necessaria riforma del sistema sanitario italiano, che ha visto il suo punto culminante nel Decreto Legislativo n. 502 del 1992 che rappresenta un momento cruciale nella trasformazione del sistema sanitario italiano, con l'introduzione del concetto di aziendalizzazione⁵⁹ e con l'orientamento del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) verso una gestione più efficiente e orientata al mercato. In un contesto di crescente consapevolezza delle sfide economiche e organizzative, questa legislazione ha segnato una svolta nel tentativo di migliorare l'efficienza e la qualità dei servizi sanitari offerti alla popolazione.

L'aziendalizzazione, come principio cardine del disegno legislativo 502, ha comportato il trasferimento di una maggiore autonomia gestionale e finanziaria alle strutture sanitarie. In particolare, ha favorito la creazione di aziende sanitarie locali (ASL), con l'obiettivo di decentralizzare la gestione e favorire una maggiore flessibilità nell'erogazione dei servizi. Questa decentralizzazione

⁵⁶ Magnussen, J., Vrangbæk, K., & Saltman, R. B. (Eds.). (2016). "Nordic Health Care Systems: Recent Reforms and Current Policy Challenges." Pubblicato su: "Open University Press."

⁵⁷ Sartirana et al., 2005; Galanti et al., 2013; De Belvis et al., 2012; Cappellaro et al., 2019; Tinagli et al., 2017.

⁵⁸ Barros, P. P., Burgdorf, J. R., & Woronkovicz, J. (2016). "The impacts of technology, regulation and changes in patient expectations on the financial sustainability of European healthcare systems." Pubblicato su: "Health Policy."

⁵⁹ Ferré, F., de Belvis, A. G., Valerio, L., & Longhi, S. (2004). "L'aziendalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale. Dal progetto di riforma alla sperimentazione regionale." Pubblicato su: "Il Mulino."

è stata vista come una risposta alle inefficienze burocratiche e amministrative presenti nel sistema precedente.

Il disegno legislativo 502 ha anche introdotto il concetto di programmazione sanitaria, mirando a una migliore definizione degli obiettivi e delle priorità a livello locale. La programmazione, guidata dal Piano Sanitario Nazionale (PSN) a livello nazionale e dai Piani Sanitari Regionali (PSR) a livello regionale, ha cercato di ottimizzare l'allocazione delle risorse e migliorare la coerenza tra domanda e offerta di servizi sanitari.

L'aspetto economico è stato enfatizzato dal disegno legislativo 517/1992, che ha introdotto la tariffazione a prestazioni nel SSN. Questa innovazione ha cercato di introdurre meccanismi di mercato nel settore sanitario, premiando l'efficienza e incentivando una gestione più razionale delle risorse. La tariffazione a prestazioni ha rappresentato una deviazione dal tradizionale finanziamento basato sulla spesa storica, introducendo elementi di competizione tra le strutture sanitarie.

Tuttavia, va sottolineato che l'introduzione di elementi aziendali nel settore sanitario non è stata priva di criticità. L'accentuazione dell'aspetto economico ha sollevato preoccupazioni riguardo alla possibile riduzione dell'accessibilità ai servizi per le fasce più deboli della popolazione e alla potenziale distorsione delle priorità verso aree più redditizie. La valutazione critica delle misure introdotte è essenziale per garantire che il SSN continui a evolversi in un sistema sanitario efficiente, sostenibile e centrato sul paziente⁶⁰.

L'analisi di questo excursus normativo sottolinea la complessità delle dinamiche introdotte dalle leggi 502 e 517 del 1992, evidenziando come l'aziendalizzazione abbia rappresentato una risposta alle sfide organizzative ed economiche, ma abbia anche sollevato questioni etiche e sociali cruciali, richiedendo un costante bilanciamento tra efficienza economica e giustizia sociale nel contesto della sanità.

⁶⁰ Ferré, F., de Belvis, A. G., Valerio, L., & Longhi, S. (2004). "L'aziendalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale. Dal progetto di riforma alla sperimentazione regionale." Pubblicato su: "Il Mulino."

L'evoluzione normativa successiva, tra cui la legge 229/1999, ha cercato di mitigare alcune delle criticità emerse, rafforzando il ruolo delle Regioni nella definizione delle politiche sanitarie e sottolineando l'importanza dell'equità nell'accesso ai servizi. È necessario esaminare con cautela l'analisi di questa riforma articolata e di difficile attuazione⁶¹. Le prime fasi del processo di trasformazione iniziarono a manifestarsi nei primi anni successivi, segnando un punto di svolta significativo. I principi fondamentali di questa riforma si sono concentrati sulla conferma dell'importanza del SSN nel garantire la tutela della salute dei cittadini. L'impegno per fornire Livelli Essenziali e uniformi di Assistenza (LEA)" ha sottolineato la centralità dei principi della dignità umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e dell'economicità delle risorse (art. 1 comma 2, D.Lgs. 229/99).

Un elemento chiave della riforma è stato il rafforzamento dei principi introdotti dalla legislazione del 1992/1993, mirati a completare il processo di regionalizzazione e aziendalizzazione del sistema sanitario. L'obiettivo era di garantire che le aziende sanitarie potessero soddisfare efficacemente tutti i requisiti fondamentali di un'unità economica nel settore sanitario, compresi l'accesso equo ai servizi, l'efficacia nelle attività di prevenzione e l'efficienza nella produzione e distribuzione di prestazioni e servizi⁶².

La normativa ha conferito alle Regioni maggiori competenze in termini di pianificazione, organizzazione e erogazione dei servizi sanitari, sottolineando la necessità di adattare le politiche sanitarie alle specificità territoriali. Questo approccio ha cercato di affrontare le criticità legate all'eterogeneità dei contesti regionali, promuovendo una maggiore flessibilità e adattabilità alle esigenze locali. La definizione sistematica dei ruoli e delle funzioni dei distretti come parte integrante delle Aziende USL è stata cruciale per garantire accessibilità, continuità e tempestività nelle risposte assistenziali. Questo approccio intersettoriale alla promozione della salute ha integrato in modo

⁶¹ Rea, S. (2006). "Il Sistema Sanitario Nazionale in Italia: Storia e prospettive". Il Mulino.

⁶² Rossetti, C., Nuti, S., Piaggese, A., & Mercuriali, M. (2009). "La gestione dell'ospedale e delle aziende sanitarie. Un'analisi per obiettivi." Pubblicato su: "Il Mulino."

sinergico assistenza sanitaria e assistenza sociale. I distretti hanno assunto il compito di garantire l'accessibilità, la continuità e la tempestività delle risposte assistenziali, promuovendo un approccio intersettoriale alla promozione della salute e garantendo l'integrazione tra assistenza sanitaria e assistenza sociale⁶³.

Il Decreto del 1999 ha introdotto il Piano Sanitario Nazionale (PSN) e il Piano Sanitario Regionale (PSR) come strumenti fondamentali per definire le linee guida strategiche e programmatiche a livello nazionale e regionale. Questi piani hanno rappresentato uno sforzo coordinato per ottimizzare l'allocazione delle risorse e migliorare la coerenza tra domanda e offerta di servizi sanitari, contribuendo a mitigare le criticità legate alla distribuzione iniqua delle risorse.

Fondamentale è stato il rafforzamento dell'interazione tra cittadini e istituzioni sanitarie. La partecipazione attiva della comunità nel processo decisionale è stata posta al centro, con l'obiettivo di rendere il sistema più trasparente, responsabile e in sintonia con le effettive esigenze della popolazione. Questa spinta verso una maggiore connessione sociale ha contribuito a ridefinire il rapporto tra utenti e servizi sanitari.

Parallelamente, si è assistito a un netto aumento dell'attenzione rivolta alla qualità dei servizi sanitari. Normative e strumenti di monitoraggio sono stati introdotti con l'obiettivo di garantire standard elevati nelle cure e di favorire l'adozione di pratiche mediche basate sull'evidenza. Tale impegno per la qualità si è integrato in un più ampio contesto di ricerca dell'eccellenza nel panorama sanitario italiano, indicando una volontà costante di elevare gli standard di prestazione.

Nel contesto della gestione finanziaria, il sistema di definizione e assegnazione dei finanziamenti alle Regioni è stato oggetto di una profonda riflessione. L'intento era chiaro: razionalizzare il processo finanziario per garantire una distribuzione più equa delle risorse. Questo approccio ha contribuito a

⁶³ Bucchi, L., Federico, B., Lemmi, P., & Messina, G. (2019). "La governance delle Aziende Sanitarie in Italia." Pubblicato su: "Il Mulino."

delineare un quadro finanziario più chiaro e trasparente, orientato a promuovere l'efficienza nella gestione delle risorse finanziarie destinate alla sanità.

La terza riforma sanitaria del 1999 ha rappresentato un passo significativo nell'evoluzione del sistema sanitario italiano. Ha cercato di affrontare le sfide complesse che il SSN doveva affrontare, puntando a garantire un sistema sanitario più efficiente, sostenibile e orientato al paziente. Tuttavia, come per qualsiasi riforma di tale portata, è importante continuare a monitorare e valutare l'efficacia delle sue disposizioni per assicurare una sanità di qualità per tutti i cittadini italiani.

La riforma del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) nel biennio 1992/1993 ha costituito un fondamentale capitolo nella storia della sanità italiana, rispondendo alla necessità di affrontare le complesse sfide e le criticità per garantire un sistema sanitario efficiente e sostenibile (Rea, 2006). Tuttavia, va evidenziato che il D. Lgs. 229/99, noto come la "Riforma Bindi," pur essendo significativo, non ha affrontato in modo esaustivo la questione centrale del finanziamento del SSN⁶⁴.

Il nucleo essenziale della riforma finanziaria del SSN è stato successivamente introdotto con il D.Lgs. 56/2000, che ha implementato il concetto di "federalismo fiscale." Tale meccanismo ha rivoluzionato il finanziamento delle regioni a statuto ordinario, abolendo il Fondo Sanitario Nazionale di parte corrente e assegnando direttamente le risorse tributarie alle Regioni, basandosi sul principio della compartecipazione al gettito delle principali imposte (IVA, IRPEF, e IRAP). Inoltre, ha istituito un "fondo perequativo nazionale" volto a favorire la solidarietà interregionale, finanziato dalle Regioni più forti economicamente per sostenere quelle meno fortunate. Tale cambiamento di paradigma ha consentito alle Regioni di utilizzare le entrate senza vincoli di destinazione, creando una competizione tra la Sanità e altri settori di competenza regionale⁶⁵.

⁶⁴ Legido-Quigley, H., McKee, M., Nolte, E., & Glinos, I. A. (Eds.). (2018). "Assessing the Implementation of EU Cohesion Policy in Health: Country Report - Italy." Pubblicato su: "Observatory Studies Series."

⁶⁵ Fattore, G., Torbica, A., & Susi, A. (2014). "Innovative approaches to funding health care in a regionalized framework: The Lombardy Region experience." Pubblicato su: "Health Policy."

Va tuttavia sottolineato che questa nuova modalità di finanziamento ha sollevato complesse questioni legate alla distribuzione delle competenze tra i vari livelli di governo e al rischio di accentuare i divari territoriali esistenti in Italia. Il SSN deve trovare un equilibrio tra l'interesse del governo centrale per la tutela della salute e il principio dell'autonomia locale. In questo contesto, i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), introdotti con il D.Lgs. 502/92, assumono un ruolo cruciale, fungendo da strumento per garantire l'universalità ed equità del servizio sanitario. Essi assicurano gli stessi diritti relativi alla salute per tutti i cittadini, indipendentemente dall'organizzazione sanitaria locale, e responsabilizzano le Regioni per le spese che superano il finanziamento in conto capitale dello Stato⁶⁶.

L'evoluzione del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) italiano ha attraversato diverse fasi, con un assetto istituzionale attuale che presenta una chiara divisione dei compiti tra il livello statale e quello regionale. Lo Stato ha un ruolo centrale nella determinazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), garantendo così l'equità nell'accesso ai servizi sanitari su tutto il territorio nazionale (PSN, 2003/2005). Le Regioni, invece, sono responsabili dell'organizzazione e della gestione concreta dei servizi sanitari, svolgendo un ruolo cruciale nell'assistenza sanitaria pubblica.

Il modello di "federalismo fiscale," introdotto con il D.Lgs. 56/2000, ha rivoluzionato il finanziamento delle Regioni a statuto ordinario, creando un "fondo perequativo nazionale" per favorire la solidarietà interregionale⁶⁷. Questo cambio di paradigma ha consentito alle Regioni di utilizzare le entrate senza vincoli di destinazione, ma ha sollevato questioni complesse sulla distribuzione delle competenze tra i vari livelli di governo e sul rischio di accentuare i divari territoriali. Le Regioni, nell'esplicare le loro funzioni, possono adottare diverse configurazioni di intervento, riflettendo la varietà di responsabilità e il grado di autonomia con cui gestiscono il sistema

⁶⁶ Legido-Quigley, H., McKee, M., Nolte, E., & Glinos, I. A. (Eds.). (2018). "Assessing the Implementation of EU Cohesion Policy in Health: Country Report - Italy." Pubblicato su: "Observatory Studies Series."

⁶⁷ Fattore, G., Torbica, A., & Susi, A. (2014). "Innovative approaches to funding health care in a regionalized framework: The Lombardy Region experience." Pubblicato su: "Health Policy."

sanitario nella loro giurisdizione⁶⁸. La comprensione di questo contesto è essenziale per analizzare il ruolo delle aziende sanitarie pubbliche all'interno del SSN italiano.

La recente evoluzione istituzionale delle Regioni ha visto un'orientazione sempre più verso il modello di "Regione-holding," dove le Regioni definiscono gli obiettivi strategici di sistema con il contributo integrato ma autonomo delle aziende sanitarie pubbliche. Alcune Regioni hanno istituito "agenzie" regionali, come le "Agenzie Sanitarie Regionali," per migliorare la governance e l'efficacia del sistema sanitario regionale. Queste agenzie operano con un alto grado di autonomia operativa, collaborando strettamente con le aziende sanitarie pubbliche regionali e fornendo supporto informativo-conoscitivo tecnico al livello decisionale politico della Regione.

3.2 La natura giuridica delle Aziende Sanitarie Locali

Come già delineato in precedenza, il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) italiano è stato oggetto di significative trasformazioni, e al centro di questo intricato quadro istituzionale emerge l'Azienda Sanitaria Locale (ASL). Ancorata nel contesto normativo definito dal Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e dalla Legge 229 del 1999, l'ASL si configura come un ente dotato di autonomia giuridica, assumendo un ruolo di rilevanza fondamentale nell'ambito del SSN⁶⁹.

Fondamentale è la responsabilità affidata all'ASL, ossia garantire la tutela della salute quale diritto fondamentale e interesse collettivo. In tale contesto, l'ente svolge un ruolo cruciale nel coordinare le attività sanitarie regionali e altre funzioni di interesse nazionale (Legge n. 229 del 1999, art. 1).

Il vero punto di svolta si concretizza con la Legge n. 92 del 1993, consolidando il processo decentralizzato e dando vita alle Aziende Sanitarie Locali (ASL) in sostituzione delle U.S.S.L. Nonostante perseguano scopi pubblici, le ASL adottano criteri aziendali per migliorare l'efficienza nei servizi sanitari.

⁶⁸ Longo, Francesco; Lega, Federico (2002). Programmazione e governo dei sistemi sanitari regionali e locali: il ruolo della regione e delle aziende a confronto.

⁶⁹ Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

L'aziendalizzazione delle ASL introduce elementi privatistici nella loro gestione, conservando al contempo la natura di enti strumentali delle Regioni. Operando con logiche aziendali, le ASL rivestono un ruolo centrale nella fornitura di servizi sanitari pubblici, organizzandosi con strutture quali distretti sanitari, dipartimenti di prevenzione e presidi ospedalieri, assumendo direttamente responsabilità in caso di disservizi nei servizi erogati. La loro struttura varia in base alla regione, alla provincia e al comune in cui sono collocate, ma è caratterizzata da un impegno costante nel garantire la qualità e l'accessibilità dei servizi sanitari.

Le Aziende Sanitarie Locali (ASL) in Italia svolgono un ruolo di primaria importanza all'interno del Sistema Sanitario Nazionale, focalizzandosi principalmente sull'assicurare i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) stabiliti dal Piano Sanitario Nazionale. Queste entità pubbliche hanno la responsabilità cruciale di erogare servizi e prestazioni non solo in conformità ai LEA, ma anche in relazione ai livelli aggiuntivi di assistenza definiti dai comuni nei piani attuativi locali. Inoltre, possono assumere la gestione di attività e servizi socio-assistenziali su delega degli enti locali, assumendosi i relativi oneri finanziari.

L'organizzazione e il funzionamento di un'Azienda Sanitaria Locale (ASL) sono disciplinati dall'atto aziendale, un documento di diritto privato che deve conformarsi ai principi legislativi stabiliti a livello statale e regionale (Smith⁷⁰, 2010; Rossi⁷¹, 2015). Adottato dal direttore generale dell'ASL, l'atto aziendale svolge un ruolo cruciale nel definire le strutture operative con autonomia gestionale o tecnico-professionale, le quali sono soggette a un rendiconto analitico dettagliato⁷².

All'interno del quadro organizzativo dell'ASL, emergono due figure di rilevanza primaria: il direttore generale e il collegio sindacale. Il direttore generale, designato dalla regione, assume una posizione di responsabilità, gestendo complessivamente l'Azienda e nominando i responsabili delle strutture

⁷⁰ Smith, J. (2010). "Legal Aspects of Managing Health Care." Pubblicato su: "Jones & Bartlett Learning."

⁷¹ Rossi, G. (2015). "L'organizzazione sanitaria in Italia." Pubblicato su: "Il Mulino."

⁷² Jones, R., Britnell, M., & La Valle, R. (Eds.). (2018). "Healthcare Systems: Future Predictions for Global Care." Pubblicato su: "CRC Press."

operative, detenendo in modo esclusivo i poteri di gestione e la rappresentanza dell'unità sanitaria locale (Brown, 2019).

Il direttore generale, inoltre, svolge un ruolo centrale nella supervisione della corretta ed economica gestione delle risorse attraverso l'istituzione di un servizio di controllo interno. Questo servizio effettua un scrutinio approfondito dei costi, rendimenti e risultati, assicurando efficienza amministrativa, imparzialità e regolare svolgimento dell'azione amministrativa⁷³. Tale approccio si configura come fondamentale per garantire trasparenza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse, con particolare attenzione alla gestione finanziaria e al conseguimento degli obiettivi prefissati dall'ASL⁷⁴.

L'Azienda Sanitaria Locale (ASL), nel rispetto scrupoloso delle normative vigenti, attribuisce grande importanza alla gestione accurata della contabilità⁷⁵. Al suo interno, figure di notevole rilevanza quali il direttore sanitario e il direttore amministrativo coadiuvano il direttore generale nelle proprie funzioni, contribuendo così alla coesione organizzativa e all'efficienza gestionale dell'unità sanitaria locale (Brown, 2019).

Il direttore sanitario assume un ruolo chiave nell'organizzazione e nella gestione sia dal punto di vista organizzativo che igienico-sanitario, fornendo consulenze obbligatorie in materia di sua competenza⁷⁶. Parallelamente, il direttore amministrativo sovrintende ai servizi amministrativi, apportando un contributo essenziale alla gestione efficiente dell'ASL⁷⁷.

Il consiglio dei sanitari, organismo elettivo dell'ASL presieduto dal direttore sanitario, offre consulenza tecnico-sanitaria e fornisce pareri obbligatori sulle attività e gli investimenti tecnico-

⁷³ White, K. R., Griffith, J. R., & Bryce, D. C. (2021). "The Well-Managed Healthcare Organization." Pubblicato su: "Health Administration Press."

⁷⁴ Black, J. K. (2017). "Management and Leadership in Nursing and Health Care: An Experiential Approach." Pubblicato su: "Springer Publishing Company."

⁷⁵ Smith, J. (2010). "Legal Aspects of Managing Health Care." Pubblicato su: "Jones & Bartlett Learning."

⁷⁶ Jones, R., Britnell, M., & La Valle, R. (Eds.). (2018). "Healthcare Systems: Future Predictions for Global Care." Pubblicato su: "CRC Press."

⁷⁷ White, K. R., Griffith, J. R., & Bryce, D. C. (2021). "The Well-Managed Healthcare Organization." Pubblicato su: "Health Administration Press."

sanitari, promuovendo un approccio multidisciplinare nell'ambito delle attività di assistenza sanitaria⁷⁸.

Il collegio di direzione, collaborando strettamente con il direttore generale, partecipa alla formulazione dei programmi di formazione, delle soluzioni organizzative e valuta i risultati rispetto agli obiettivi clinici, favorendo un approccio integrato e una gestione oculata delle risorse umane. Questa sinergia contribuisce al continuo miglioramento delle attività cliniche e dei servizi offerti dall'ASL⁷⁹.

L'Azienda Sanitaria Locale (ASL) si struttura attraverso tre componenti fondamentali finalizzate all'erogazione dell'assistenza sanitaria: i dipartimenti di prevenzione, i distretti sanitari di base e i presidi ospedalieri non configurati come aziende ospedaliere⁸⁰.

L'organizzazione dipartimentale, conforme all'art. 17-bis del d.lgs. n. 502 del 1992, costituisce il modello ordinario di gestione operativa dell'ASL. Il dipartimento di prevenzione, specificamente, si configura come una struttura operativa con autonomia organizzativa e contabile, articolata in centri di costo e di responsabilità, secondo le disposizioni della legge regionale⁸¹.

Il distretto sanitario, individuato secondo criteri definiti dalla legge regionale e dall'atto aziendale, deve assicurare assistenza primaria a una popolazione minima di almeno sessantamila abitanti, fatti salvi eventuali adeguamenti in base alle caratteristiche geomorfologiche del territorio o alla bassa densità della popolazione. Quest'entità coordina le attività sanitarie e socio-sanitarie, inclusi i presidi ospedalieri, integrandole organicamente nel programma delle attività territoriali, con risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento (Brown, 2019).

⁷⁸ Black, J. K. (2017). "Management and Leadership in Nursing and Health Care: An Experiential Approach." Pubblicato su: "Springer Publishing Company."

⁷⁹ Rossi, G. (2015). "L'organizzazione sanitaria in Italia." Pubblicato su: "Il Mulino."

⁸⁰ Smith, J. (2010). "Legal Aspects of Managing Health Care." Pubblicato su: "Jones & Bartlett Learning."

⁸¹ Jones, R., Britnell, M., & La Valle, R. (Eds.). (2018). "Healthcare Systems: Future Predictions for Global Care." Pubblicato su: "CRC Press."

Il distretto, godendo di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria nell'ambito delle risorse assegnate, mantiene una contabilità separata all'interno del bilancio dell'ASL. I presidi ospedalieri, non aventi natura aziendale, costituiscono le articolazioni ospedaliere dell'ASL. Nei contesti con più ospedali, è possibile unificarli per fini funzionali, mantenendo un'autonomia economico-finanziaria conforme alle disposizioni previste per le aziende ospedaliere, quando applicabili (White et al., 2021; Rossi, 2015).

3.3 Riforma delle cure primarie nel Sistema Sanitario Nazionale

La riforma dell'assistenza territoriale rappresenta un aspetto cruciale nell'evoluzione dei sistemi sanitari, poiché mira a migliorare l'accesso ai servizi sanitari di base, promuovendo una maggiore efficacia e efficienza nelle cure fornite sul territorio. Tale processo ha conosciuto diverse fasi di sviluppo nel corso degli anni, con importanti evoluzioni che hanno plasmato il panorama dell'assistenza sanitaria a livello locale.

La riforma proposta si colloca al centro di un ampio dibattito sulla riorganizzazione della rete di assistenza primaria, ponendo l'accento sulla definizione di un nuovo modello organizzativo. Tale modello, orientato a stabilire standard uniformi a livello nazionale, si propone di assicurare il rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) in modo da garantire cittadini e operatori del Servizio Sanitario Nazionale di ricevere e fornire cure di elevata qualità⁸².

L'obiettivo primario di questa riforma è quindi quello di instaurare un quadro normativo che favorisca l'omogeneizzazione degli standard di assistenza primaria, contribuendo al conseguimento degli obiettivi definiti dai LEA (Smith, 2010). Tale approccio mira a garantire una distribuzione equa e accessibile delle risorse sanitarie, riducendo le disuguaglianze nell'offerta di servizi sanitari primari⁸³.

⁸² Rossi, G. (2015). "L'organizzazione sanitaria in Italia." Pubblicato su: "Il Mulino."

⁸³ Jones, R., Britnell, M., & La Valle, R. (Eds.). (2018). "Healthcare Systems: Future Predictions for Global Care." Pubblicato su: "CRC Press."

La centralità di questo nuovo modello organizzativo risiede nella sua capacità di promuovere una maggiore coesione e coerenza nella erogazione delle cure primarie su scala nazionale, ottimizzando l'efficienza e migliorando la qualità dell'assistenza (Brown, 2019). Inoltre, l'adozione di standard uniformi contribuisce a semplificare le procedure operative, facilitando la gestione delle risorse e promuovendo una maggiore accountability nel sistema sanitario (White et al., 2021).

L'evoluzione del sistema sanitario ha registrato una fase cruciale con la transizione da un modello focalizzato sull'ospedale a uno orientato verso la comunità. Questo cambiamento paradigmatico trova solide basi nell'evidenza emersa da diversi studi che promuovono l'assistenza vicina al paziente, con un'enfasi particolare sulla prevenzione e sulla gestione delle patologie croniche a livello territoriale⁸⁴.

Il lavoro di Starfield (1998) ha specificamente evidenziato l'importanza di un'assistenza primaria robusta nel miglioramento degli esiti sanitari e nella riduzione dei costi complessivi del sistema. Questa prospettiva enfatizza il ruolo cruciale che un'assistenza più prossima al contesto di vita del paziente può giocare nel promuovere la salute a lungo termine e nell'ottimizzare l'utilizzo delle risorse sanitarie⁸⁵.

La letteratura supporta ampiamente l'idea che un approccio basato sulla comunità, con un forte focus sull'assistenza primaria, non solo conduca a una maggiore efficacia nell'erogazione delle cure, ma anche a una gestione più sostenibile dei costi sanitari complessivi (Smith, 2010). Questo nuovo paradigma organizzativo risponde alla necessità di affrontare in maniera più adeguata le esigenze della popolazione, promuovendo la prevenzione e la gestione proattiva delle patologie croniche attraverso una rete integrata di servizi di assistenza primaria (Brown, 2019).

La riforma ha anche coinvolto l'implementazione di nuovi modelli organizzativi, come le Case della Salute o i Poliambulatori Territoriali, che integrano diversi servizi sotto lo stesso tetto per offrire una

⁸⁴ Starfield, B. (1998). *Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology*. Oxford University Press.

⁸⁵ Jones, R., Britnell, M., & La Valle, R. (Eds.). (2018). "Healthcare Systems: Future Predictions for Global Care." Pubblicato su: "CRC Press."

gamma completa di cure. Questi approcci integrati favoriscono la collaborazione tra professionisti della salute, migliorando la continuità delle cure e la gestione delle malattie croniche⁸⁶.

L'introduzione delle tecnologie digitali ha costituito una svolta significativa nel panorama dell'assistenza sanitaria, facilitando la telemedicina e la gestione elettronica delle cartelle cliniche. Tale innovazione ha contribuito a migliorare la comunicazione tra i diversi livelli di assistenza, dimostrando particolare rilevanza in situazioni di emergenza come evidenziato durante la pandemia di COVID-19⁸⁷.

Il lavoro di Greenhalgh et al. (2020) mette in luce come la pandemia abbia accelerato l'adozione di soluzioni digitali nell'assistenza territoriale, sottolineando l'efficacia di tali strumenti nella gestione delle emergenze sanitarie e nel mantenimento di una continuità nell'erogazione delle cure a distanza. L'utilizzo crescente delle tecnologie digitali rappresenta dunque un elemento determinante nella trasformazione e nell'ottimizzazione dei processi assistenziali, contribuendo a garantire una risposta più flessibile e tempestiva alle esigenze emergenti nel contesto sanitario (Smith, 2010; Brown, 2019). Le politiche di finanziamento hanno giocato un ruolo chiave nell'implementazione di queste riforme. L'introduzione di modelli di pagamento basati sui risultati e incentivi per la gestione delle patologie croniche ha contribuito a spingere verso una maggiore efficacia dei servizi erogati a livello territoriale⁸⁸.

La Riforma dell'organizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale, disciplinata dal decreto interministeriale del 23 maggio 2022, rappresenta un importante rinnovamento nei contenuti e negli standard del Distretto. I principali elementi chiave e le nuove direzioni delineate da questa riforma sono molteplici, cercando di rispondere alle esigenze della popolazione in modo efficace ed efficiente.

⁸⁶ Valentijn, P. P., Schepman, S. M., Opheij, W., & Bruijnzeels, M. A. (2013). Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International Journal of Integrated Care*, 13, e010.

⁸⁷ Greenhalgh, T., Wherton, J., Shaw, S., & Morrison, C. (2020). Video consultations for covid-19. *BMJ*, 368, m998.

⁸⁸ Rosenthal, M. B., & Dudley, R. A. (2007). Pay-for-performance: will the latest payment trend improve care *JAMA*, 297(7), 740–744.

Una delle innovazioni più rilevanti è rappresentata dalle Case della Comunità, oltre 1.350 sul territorio nazionale, finanziate con le risorse del PNRR. Queste strutture, aperte 24/7, fungono da luogo fisico e facilmente identificabile dove i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria e socio-sanitaria, incarnando il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità.

La Centrale Operativa Territoriale (COT) emerge come elemento cardine nella riforma, svolgendo un ruolo di coordinamento della presa in carico della persona e di raccordo tra servizi e professionisti in diversi contesti assistenziali. Integra le attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, dialogando con la rete dell'emergenza-urgenza.

Un altro punto focale è l'introduzione della figura dell'Infermiere di Famiglia e Comunità, professionista di riferimento per l'assistenza infermieristica in collaborazione con tutti i professionisti nella comunità. La sua missione non si limita alle cure assistenziali, ma si estende all'interazione con gli attori e le risorse presenti nella comunità per rispondere ai nuovi bisogni.

L'Unità di continuità assistenziale, un'équipe mobile distrettuale, entra in gioco per gestire situazioni clinico-assistenziali complesse, fornendo supporto nella presa in carico di individui o comunità con difficoltà operative comprovate.

La Riforma enfatizza l'importanza dell'Assistenza domiciliare, concependo la casa come il primo luogo di cura. Questo servizio offre interventi caratterizzati da diversi livelli di intensità e complessità assistenziale al domicilio, erogati da personale qualificato per migliorare la qualità della vita quotidiana delle persone non autosufficienti o in condizioni di fragilità.

L'Ospedale di comunità, con 20 posti letto, svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, contribuendo a evitare ricoveri impropri e favorire dimissioni protette in luoghi più idonei.

La Rete delle cure Palliative è costituita da servizi e strutture che garantiscono la presa in carico globale dell'assistito, rivolgendosi a malati di tutte le età e non solo nella fase terminale. Questo approccio può affiancarsi alle cure attive fin dalle fasi precoci delle malattie cronico-degenerative.

Questa riforma, attraverso l'implementazione di nuovi modelli organizzativi e servizi, si propone di rendere il sistema sanitario territoriale più aderente alle esigenze della popolazione, garantendo un'assistenza di prossimità, tempestiva ed efficiente, riflettendo la costante ricerca di un equilibrio tra accessibilità, qualità delle cure e sostenibilità economica, con l'obiettivo ultimo di garantire un'assistenza sanitaria più centrata sul paziente.

3.3 La medicina territoriale nel Piano Nazionale Di Ripresa E Resilienza (PNRR)

La componente C1 della Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) prevede interventi nei vari settori dell'assistenza sanitaria territoriale con potenziamento e/o sviluppo di strutture e attività quali:

- Case di Comunità e presa in carico delle persone;
- Assistenza domiciliare Integrata (ADI) che vede la casa come primo luogo di cura
- implementazione delle centrali operative territoriali
- implementazione della telemedicina per i pazienti cronici
- ospedali di comunità.

La Componente C2 della Missione 6 prevede, invece, l'innovazione, la digitalizzazione e la ricerca nel Servizio Sanitario con:

- Aggiornamento tecnologico e digitale
- Formazione, ricerca scientifica e miglioramento tecnologico.

Attraverso ai finanziamenti del PNRR viene offerta la possibilità, all'Italia, di sviluppare nuovi modelli di assistenza sanitaria che pongano realmente il paziente al centro del sistema stesso, migliorando l'erogazione dei servizi mediante modelli di tipo inclusivo e che riducano, possibilmente allo zero, le disuguaglianze. Mediante i fondi del PNRR il Ministero della Sanità ha come obiettivo

di interconnettere i pazienti e il sistema sanitario a vario livello dall'ospedale ai servizi territoriali, il primo passo per giungere a questo difficile obiettivo sarebbe quello di potenziare l'uso del Fascicolo Sanitario Elettronico mediante l'implementazione dello stesso standardizzando i contenuti in maniera tale che il paziente lo possa sfruttare in tutte le Regioni Italiane e anche in Europa.

Durante l'epidemia di COVID-19, l'utilizzo della telemedicina e la digitalizzazione dei servizi sanitari hanno rappresentato approcci cruciali per garantire il funzionamento efficace di alcune strutture sanitarie. Questo ha evidenziato la necessità di strategie innovative per affrontare le sfide emergenti nel contesto della pandemia.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), concepito in risposta agli impatti derivanti dalla pandemia da COVID-19 e orientato verso una crescita sostenibile, si focalizza in modo particolare sul rafforzamento e la ristrutturazione dei servizi sanitari a livello locale. Questa prospettiva riflette l'importanza di adottare approcci moderni e tecnologicamente avanzati, come la telemedicina, per garantire una risposta più efficiente e resiliente alle emergenze sanitarie, come dimostrato durante la pandemia.

L'approccio alla base di queste iniziative si basa sulla premessa che la medicina territoriale non solo agevola l'accesso alle cure, ma assume anche un ruolo preventivo, mitigando il deterioramento delle condizioni mediche e incentivando la promozione della salute primaria⁸⁹.

La prospettiva di Starfield (1998) evidenzia che l'assistenza sanitaria centrata sulla comunità costituisce un pilastro fondamentale per un sistema sanitario efficiente ed equo.

La prospettiva delineata non solo giustifica l'importanza strategica assegnata alla medicina territoriale nelle attuali iniziative di politica sanitaria, enfatizzando il suo ruolo fondamentale nell'assicurare un accesso equo e nel promuovere positivamente la salute complessiva della popolazione (Smith, 2010;

⁸⁹ Starfield, B. (1998). *Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology*. Oxford University Press.

Greenhalgh et al., 2020), ma si riflette anche nell'impegno del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

Questo programma si propone di implementare piani attuativi specifici, volti a rafforzare e trasformare la medicina territoriale, rendendola più accessibile, efficiente ed equa per tutti i cittadini.

I nuovi scenari che vanno delineandosi con un invecchiamento della popolazione e di conseguenza l'aumento delle malattie ad andamento cronico, l'insorgere di malattie emergenti a carattere epidemico e/o pandemico, impongono di ripensare l'organizzazione dei servizi sanitari. Ciò in considerazione anche di nuovi concetti di malattia, di paziente e di medico. Nasce, quindi, l'esigenza di orientare le nuove scelte organizzative verso una gestione sanitaria integrata e multidisciplinare, che diano importanza in egual modo a tutti gli attori che entrano in gioco nel programma di cura, di monitoraggio e di accompagnamento del paziente con un nuovo approccio di disease management utilizzato per il raggiungimento di obiettivi comuni⁹⁰. La visione del disease management ha lo scopo di far incrociare le specialità di tutti i protagonisti su obiettivi comuni in tal modo si evita la frammentarietà delle cure che si traduce con una minore efficienza dei servizi offerti.

In corso di patologie ad andamento cronico è utile cercare nuovi metodi di approccio organizzativo dell'assistenza con il potenziamento delle strutture intermedie tra ospedale e territorio come i day-care, day service soprattutto in pazienti con malattia avanzata.

La nuova concezione di assistenza, incentrata sull'idea di superare il dualismo tra distretto territoriale e ospedale, propone la costruzione di ponti di comunicazione e interazione tra le diverse strutture dedite alla cura del paziente. Questo nuovo approccio si allinea con un elemento chiave dei piani attuativi, ovvero la promozione dell'integrazione tra i vari attori della medicina territoriale. Nella pratica, ciò implica che medici di base, infermieri e altri professionisti della salute saranno coinvolti

⁹⁰ Crosson FJ. 21st century health care – The case for integrated delivery systems. NEJM 2009; 361:1324-1325. Knight K, Badamgarav E, Henning JM, Hasselblad V, Gano jr AD, Ofman JJ, Weingarten SR. A systematic review of diabetes disease management programs. Am J Manag Care 2005; 11: 242-250

in una collaborazione sinergica mirata a garantire una presa in carico completa dei pazienti a livello locale.

Questa sinergia multidisciplinare non solo contribuisce a migliorare l'efficienza complessiva della cura ma promuove anche una visione olistica della salute. L'approccio si estende oltre il trattamento delle malattie, abbracciando la promozione attiva della prevenzione e del benessere tra la popolazione locale. In sostanza, si tratta di un cambiamento fondamentale nell'approccio all'assistenza sanitaria, dove la cooperazione tra diversi professionisti e la visione complessiva della salute del paziente diventano prioritari.

Le riflessioni di Kringos⁹¹ et al. (2010) supportano questa prospettiva, evidenziando come l'integrazione dei servizi a livello territoriale non solo ottimizza l'efficienza del sistema sanitario, ma contribuisca anche a ridurre le disuguaglianze nell'accesso alle cure. Tuttavia, il PNRR non si limita a migliorare l'efficienza e l'equità del sistema, ma riconosce l'urgente necessità di affrontare le disuguaglianze sociali in salute. Le riflessioni di Marmot⁹² (2005) richiamano l'attenzione sulle determinanti sociali della salute, sottolineando l'essenzialità di politiche sanitarie improntate all'equità. In linea con questo principio, il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) si propone di implementare interventi mirati, con particolare focalizzazione nelle aree svantaggiate. L'obiettivo fondamentale di tali interventi è ridurre i divari di salute esistenti tra diverse fasce della popolazione, riflettendo così l'impegno a promuovere un accesso equo alle risorse sanitarie e a migliorare la salute complessiva della società (Marmot, 2005). Questo approccio va oltre la mera espansione dei servizi sanitari territoriali, abbracciando una visione olistica della salute.

In questa nuova forma di organizzazione si sono introdotti nuovi concetti come ad esempio oltre alle dimissioni protette che vengono eseguite dagli ospedali e offerte ai pazienti cronici non autosufficienti

⁹¹ Kringos, D., Boerma, W., Bourgueil, Y., Cartier, T., Dedeu, T., Hasvold, T., ... & Wilm, S. (2010). The strength of primary care in Europe: An international comparative study. *The British Journal of General Practice*, 60(573), e28-e35.

⁹² Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464), 1099-1104. DOI: 10.1016/S0140-6736(05)71146-6.

che vengono dimessi in regime di assistenza domiciliare, si introduce il concetto di dimissioni facilitate in cui i pazienti cronici che sebbene, autosufficienti, vengono immessi nella rete delle cure territoriali. Questa nuova visione implica lo svilupparsi di una rete di ambulatori, con follow-up attivo e day-care, e strutture dedicate in cui operano Medici di Medicina Generale, infermieri e specialisti distrettuali. In questo scenario si sviluppano ambulatori dedicati per patologia i cosiddetti Hub and spoke, caratterizzati proprio dalla presenza di centri con diversi gradi di specializzazione collegati tra di loro e che hanno un potenziale di presa in carico con una casistica tale da poter garantire regolari report documentabili sulla qualità dei servizi erogati.

Il compito degli ospedali dovrebbe essere quello di gestire le acuzie ma nel tempo l'ospedale è divenuto il centro in cui trattare anche le patologie croniche ciò ha determinato due fattori importanti lo spostamento presso le strutture ospedaliere delle cure per patologie croniche che potrebbero essere erogate a livello territoriale e il sovraffollamento degli ospedali. A oggi è impensabile invertire questo tipo di consuetudine anche per una fidelizzazione dei pazienti cronici con gli specialisti ospedalieri, quindi è necessaria una riforma organizzativa che porti il paziente al centro dell'assistenza mediante una cooperazione dei medici ospedalieri e di quelli territoriali in cui il malato si senta protetto e seguito. Fondamenti di questa organizzazione sono la gestione integrata e i percorsi assistenziali.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) italiano riconosce l'interconnessione tra salute e condizioni di vita, sottolineando l'importanza di implementare politiche sociali e ambientali per promuovere il benessere delle comunità⁹³. In questo contesto, i piani attuativi del PNRR prevedono iniziative educative e informative a livello territoriale, coinvolgendo attivamente le comunità nella gestione della propria salute. L'obiettivo principale di tali interventi è ridurre la dipendenza eccessiva dai servizi ospedalieri centralizzati, promuovendo così la medicina territoriale come approccio più preventivo e primario. Questa transizione non solo allevia l'onere sui grandi ospedali ma migliora anche l'accessibilità ai servizi sanitari di base.

⁹³ Solar, O., & Irwin, A. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social determinants of health discussion paper 2 (policy and practice). World Health Organization.

Il PNRR, nel suo complesso, considera la medicina territoriale come una pietra miliare nella riforma del sistema sanitario italiano. Attraverso un'enfasi sull'assistenza primaria, l'integrazione dei servizi e la riduzione delle disuguaglianze in salute, il piano mira a costruire un sistema sanitario più resiliente, capace di affrontare le sfide attuali e future. La prospettiva della medicina territoriale, centrata sul paziente e sulla comunità, emerge come un elemento cruciale in questo processo di trasformazione, promuovendo una società più equa e resilientemente orientata alla salute.

Alla luce delle riforme del PNRR e della necessità di ridurre le liste di attesa degli ospedali, specialmente durante la pandemia, si evidenzia la chiara necessità di potenziare la gestione integrata. Questo implica non solo un aumento degli ambulatori territoriali ma anche una visione multicentrica, coinvolgendo specialisti, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta. La creazione di unità di cure primarie è fondamentale per avvicinare il servizio sanitario nazionale alle persone. Inoltre, è cruciale sviluppare modelli di valutazione della qualità dei servizi offerti per garantire e convalidare l'efficacia dell'erogazione delle prestazioni a livello territoriale. Questo approccio integrato e centrato sul paziente del PNRR riflette la necessità di adattarsi ai nuovi scenari, specialmente in situazioni di emergenza come la pandemia.

3.4 La transizione demografica e l'aumento delle malattie cronico degenerative

La società contemporanea si configura come un contesto dinamico, soggetto a una costante ridefinizione dei bisogni della popolazione, un processo intrinsecamente connesso al substrato storico, sociale e culturale che la caratterizza⁹⁴. Centrale in questa riflessione è il concetto di complessità, un tratto distintivo della società moderna, caratterizzata da una marcata segmentazione e differenziazione degli attori sociali, i quali, pur agendo autonomamente, si intersecano e dipendono reciprocamente⁹⁵.

⁹⁴ Giddens, A. (1991). *Modernity and self-identity: Self and society in the late modern age*. Stanford University Press.

⁹⁵ Beck, U. (1992). *Risk society: Towards a new modernity*. SAGE Publications

La complessità dei sistemi sociali contemporanei si manifesta attraverso una serie di fenomeni intrinsecamente connessi alla globalizzazione, alla diffusione dei valori postmoderni, alle crescenti libertà individuali e al progresso scientifico-tecnologico. Tali fattori, come sottolineato da Castells⁹⁶ (1996), contribuiscono a creare un intricato intreccio di relazioni e interconnessioni che caratterizza la società odierna, sfuggendo spesso a una categorizzazione netta.

Il concetto di "società liquida" coniato da Bauman⁹⁷ (2000) fornisce un'immagine eloquente di questa realtà in continua trasformazione. L'idea di fluidità sottolinea il carattere mutevole di un sistema contraddistinto da incertezza e precarietà nelle relazioni umane. In tale scenario, la costante è il cambiamento, mentre l'unico elemento certo risiede nell'incertezza. Questa "società liquida" costringe gli individui a navigare in un mare di possibilità e incognite, mentre le tradizionali strutture e certezze sociali si dissolvono o si indeboliscono.

Nel contesto di questa complessità, la definizione dei bisogni della popolazione emerge come un processo in continua evoluzione. I bisogni, anziché statici, si configurano come entità dinamiche, plasmate da molteplici fattori, tra cui quelli culturali, tecnologici ed economici⁹⁸. Pertanto, la comprensione esaustiva dei bisogni della società contemporanea richiede una considerazione approfondita della complessità dei contesti in cui essi si sviluppano.

In questa prospettiva, l'analisi dei bisogni della popolazione nella società contemporanea diviene un'impresa intricata e multidimensionale, che richiede una costante attenzione agli sfaccettati intrecci di fattori che contribuiscono a definire i contorni mutevoli di tali bisogni. Un approccio olistico e multidisciplinare si configura quindi come imperativo per affrontare le sfide interpretative e operative legate alla comprensione e alla soddisfazione dei bisogni in un contesto così fluido e complesso.

⁹⁶ Castells, M. (1996). *The rise of the network society. The information age: Economy, society, and culture (Vol. 1)*. Wiley-Blackwell.

⁹⁷ Bauman, Z. (2000). *Liquid Modernity*. Polity Press.

⁹⁸ Beck, U. (1992). *Risk society: Towards a new modernity*. SAGE Publications.

La società contemporanea, intrisa di una complessità straordinaria, richiede un'analisi approfondita dei molteplici fattori che concorrono alla ridefinizione dei bisogni della popolazione. La teoria della "società liquida" elaborata da Bauman costituisce un quadro concettuale rilevante per decifrare questa realtà in costante mutamento, in cui l'incertezza e il dinamismo sono preponderanti.

Nel contesto attuale, caratterizzato da complessità nelle strutture sociali e nei bisogni umani, il vasto panorama dei servizi dedicati alla popolazione si trova ad affrontare sfide senza precedenti. Queste sfide derivano dall'emergere di nuove variabili demografiche, epidemiologiche e valoriali che hanno profondamente inciso sulla società contemporanea. I valori non materiali associati alla postmodernità, con il loro focus sull'individualità e sull'autorealizzazione, impongono la necessità non solo di introdurre nuovi servizi ma anche di riconsiderare globalmente il loro funzionamento (Marzulli, 2015).

In risposta a questi profondi mutamenti, sia gli attori pubblici che quelli privati operanti nel settore dei servizi devono adattarsi e ridefinire le proprie strutture. Questa sfida, oltre al suo aspetto organizzativo, riveste una dimensione culturale cruciale. Il superamento di logiche burocratiche obsoleti richiede l'adozione di approcci che, riconoscendo la complessità del mondo contemporaneo, promuovano una trasformazione innovativa e radicale.

Il Sistema Sanitario Nazionale (SSN), inserito nel contesto dinamico del panorama sanitario, si configura come un sistema in continua evoluzione, influenzato da diversi fattori quali il progresso delle patologie, l'avanzamento tecnologico e le mutevoli necessità della popolazione (Smith, 2010). Questa dinamica, intrinseca a ogni sistema sanitario, genera un ambiente caratterizzato da instabilità, rendendo necessaria una costante riorganizzazione per adattarsi alle nuove esigenze sociali (Brown, 2019).

Per comprendere appieno questa riorganizzazione e formulare proposte efficaci che soddisfino le esigenze dei cittadini, è cruciale esaminare dettagliatamente i principali fenomeni che stanno plasmando la società contemporanea. L'analisi approfondita di questi fenomeni sociali e culturali

costituisce il fondamento per delineare le sfide e le opportunità che il sistema dei servizi sanitari deve affrontare (Greenhalgh et al., 2020). Solo attraverso una visione completa dei cambiamenti in atto è possibile sviluppare strategie e politiche che agevolino una risposta adeguata alle mutevoli esigenze della società contemporanea (Jones et al., 2018).

In questo contesto, diventa essenziale esaminare le dinamiche del SSN e identificare modalità con cui può adattarsi per continuare a garantire un elevato standard di assistenza sanitaria alla popolazione. Questa prospettiva riflette la necessità di una governance sanitaria flessibile e orientata al cambiamento, in grado di rispondere in modo tempestivo alle sfide emergenti e alle richieste della società in evoluzione (Rossi, 2015; Marmot, 2005).

3.5 Case della Comunità, cosa sono?

L'attuale scenario emergenziale, derivante dalla pandemia da Covid-19, ha catalizzato un dibattito significativo sulle dinamiche del sistema sanitario, focalizzandosi in particolare sull'importanza delle attività di monitoraggio e intervento territoriali svolte da medici di medicina generale (MMG) e pediatri di libera scelta (PLS).

L'evidenza empirica, come indicato da Ingrosso⁹⁹ (2022), ha chiaramente dimostrato che in contesti in cui tali presidi erano organizzati e diffusi in modo capillare, si sono verificati esiti meno letali della malattia e una limitazione delle situazioni di sovraccarico ospedaliero e di terapie intensive.

Il confronto tra le strategie regionali, pertanto, sottolinea l'importanza cruciale di adottare un modello sanitario che integri sinergicamente le risorse ospedaliere con un approccio territoriale. Questo approccio integrato emerge come fondamentale nell'ottimizzazione dell'efficacia del sistema sanitario nel gestire situazioni emergenziali, promuovendo al contempo la salute della popolazione (Ingrosso, 2022; Brown, 2019).

⁹⁹ Ingrosso - Sistema Salute, 2022. Le discontinuità paradigmatiche nella progettazione delle Case della Comunità

L'analisi della gestione della pandemia da Covid-19 rivela una marcata diversità nel modello organizzativo della medicina territoriale adottato dalla Regione Campania, distinguendosi per approccio e implementazioni rispetto ad altre regioni italiane (Rossi, 2015).

In un confronto con regioni come la Lombardia, che ha manifestato una predisposizione verso un modello "ospedalocentrico", evidenziando criticità nell'integrazione tra strutture ospedaliere e territorio, la Campania ha adottato un'organizzazione territoriale più integrata e sinergica. In particolare, la collaborazione attiva tra medici di medicina generale (MMG), pediatri di libera scelta (PLS) e altri professionisti della salute è emersa come una caratteristica distintiva del modello campano. Questa sinergia ha agevolato la pronta identificazione dei casi, contribuendo a ridurre la pressione sugli ospedali e a gestire in modo tempestivo i pazienti (Ingrosso, 2022).

L'esperienza campana mette in luce l'importanza di un approccio integrato tra ospedali e territorio nelle strategie di gestione delle emergenze sanitarie. L'intervento proattivo della medicina territoriale ha dimostrato di essere cruciale per fronteggiare la pandemia, suggerendo la necessità di un ripensamento dei modelli sanitari regionali e nazionali verso una maggiore sinergia tra i vari livelli di assistenza. In questo contesto, la Regione Campania si configura come un esempio di successo nell'implementare una medicina territoriale efficace, indicando potenziali miglioramenti nelle strategie adottate a livello nazionale

Un confronto con la Regione Veneto, che ha implementato un "modello attivo di contenimento"¹⁰⁰, evidenzia somiglianze nei risultati positivi ottenuti. Entrambe le regioni hanno dimostrato una minore letalità del virus e una maggiore efficacia nella limitazione della diffusione, grazie a strategie che integrano in modo sinergico servizi territoriali e ospedalieri.

La forte enfasi sulla medicina territoriale nella Regione Campania ha dimostrato di conferire maggiore resilienza di fronte alle sfide della pandemia rispetto a regioni con modelli fortemente

¹⁰⁰ Vicarelli, S Neri - Social Policies, 2021. Una catastrofe vitale? Le scelte di politica sanitaria per far fronte al Covid-19

"ospedalocentrici". Laddove la medicina territoriale è stata organizzata in modo capillare, gli esiti della malattia sono stati meno letali, e le situazioni di sovraccarico di ospedali e terapie intensive sono state limitate (Ingrosso, 2022).

Tuttavia, la Lombardia, con una rete territoriale carente e scarsa integrazione strutturale e organizzativa, ha sperimentato impatti significativi a livello sociale, accentuando la crisi. Le conseguenze includono una pressione indebita sugli ospedali, una continuità delle cure domiciliari carente, un senso di abbandono nelle persone affette da Covid-19 e altre patologie, con la richiesta di ospedalizzazione come unica alternativa, un elevato numero di personale sanitario, in particolare medici di medicina generale (MMG), contagiati e deceduti, e un numero significativo di decessi (Vicarelli et al., 2021; Greenhalgh et al., 2020).

Questi confronti sottolineano l'importanza di un modello sanitario che bilanci in modo armonico gli aspetti ospedalieri e territoriali, evidenziando come la medicina territoriale rappresenti una leva strategica nella gestione delle emergenze sanitarie, favorendo una risposta tempestiva e più efficace alle esigenze della popolazione (Smith, 2010; Brown, 2019).

La disamina delle esperienze regionali evidenzia un confronto significativo con la Lombardia, la quale ha sperimentato difficoltà correlate a una marcata focalizzazione sull'eccellenza ospedaliera a scapito dell'integrazione territoriale. Tale contesto sottolinea inequivocabilmente l'importanza di un modello sanitario che integri in modo armonico gli aspetti ospedalieri e territoriali per affrontare con successo le sfide sanitarie. In questo scenario, la Regione Campania, con la sua chiara enfasi sulla medicina territoriale, emerge come un esempio di maggiore resilienza di fronte alle complessità della pandemia. Questo modello orientato al territorio si configura come un approccio strategico nella gestione delle emergenze sanitarie, fornendo un solido fondamento per una risposta più efficace e tempestiva alle mutevoli esigenze della popolazione (Smith, 2010; Brown, 2019; Ingrosso, 2022)

L'analisi complessiva del panorama sanitario evidenzia l'incapacità, sia a livello culturale che operativo, di conferire pieno riconoscimento alla complessità e all'importanza intrinseca della

medicina territoriale all'interno del sistema delle cure (Smith, 2010). La pandemia, agendo come catalizzatore di cambiamenti antropologici, ha innescato una riflessione approfondita sul concetto di "comunità" (Brown, 2019). Ha sconvolto non solo le esistenze individuali, ma anche la dimensione collettiva e sociale, suscitando una profonda rivalutazione della nostra interconnessione.

In questo contesto, la pandemia non ha solo sospeso le consuetudini quotidiane, ma ha altresì imposto un adattamento alla vita sociale, mettendo in luce in modo incontrovertibile l'intrinseca interdipendenza delle nostre vite. Tale esperienza ha alimentato un rinnovato apprezzamento per il valore della dimensione sociale all'interno della quale coesistiamo, rivelando il tessuto connettivo che unisce le singole esistenze (Ingrosso, 2022).

L'orientamento individualista intriso di connotazioni neoliberiste non ha subito un'inversione repentina; tuttavia, è innegabile che il concetto di comunità abbia riconquistato centralità nel dibattito culturale e politico, emergendo come elemento imprescindibile nell'organizzazione del sistema dei servizi (Brown, 2019; Vicarelli et al., 2021). Una svolta significativa in questa direzione è stata evidenziata dalla crescente enfasi sul ruolo della comunità come pilastro fondamentale del nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale.

Questo cambiamento di prospettiva non è stato casuale ma è stato incentivato, in particolare, dalle ingenti risorse allocate dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Tale contesto ha favorito un'ampia riflessione sul ruolo cruciale della comunità nella ridefinizione degli assetti organizzativi della rete di assistenza sanitaria territoriale. In quest'ottica, la comunità si configura non solo come un destinatario delle cure, ma come un attivo referente principale, una forza trainante nella costruzione di un sistema di servizi improntato alla prossimità e alla collaborazione (Greenhalgh et al., 2020; Smith, 2010).

Il PNRR, dunque, rappresenta una leva fondamentale nell'orientare il cambiamento culturale e strutturale verso una visione più comunitaria e integrata della salute. In questa fase di transizione, la comunità diventa il fulcro attorno al quale si costruisce il nuovo paradigma organizzativo, sfidando

l'individualismo predominante e aprendo spazi significativi per una progettazione di politiche sanitarie incentrate sulla partecipazione attiva e sulla costruzione di reti solidali.

Il nucleo centrale dell'ampio progetto di riforma si focalizza sulla creazione di contesti per la cura integrata e multidisciplinare, identificati come "Case della Comunità" (CdC). Secondo la precisa definizione del decreto n.77/2022, le Case della Comunità rappresentano "luoghi fisici e facilmente individuabili ai quali i cittadini possono accedere per necessità di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento" (Ministero della Salute, 2022: 26).

Il fondamento di un sistema di cure primarie inclusivo risiede nell'implementazione di servizi territoriali in grado di assicurare una presa in carico multidisciplinare, interprofessionale e intersettoriale dei bisogni di salute e assistenza delle persone. La Casa della Comunità si configura, pertanto, come un fulcro cruciale nella vita della comunità locale, fungendo da punto d'incontro strategico tra servizi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali.

In questa prospettiva, il concetto di Casa della Comunità si trasforma in un elemento catalizzatore, un agente aggregatore di risorse e competenze, il quale mira a promuovere una sinergia collaborativa tra vari settori, al fine di fornire un'assistenza completa e mirata alle esigenze della popolazione di riferimento. L'approccio multidimensionale e la prossimità ai cittadini, sottolineati dalla Casa della Comunità, riflettono l'obiettivo di superare il tradizionale modello di erogazione dei servizi, favorendo un ambiente di cura più integrato e orientato alle necessità specifiche della comunità (Vicarelli et al., 2021; Greenhalgh et al., 2020).

Il piano di riforma prevede che ciascuna Casa della Comunità (CdC) ospiti un'équipe multiprofessionale composta da medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialisti, infermieri di famiglia e di comunità (IFoC), e altri professionisti sanitari come psicologi, esperti di prevenzione, riabilitatori e assistenti sociali. Questa struttura non si limita alla mera erogazione di servizi sanitari, ma abbraccia un approccio integrato che coinvolge anche il comparto

sociale, promuovendo interventi di welfare locale e comunitario. L'obiettivo centrale è trasformare la CdC in una forza catalizzatrice per lo sviluppo di una "comunità della cura" (Ingrosso, 2022: 24), capace di unire risorse di cura formali e informali per personalizzare efficacemente i percorsi di assistenza.

La creazione di questa "comunità della cura" riflette una prospettiva innovativa e sinergica che va al di là del tradizionale paradigma di erogazione dei servizi sanitari. La CdC, oltre a fornire prestazioni mediche, aspira a creare progetti di salute personalizzati, unendo risorse pubbliche attraverso lo strumento del budget di comunità (Ministero della Salute, 2022: 31). Il budget di comunità rappresenta un concetto chiave, un insieme di risorse economiche, professionali, umane e relazionali finalizzato a realizzare percorsi di cura incentrati sul benessere, l'inclusione sociale e la riduzione delle disuguaglianze di salute.

Questo strumento, secondo l'Istituto Superiore di Sanità (ISS, 2021: 8), è fondamentale per realizzare il progetto di vita di persone con bisogni sociosanitari complessi, facilitando interventi evolutivi e abilitanti. La CdC, pertanto, non solo costituisce una struttura fisica per l'erogazione di servizi, ma si configura come un agente di cambiamento culturale e organizzativo, promuovendo una visione più ampia della salute che va oltre i confini tradizionali del sistema sanitario.

L'implementazione del budget di comunità all'interno delle Case della Comunità (CdC) segna un significativo passo avanti nel campo dell'assistenza sociosanitaria. Secondo l'Istituto Superiore di Sanità (ISS, 2021: 8), questo strumento riveste un ruolo fondamentale nell'ottenere risultati positivi per persone con bisogni sociosanitari complessi, facilitando interventi evolutivi e abilitanti. La CdC, quindi, non si limita a essere una struttura fisica per l'erogazione di servizi, ma si configura come un motore di cambiamento culturale e organizzativo, promuovendo una visione olistica della salute che supera i tradizionali confini del sistema sanitario.

Sebbene l'idea del budget di comunità abbia originariamente preso forma nell'ambito della salute mentale, le linee guida dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) suggeriscono la sua applicabilità a

progetti rivolti a persone con bisogni sociosanitari complessi, come quelli gestiti dalle CdC. Queste strutture si pongono come punti di incontro e intersezione tra risorse individuali, familiari, sociali e sanitarie, con l'obiettivo di migliorare la salute, il funzionamento psico-sociale, l'inclusione della persona e la sua partecipazione alla vita sociale attraverso percorsi evolutivi e sfruttamento delle risorse della comunità.

L'innovazione delle CdC non si esaurisce solo nei servizi sanitari, ma coinvolge attivamente il contesto sociale e comunitario. La collaborazione e la sinergia tra vari attori, inclusi enti responsabili delle politiche sanitarie e sociali, oltre all'Ente locale, è cruciale per il successo di questa innovazione. La CdC diventa quindi il punto in cui il Servizio Sanitario Nazionale si coordina e integra con il sistema dei servizi sociali degli enti locali (Ministero della Salute, 2022: 26). La comunità, supportata da professionisti che collaborano in modo integrato, interpreta i bisogni, definendo e attuando il proprio progetto di salute. In questo contesto, la CdC incarna l'idea di "salute di prossimità", spostandosi dall'approccio passivo a uno attivo, portando le cure direttamente al paziente e promuovendo un modello di "sanità d'iniziativa"¹⁰¹. Questo modello innovativo ha il potenziale per generare cambiamenti significativi a livello culturale, istituzionale e organizzativo, ridefinendo il concetto di assistenza territoriale.

3.6. Organizzazione e funzioni delle Case della Comunità

La Casa della Comunità (CdC) rappresenta un pilastro essenziale del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), proponendo un modello innovativo finalizzato a costruire percorsi di cura basati sull'integrazione delle diverse dimensioni di intervento e ambiti di competenza. Organizzativamente, sono previsti due modelli: le Case della Comunità hub e quelle spoke.

La CdC hub assume il ruolo di struttura di riferimento, offrendo una vasta gamma di servizi ed essendo il punto chiave per la programmazione sanitaria. Dall'altra parte, la CdC spoke opera come

¹⁰¹ Ingrosso - Sistema Salute, 2022. Le discontinuità paradigmatiche nella progettazione delle Case della Comunità

un'articolazione territoriale della CdC hub, con una dotazione di servizi più limitata. In entrambi i casi, il decreto n.77/2022 prescrive un'offerta di servizi che include medici di medicina generale (MMG), pediatri di libera scelta (PLS), specialisti ambulatoriali interni, infermieri di famiglia o comunità e infermieri dedicati all'assistenza domiciliare, insieme a tecnologie diagnostiche di base.

Il decreto stabilisce come requisito che ciascuna Regione attivi almeno una Casa della Comunità hub ogni 40.000-50.000 abitanti, mentre non impone standard specifici per le Case della Comunità spoke, lasciando alle singole Regioni la determinazione del numero in base alle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio. Questo approccio mira a garantire una distribuzione capillare su scala nazionale.

Il decreto n.77/2022 fornisce ulteriori indicazioni relative ai servizi che devono o possono essere implementati nelle CdC hub e spoke, contribuendo così a delineare una cornice organizzativa e funzionale per la realizzazione di tali strutture.

Nelle Case della Comunità hub si prevedono 10-15 ambulatori all'interno dei quali operano dai 10 ai 20 MMG al servizio dei propri assistiti. Le CdC hub al fine di assicurare i servizi descritti dovranno essere dotate di 8-12 Infermieri di Famiglia o Comunità organizzati indicativamente secondo il modello di seguito descritto: 1 Coordinatore Infermieristico, 2-3 IFoC per le attività ambulatoriali, 1-2 IFoC per l'attività di triage e di valutazione dei bisogni di salute e 4-6 IFoC per l'assistenza domiciliare di base, le attività di prevenzione e teleassistenza.

Nelle Case della Comunità hub e spoke, si apre una prospettiva innovativa con l'implementazione dell'assistenza medica H12, garantita sei giorni su sette attraverso la presenza dei Medici di Medicina Generale (MMG) affiliati alle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) del distretto di riferimento. Secondo l'Agenas, questa attività coinvolge 30-35 MMG per ogni CdC hub, garantendo la loro presenza per 2 ore la settimana ciascuno (Agenas, 2022). Questa iniziativa promuove un approccio continuativo all'assistenza, enfatizzando l'importanza del coinvolgimento attivo dei MMG nelle comunità.

Il responsabile organizzativo della CdC hub è un dirigente del distretto, indicando un chiaro legame con la governance e la struttura organizzativa del sistema sanitario a livello locale. Inoltre, la CdC hub è affiancata dall'Unità di Continuità Assistenziale (UCA), un'innovativa équipe mobile distrettuale incaricata di gestire situazioni e condizioni clinico-assistenziali complesse. Questa struttura rappresenta un passo avanti rispetto alle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) che sono emerse durante la prima ondata della pandemia di Covid-19 (Del Vecchio et al., 2022).

Le UCA, stabilizzate all'interno del SSN grazie al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), incarnano un modello di assistenza domiciliare avanzata. Esse agiscono non solo nella gestione dei pazienti affetti da Covid-19, ma affrontano anche situazioni cliniche complesse al di là della pandemia. Il PNRR prevede uno standard di almeno un medico e un infermiere ogni 100.000 abitanti, totalizzando 600 UCA in Italia. Queste unità operano direttamente nelle CdC hub, creando un collegamento diretto tra assistenza territoriale e servizi ospedalieri¹⁰².

L'insieme di queste iniziative, integrando MMG, AFT, CdC hub e spoke, UCA e altre figure professionali, riflette una visione olistica e integrata dell'assistenza sanitaria territoriale, ponendo la persona al centro del percorso di cura. La connessione tra questi elementi crea una rete dinamica di servizi che si adatta alle esigenze mutevoli della comunità, sottolineando l'importanza della flessibilità e della collaborazione multidisciplinare.

Il modello di intervento integrato e multidisciplinare proposto dalla Casa della Comunità (CdC) si pone come un'innovazione dinamica, focalizzata sulla personalizzazione dei percorsi di cura, considerando l'individuo nella sua completezza. Questa attenzione alla dimensione biopsicosociale emerge come elemento distintivo, trasformando la CdC in un progetto che coinvolge attivamente la comunità nella definizione dei bisogni di salute e nella costruzione dei processi di cura. La CdC non

¹⁰² M Del Vecchio, G Laura, LM Preti, R Valeria - Rapporto OASI 2022, 2022. Le Case della Comunità tra disegno e sfide dell'implementazione.

è solo un erogatore di servizi, ma si configura come "luogo di progettualità con e per la comunità di riferimento" (Ministero della Salute, 2022: 31).

All'interno di questo contesto, i professionisti dei servizi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali collaborano in modo integrato, mantenendo un dialogo aperto e costante con la comunità per adattare i servizi alle sue reali esigenze. Essenziale per il successo di questa iniziativa è l'identificabilità e la facilità di accesso della CdC, con un Punto Unico di Accesso (PUA) che svolge funzioni di assistenza al pubblico e di supporto amministrativo-organizzativo ai pazienti. Il PUA rappresenta una componente chiave per garantire un accesso unitario e integrato ai servizi, contribuendo a far percepire la CdC come un autentico "luogo di prossimità."

Secondo quanto stabilito dal decreto ministeriale 77/2022, la CdC, in coordinamento con il Dipartimento di Prevenzione e Sanità Pubblica aziendale, assume un ruolo rilevante nella prevenzione e nella promozione della salute. Le équipes sanitarie non solo forniscono interventi diretti ma implementano anche iniziative formative che responsabilizzano la comunità su tematiche di salute, benessere sociale e qualità della vita.

L'aspetto cruciale della CdC è la continuità dell'assistenza e la presa in carico delle condizioni di cronicità e fragilità dei pazienti più deboli, seguendo il modello della sanità di iniziativa. L'integrazione con i servizi sociosanitari territoriali contribuisce a garantire una risposta completa alle esigenze della comunità. In sintesi, il modello di intervento integrato e multidisciplinare delle CdC, orientato all'equità di accesso e alla qualità dell'assistenza, rappresenta un vantaggio organizzativo fondamentale per affrontare le sfide emergenti, specialmente in considerazione della carenza di alcune figure professionali critiche come i Medici di Medicina Generale, i PLS, gli infermieri e gli specialisti (Del Vecchio et al., 2022).

CAPITOLO 4. Il contesto di riferimento: Azienda Sanitaria Locale

Napoli 1 Centro

L'Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro (ASL Napoli 1 Centro) rappresenta un'eredità che fonda le sue radici nel 1500 sotto il vicereame spagnolo raggiungendo il massimo sviluppo sotto la dinastia dei Borbone e continuando a crescere nell'Ottocento, l'antica rete assistenziale era formata da alcuni ospedali ancora attivi e che rappresentano essenziali presidi della sanità cittadina costituendo un prezioso lascito culturale.

Oggi l'ASL Napoli 1 Centro, istituita con delibera della Regione Campania, opera senza scopo di lucro è dotata di personalità giuridica e gode di autonomia economico-tecnico-gestionale, amministrativa e patrimoniale, inoltre, è dotata anche di un vasto patrimonio artistico e culturale.

ASL Napoli 1 Centro svolge un ruolo fondamentale nella costituzione e nel funzionamento della rete ospedaliera e la rete territoriale della Regione Campania, nel rispetto delle disposizioni contenute nel Piano di riassetto della "rete ospedaliera", delineato nel Decreto Commissariale n°103 del 28 dicembre 2018, nonché conformemente al Piano regionale delle reti di assistenza sanitaria territoriale per il periodo 2019-2021, come stabilito nel Decreto Commissariale n°83 del 31 ottobre 2019, e alle Linee guida sugli interventi di riordino territoriale, che prendono spunto dalle attività previste nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), come specificato nella Delibera della Giunta Regionale della Campania n° 682 del 13 dicembre 2022.

L'ASL Napoli 1 Centro ha nel proprio DNA i principi fondamentali di universalismo ed equità propri del Sistema Sanitario Nazionale e in quest'ottica assicura ai propri cittadini pari opportunità di accesso e di fruizione dei servizi sanitari, cercando di far fronte alle esigenze, in continuo mutamento, della popolazione offrendo servizi differenziati ad alto contenuto professionale e fortemente personalizzati.

4.1. L'Organizzazione

L'Azienda sanitaria, assiste circa 1 milione di cittadini oltre un numero non definibile di abitanti non residenti e/o domiciliati, è dotata di 5 Presidi Ospedalieri, con annessi 3 Stabilimenti, cui si aggiungono Case di Cura accreditate e Ospedali classificati.

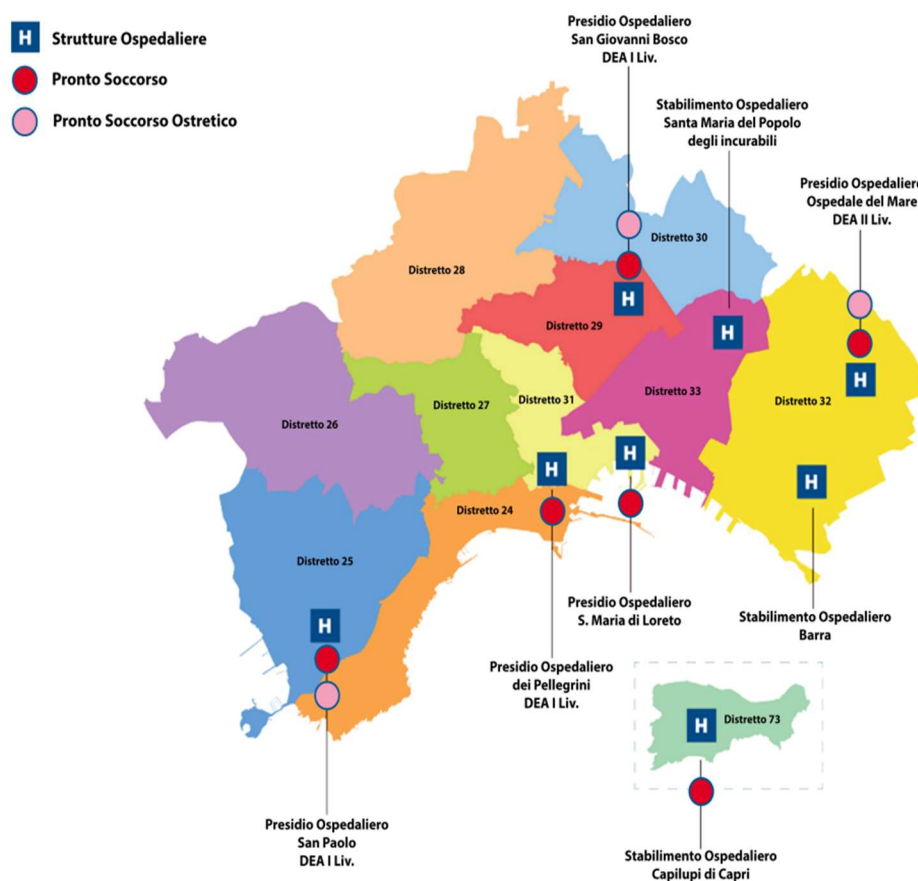


Fig. 1 (fonte atto aziendale) - Mappa geografica e dislocazione dei distretti e dei presidi

L'Azienda, inoltre, assicura la presenza di centri clinici situati presso i tre istituti detentivi che insistono sul territorio. Solo 12 quartieri su 30 hanno un numero di MMG sufficienti per la popolazione residente (almeno 1 ogni 1300 assistibili) e in solo 5 quartieri è presente uno studio di PLS.

Nel 2022 l'ASL Napoli 1 Centro ha registrato un elevato numero di ricoveri sia in regime ordinario sia in regime di Day Hospital/Day Surgery, oltre i 152.000 accessi al Pronto Soccorso.

La missione fondamentale dell'Azienda consiste nell'assicurare la fornitura di servizi sanitari di elevata qualità al fine di migliorare la salute sia degli individui che della collettività presenti nel suo territorio di competenza fondandosi su principi quali la tutela della salute, l'attenzione all'individuo, l'equità nell'accesso ai servizi sanitari, la qualità delle prestazioni offerte, la crescita delle competenze del personale, l'equilibrio finanziario e la promozione della partecipazione e della trasparenza.

In ottemperanza ai decreti regionali specifici e alle direttive regionali, l'ASL Napoli 1 Centro si impegna attivamente nella costituzione e nello sviluppo della rete ospedaliera e dei servizi sanitari territoriali nell'ambito della Regione Campania.

Le strutture operative dell'Azienda Sanitaria Locale (ASL) Napoli 1 Centro sono state ponderatamente dislocate in modo da rispondere con adeguatezza alle esigenze e alle richieste di assistenza sanitaria della popolazione. L'obiettivo è l'ottimizzazione delle prestazioni erogate dagli ospedali attraverso una redistribuzione dei servizi sanitari dalla sfera ospedaliera a quella territoriale, rendendo più fruibile l'assistenza ospedaliera e migliorando la qualità dei servizi erogati.

Dall'attenta analisi della popolazione di Napoli e Capri, sia da un punto di vista demografico sia socio-economico, l'obiettivo fondamentale della strategia aziendale dell'ASL Napoli 1 Centro è mirata a interventi volti al potenziamento e al miglioramento dell'assistenza territoriale, lasciando in capo agli ospedali solo l'assistenza per patologie acute.

Gli obiettivi sui quali si basa la strategia aziendale sono: il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza, l'equità nell'accesso ai servizi sanitari, l'ottimizzazione dei processi interni e la promozione dell'integrazione tra ospedali e territorio. Infine, lo sviluppo delle competenze del personale e l'utilizzo di tecnologie all'avanguardia. Altro aspetto importante è la collaborazione attiva con altre istituzioni pubbliche ed enti e per promuovere l'innovazione nell'assistenza sanitaria e la sperimentazione di nuovi modelli assistenziali, come la realizzazione di una rete territoriale costituita da centri completi, specializzati e di eccellenza, centri Hub, collegati a centri periferici destinati all'accoglienza e alle cure di I livello, centri spoke.

4.2. Assetto organizzativo: principi generali

L'ASL Napoli 1 Centro si impegna attivamente nell'implementazione di un assetto organizzativo focalizzato sulla "presa in carico globale" del paziente, il quale è guidato e assistito attraverso le diverse strutture e funzioni aziendali costituenti l'offerta di salute. Questo approccio prioritario si concentra sull'ottimizzazione e sull'efficientamento dei processi assistenziali, compresi gli aspetti di diagnosi, cura, prevenzione e riabilitazione, al fine di garantire elevati livelli di salute per la massima parte della popolazione.

L'obiettivo centrale di questo nuovo modello organizzativo è rafforzare i servizi di assistenza a livello distrettuale, attuando pienamente i Livelli Essenziali di Assistenza e creando reti di assistenza. Queste reti mirano a standardizzare l'approccio alle patologie comuni, migliorando l'efficacia generale del sistema e contenendo i costi. Si prevede l'identificazione di centri Hub e Spoke a livello territoriale, dotati di adeguate risorse umane e strumentali, con collegamenti alle strutture ospedaliere specialistiche per le prestazioni più complesse. Questa configurazione consente agli ospedali di concentrarsi sulla cura delle patologie acute e complesse, con notevoli miglioramenti nell'appropriatezza e nell'efficienza nell'uso delle risorse.

I Distretti Sanitari di base avranno un ruolo fondamentale nella gestione dell'assistenza, indirizzando i pazienti verso i servizi appropriati. Saranno stabiliti regolamenti per garantire una distribuzione equa dell'assistenza sul territorio, soprattutto nell'ambito metropolitano di Napoli.

I medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e altri professionisti del territorio avranno un ruolo cruciale nelle cure primarie e parteciperanno attivamente alle decisioni e alle strategie aziendali.

L'ASL Napoli 1 Centro sta attuando un piano ambizioso per migliorare le strutture e i servizi, con un'enfasi sull'integrazione tra attività ospedaliere e territoriali, attraverso linee guida e iniziative mirate.

4.3 Il presidio ospedaliero

I Presidi Ospedalieri (PO) dell'ASL Napoli 1 Centro seguono un modello organizzativo dipartimentale e offrono servizi specializzati in linea con la pianificazione regionale e aziendale. Questi ospedali godono di autonomia economico-finanziaria, con budget dedicati e una gestione finanziaria separata all'interno della stessa Azienda.

Ogni PO è guidato da un direttore medico, responsabile delle funzioni igienico-organizzative e del coordinamento interno, garantendo anche il collegamento con la direzione strategica. In termini di coordinamento amministrativo, un dirigente amministrativo con i requisiti necessari è designato per svolgere questo ruolo.

Essi forniscono assistenza sanitaria a persone con patologie che richiedono cure non possibili nei servizi territoriali o a domicilio.

Afferiscono all'A.S.L. Napoli 1 Centro 5 Presidi Ospedalieri:

- Presidio Ospedaliero Ospedale del Mare - D.E.A. II livello, con annesso Stabilimento Presidio Sanitario Intermedio di Barra: L'ospedale, con un totale di 583 posti letto e il Stabilimento Ospedaliero di Barra, offre una vasta gamma di servizi medici, tra cui interventi programmati e servizi di emergenza-urgenza. L'ospedale ospita un Pronto Soccorso che dispone di personale medico specializzato nelle discipline associate ai Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (DEA) di secondo livello, un Trauma Center e funge da Hub per le reti tempo-dipendenti. Inoltre, svolge tutte le attività pianificate dalle Unità Operative, con un'attenzione particolare alla chirurgia ad alta specializzazione. Grazie alla sua posizione geografica, fornisce assistenza a una vasta popolazione, compresi i residenti nell'area di competenza dell'ASL Napoli 3 Sud.

- Presidio Ospedaliero San Paolo - D.E.A. di I livello: classificato come Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA) di primo livello, dispone stabilmente di 240 posti letto ed è specializzato nell'erogazione di servizi sia elettivi che di emergenza-urgenza. L'ospedale ospita un Pronto Soccorso

e offre assistenza medica nelle discipline previste per i DEA di primo livello, tra cui Ostetricia e Ginecologia e Pediatria.

- Presidio Ospedaliero S. Giovanni Bosco - D.E.A. I livello: dotato a regime di n. 160 posti letto, garantisce attività di elezione e di emergenza-urgenza ed è sede di Pronto Soccorso con la presenza di guardia medica attiva nelle discipline previste per i D.E.A. di I livello, tra cui Ostetricia e Ginecologia.

- Presidio Ospedaliero Pellegrini con annesso Stabilimento Santa Maria del Popolo degli Incurabili: dotato a regime di n. 128 posti letto, garantisce attività di elezione e di emergenza-urgenza ed è sede di Pronto Soccorso con la presenza di guardia medica attiva nelle discipline previste per i DEA di I livello e svolge tutte le attività previste dalle Unità Operative programmate. Lo Stabilimento Santa Maria del Popolo degli Incurabili, dotato a regime di n. 54 posti letto, svolge tutte le attività previste dalle Unità Operative programmate.

- Presidio Ospedaliero Santa Maria di Loreto con annesso Stabilimento Ospedaliero Capilupi di Capri - Pronto Soccorso: dotato a regime di n. 112 posti letto, garantisce attività di elezione e di emergenza-urgenza ed è sede di Pronto Soccorso con la presenza di guardia medica attiva nelle discipline previste per i Pronto Soccorso e svolge tutte le attività previste dalle Unità Operative programmate. Lo Stabilimento Ospedaliero Capilupi di Capri, dotato a regime di n. 20 posti letto svolge tutte le attività previste dalle Unità Operative programmate.

4.4 Il Distretto sanitario di base

La riforma del sistema sanitario italiano richiede una completa riorganizzazione dell'assistenza territoriale, resa ancora più evidente dall'esperienza della pandemia da SARS CoV 2. Tuttavia, il processo di decentralizzazione e spostamento dell'attenzione dall'ospedale al territorio è ancora in corso ed è necessaria un'attuazione pratica oltre alle modifiche normative. L'obiettivo di rafforzare la

rete territoriale implica una maggiore presenza sul territorio e un approccio orientato ai bisogni della popolazione, compresi interventi preventivi, diagnostici e curativi.

Ciò che assume maggiore importanza in questo contesto è l'attenzione rivolta al presidio del territorio e all'assistenza personalizzata per ogni individuo della comunità, comprese le fasce più ai margini della società e quindi difficili da raggiungere, spesso invisibili a causa delle loro condizioni sociali ed economiche. Questa considerazione diventa ancora più cruciale in contesti in cui l'indice di deprivazione è particolarmente elevato. La centralità del Distretto nell'assistenza primaria e socio-sanitaria è sottolineata dalla Legge 833/78 e dal Decreto Legislativo 502/92. Il Distretto coordina le attività con i dipartimenti e i servizi aziendali, garantendo un programma organico delle attività territoriali. Riceve risorse basate sugli obiettivi di salute della popolazione e ha autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria.

La Legge Regionale 32/94 ha confermato il ruolo centrale del Distretto nell'assistenza territoriale e ha definito l'organizzazione in Unità Operative.

Il Distretto Sanitario deve essere il luogo dedicato all'organizzazione e al coordinamento della rete di servizi sanitari e socio-sanitari sul territorio, attraverso le sue articolazioni territoriali, come le Centrali Operative Territoriali (COT), le Case della Comunità (CdC) e gli Ospedali di Comunità (OdC), al fine di garantire l'integrazione delle strutture, delle risorse e delle professionalità necessarie per fornire prestazioni sanitarie in linea con le esigenze della popolazione.

Il DPCM del 12/1/2017 introduce il concetto di assistenza distrettuale basata su presa in carico, multidisciplinarietà e integrazione dei percorsi di cura, con il Distretto come principale punto di accesso, non solo ai servizi distrettuali, ma alla rete generale dei servizi sanitari e sociosanitari, con la necessità di una presa in carico unitaria e globale che esprime la potenzialità assistenziale mediante progetti individuali integrati e multidisciplinari, assicurando, inoltre, l'erogazione delle prestazioni individuate nel Programma delle attività Territoriali (PAT) secondo una aggregazione per ambiti; in quest'ottica e sono individuate le seguenti attività:

Cure Primarie:

- Assistenza sanitaria di base (medicina generale, pediatria di libera scelta, continuità assistenziale)
- Assistenza specialistica
- Assistenza termale

Assistenza socio-sanitaria:

- Assistenza alla disabilità e assistenza protesica
- assistenza ad adulti ed anziani non autosufficienti
- Assistenza a malati terminali, terapia del dolore e cure palliative
- Psicologia clinica e giuridica (anche interdistrettuale)

Materno-infantile:

- Consultorio
- Assistenza vaccinale

Servizi:

- Assistenza farmaceutica
- Medicina legale
- Uffici amministrativi
- CUP

Un elemento essenziale di questo sistema è la Porta Unitaria di Accesso (PUA), come stabilito dalla DGRC n. 790/2012, la quale ha il compito di accogliere e orientare i cittadini nei servizi sanitari e socio-sanitari.

La PUA funge da punto di accesso unificato al sistema e il Distretto assume il ruolo di gate-keeper, unificando le competenze di organizzazione e orientamento, superando così la frammentazione derivante da accessi settoriali. Questa, oltre a essere un concetto funzionale, deve essere fisicamente accessibile, facilmente identificabile e accogliente. Svolgendo sia funzioni di front-office, come l'accoglienza dei cittadini e la decodifica delle richieste, sia funzioni di back-office, che comprendono il monitoraggio dei casi, la gestione degli archivi utenti e la mappatura delle risorse territoriali, ospedaliere e sociali necessarie per il percorso clinico.

Ulteriore elemento fondamentale è l'Unità di Valutazione Distrettuale Multidimensionale e Multidisciplinare (UVMM), necessario nell'approfondire i bisogni complessi dei pazienti. L'UVMM svolge una valutazione multidimensionale che coinvolge un team multi professionale composto da personale fisso e variabile.

Il personale fisso partecipa regolarmente alle valutazioni indipendentemente dal paziente e include figure come il responsabile delle spese del Distretto, l'ambito comunale, ecc. Il personale variabile partecipa in base alle necessità del paziente e comprende professionisti come il medico di medicina generale o pediatra di libera scelta, l'assistente sociale, il paziente o il suo caregiver, il medico specialista, ecc.

L'UVMM può essere adeguata ad affrontare diverse situazioni, tra cui la geriatria, la pediatria, le dimissioni protette, le malattie cronic-degenerative, il disagio psicologico, la tossicodipendenza e le cure domiciliari non prestazionali. Tuttavia, il suo ruolo non si limita solo alla valutazione clinica ma include anche la determinazione del contesto di cura più adeguato al paziente.

L'UVMM rappresenta l'unico punto di accesso ai servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali per bisogni complessi di qualsiasi natura, ad eccezione degli accessi ai servizi specialistici tramite prescrizione del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta, e dei casi di urgenza che seguono un percorso di accesso specifico.

Ai sensi del DM n° 77/2022 e della DGRC n° 682/2022 gli standard del Distretto Sanitario di Base sono:

- in media un DSB ogni circa centomila abitanti;
- almeno 1 Casa della Comunità hub ogni 40.000-50.000 abitanti;
- Le Case della Comunità, insieme agli ambulatori dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta, sono distribuite considerando le caratteristiche geografiche e demografiche del territorio. Questo approccio mira a garantire una copertura omogenea dei servizi e un maggiore accesso, specialmente nelle zone più disagiate da un punto di vista socio-economico-culturale. Inoltre, tutte le aggregazioni dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta, comprese le Aree Funzionali Territoriali (AFT) e le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), sono integrate nelle Case della Comunità, che possono ospitarle fisicamente o essere collegate funzionalmente ad esse.
- almeno 1 Infermiere di Famiglia e Comunità ogni 3.000 abitanti;
- almeno 1 Unità Continuità Assistenziale (1 medico e 1 infermiere) ogni 100.000 abitanti;
- 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il distretto abbia un bacino di utenza maggiore;
- almeno 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti;

4.5 Le aree di coordinamento

Le Aree di Coordinamento, nell'ambito della gestione delle risorse, differiscono dai Direttori di Distretto poiché quest'ultimi hanno il controllo diretto delle risorse umane ed economiche. Tuttavia, le Aree di Coordinamento possono disporre delle risorse strettamente necessarie per le loro funzioni specifiche e allocare queste risorse solo all'interno delle stesse Aree. I responsabili delle Aree di Coordinamento sono membri del Tavolo Tecnico Permanente per le Funzioni Territoriali, dove

partecipano alla definizione degli atti programmatici generali, alla programmazione specifica dell'area, alla rilevazione dei fabbisogni e al monitoraggio delle prestazioni erogate. Inoltre, sono responsabili dell'accurata gestione dei flussi informativi provenienti dai livelli ministeriali, regionali e aziendali.

Nell'ambito delle rispettive competenze, i responsabili delle Aree di Coordinamento sovrintendono alla redazione, distribuzione e aggiornamento delle Linee Guida Aziendali, delle Linee di Indirizzo e dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) aziendali. Partecipano attivamente alle Commissioni incaricate della stesura dei PDTA interaziendali e/o trans-murali. Oltre a ciò, promuovono la coesione e l'uniformità nell'organizzazione delle attività lavorative e dei percorsi clinici all'interno delle rispettive aree di competenza. Annualmente, rendono conto alla direzione strategica delle proprie attività, evidenziando eventuali problematiche e suggerendo eventuali correzioni.

Le Aree di Coordinamento identificate sono le seguenti:

- Coordinamento delle Cure Primarie
- Coordinamento Socio-Sanitario
- Coordinamento delle Cure Domiciliari
- Coordinamento delle Cure Palliative e della Terapia del Dolore
- Coordinamento Materno-Infantile
- Coordinamento Farmaceutico Territoriale
- Coordinamento dei Servizi Amministrativi Distrettuali (comprensivi di CUP, Economato, ticket, ufficio tecnico e supporto alla Formazione)
- Coordinamento della Sanità Penitenziaria

4.6 La governance delle Attività territoriali

Il modello di governance territoriale adottato è di natura integrata e mira a minimizzare sovrapposizioni e costi aggiuntivi, mentre stabilisce chiaramente le responsabilità riguardanti l'allocazione e l'impiego di risorse umane, tecnologiche e strumentali. Questo modello segue una logica a matrice in cui le componenti verticali sono rappresentate dai Distretti e dai Dipartimenti Strutturali responsabili delle attività operative e gestionali e inclusi nel processo di bilancio. Queste strutture interagiscono con le Aree di Coordinamento trasversali, che si concentrano su discipline omogenee e svolgono un ruolo puramente funzionale, non partecipando, quindi, al processo di bilancio. Nel cuore di questa matrice si trovano le Unità Operative, responsabili dell'erogazione di servizi e prestazioni. Ciascuna Unità Operativa è associata a una singola linea verticale strutturale (Distretto o Dipartimento) e può essere coinvolta in una o più linee funzionali trasversali (Aree di Coordinamento).

4.7 Il modello organizzativo

Il nuovo modello organizzativo territoriale presenta tre dimensioni principali da gestire:

- Evidence Based Medicine e Governo Clinico,
- Operations Management
- Service Design.

Queste dimensioni vengono integrate nei Distretti Sanitari di Base (DSB) e nei nuovi setting erogativi come le Case della Comunità o gli Ospedali della Comunità. Il ruolo centrale nell'implementazione di questo modello è affidato ai DSB, che hanno il compito di allocare risorse, stabilire priorità e ottimizzare i processi produttivi.

Il sistema assistenziale attuale è caratterizzato da un approccio settoriale e specialistico, in cui i professionisti forniscono prestazioni con diversi livelli di complessità senza un'adozione condivisa di Linee Guida/PDTA. Questa struttura ha portato a una significativa proliferazione dell'offerta senza

integrazione e coordinamento, generando frammentazione e duplicazione delle cure e aumentando i tempi di attesa. La mancanza di un adeguato filtro territoriale ha spinto i pazienti a rivolgersi direttamente al Pronto Soccorso, bypassando le Cure Primarie.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) rappresenta una riforma del settore mirata al potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale. Questa riforma mira a rendere i servizi sanitari territoriali più integrati per rispondere in modo efficace alle esigenze della popolazione, promuovendo la prevenzione primaria, la presa in carico dei pazienti cronici e la gestione dell'area della fragilità. La chiave di questa riforma è l'integrazione tra i settori sanitari, sociosanitari e sociali, con l'obiettivo di promuovere il benessere fisico, sociale e mentale della popolazione.

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) si basa sui principi di universalità, uguaglianza ed equità, e la riforma dell'assistenza sanitaria territoriale deve rispecchiare questi principi. Il PNRR mira a ridurre il sovraffollamento dei Pronto Soccorso, offrire cure più efficaci ai pazienti cronici e ripristinare la fiducia tra la popolazione e il personale sanitario.

Nel contesto di questa riforma, è fondamentale potenziare i servizi assistenziali territoriali per garantire il raggiungimento e il mantenimento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). La Medicina Generale e la Pediatria di Libera Scelta svolgono un ruolo cruciale in questo processo, passando da una medicina reattiva a una medicina proattiva che promuove la salute, effettua prevenzione e gestisce in modo appropriato le patologie croniche. Entrambe le figure professionali partecipano attivamente alle attività distrettuali, collaborando con i presidi ospedalieri, attivando cure domiciliari e segnalando le condizioni di fragilità socio-sanitaria per garantire una presa in carico integrata. In questo contesto, è essenziale che i professionisti sanitari integrino le loro attività nei percorsi e nelle procedure aziendali per garantire un'assistenza di qualità.

4.8 La medicina territoriale sul territorio dell'ASL Napoli 1 Centro

Le cure palliative costituiscono una componente cruciale della medicina territoriale, offrendo un approccio compassionevole e dedicato al trattamento dei pazienti affetti da malattie gravi e progressive e a prognosi infausta. Il modello organizzativo delle cure palliative domiciliari pone il paziente e la sua famiglia al centro della cura, promuovendo un approccio olistico che abbraccia il controllo del dolore, la gestione dei sintomi, il supporto psicologico e sociale, e l'attenzione alle necessità spirituali. Attraverso una collaborazione interdisciplinare tra professionisti sanitari, oncologi, pneumologi, assistenti sociali, psicologi ecc. le cure palliative domiciliari si concentrano sull'empowerment del paziente e sulla sua qualità di vita.

I servizi integrati sono prestazioni di tipo medico, infermieristico, riabilitativo, socio-sanitario, sociale effettuate da personale qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana. Il livello di bisogno clinico, funzionale e sociale deve essere valutato attraverso idonei strumenti che consentano la definizione del programma assistenziale ed il conseguente impegno di risorse.

Gli obiettivi principali dei servizi integrati sono:

- l'assistenza a persone con patologie trattabili a domicilio al fine di evitare il ricorso inappropriato al ricovero in ospedale o ad altra struttura residenziale;
- la continuità assistenziale per i dimessi dalle strutture sanitarie con necessità di prosecuzione delle cure;
- il supporto alla famiglia;
- il recupero delle capacità residue di autonomia e di relazione;
- il miglioramento della qualità di vita anche nella fase terminale della malattia;

- l'individuazione di altri setting assistenziali qualora non sussistano i requisiti per l'attivazione dei percorsi delle cure domiciliari.

Il nuovo approccio alle cure domiciliari nell'ambito dell'assistenza territoriale ha introdotto una distinzione precisa tra interventi basati su prestazioni autonome e quelli che richiedono una valutazione multidimensionale. Le Cure Domiciliari Integrate rappresentano una modalità di assistenza che integra aspetti sanitari e sociali erogati al domicilio dell'assistito in modo continuo ed integrato, adattandosi alle specifiche esigenze e complessità dei bisogni. Questo modello di assistenza è stato definito e regolamentato dalla Regione Campania tramite D.G.R.C. n° 41/2011 e stabilendo le risorse disponibili attraverso il Decreto del Commissario ad acta n° 1/2013.

Le recenti direttive del Decreto Ministeriale 77/2022, recepite tramite la Delibera di Giunta Regionale n. 648/2022, insieme all'adeguamento richiesto dalla pandemia di COVID-19, hanno portato a una ridefinizione del modello di cure domiciliari. Questo nuovo modello mette in luce la necessità di una multidisciplinarietà nell'assistenza, una stretta integrazione tra i servizi territoriali e una gestione della complessità assistenziale, il tutto mantenendo la prossimità al paziente.

• Inoltre, si sottolinea l'importanza dell'utilizzo di strumenti di telemedicina e teleconsulto per raggiungere gli obiettivi stabiliti dal Decreto Ministeriale 77/2022, con un focus sul potenziamento delle dimissioni protette e il monitoraggio delle attività e dei flussi del Servizio di Assistenza Domiciliare (SIAD). Si presta particolare attenzione alla transizione delle cure dal contesto ospedaliero a quello territoriale, includendo figure di raccordo per garantire un passaggio fluido tra i diversi ambienti di cura.

Le nuove proposte organizzative, come il Concetto Organizzativo Territoriale (COT), l'Infermiere di Comunità o di Famiglia, in aggiunta alle Case di Comunità e agli Ospedali di Comunità, mirano a incrementare il numero di utenti seguiti dalle Cure Domiciliari, con una particolare attenzione agli anziani fragili. Questo favorirà una collaborazione più stretta con i MMG in un modello di cura flessibile e personalizzabile in base alle esigenze dei cittadini e dei pazienti. La ridefinizione degli

obiettivi di presa in carico include anche una revisione delle attività delle Unità di Valutazione Multidimensionale e Multidisciplinare (UVMM) per la definizione dei Piani di Assistenza Individuale (PAI), con l'obiettivo di stabilire nuovi obiettivi di salute e un mix prestazionale ottimale.

Uno degli obiettivi delle Cure Domiciliari è quello di agevolare la permanenza delle persone non autosufficienti a domicilio, supportando i loro caregiver e migliorando la qualità di vita complessiva di coloro che sono a rischio di perdere l'autosufficienza.

Il documento ministeriale, noto come "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio," è stato adottato dalla Regione Campania per definire tre tipi principali di cure domiciliari:

- Cure Domiciliari di tipo prestazionale.
- Cure Domiciliari Integrate di primo e secondo livello, e terzo livello.
- Cure Domiciliari palliative per malati terminali.

4.9 L'organizzazione ed il processo della presa in carico del paziente

L'ASL Napoli 1 Centro nell'organizzazione delle cure palliative domiciliari ha fatto la scelta coraggiosa, innovativa e lungimirante, unico modello in Italia, cioè creare un unico centro sede del coordinamento delle cure palliative in cui sono concentrate tutte le figure professionali, da qui è nata la U.O.S.D. Cure Palliative Domiciliari dell'ASL Napoli 1 Centro.

Le figure professionali abbracciano molte branche della medicina, e oltre il medico palliativista nella accezione più pura del termine, comprendono: anestesisti, oncologi, pneumologi, neurologi, chirurghi, radiologi, infermieri specializzati, fisiatristi, fisioterapisti e operatori socio sanitari.

Le cure palliative domiciliari hanno come obiettivi: assicurare le cure su tutto il territorio dell'ASL, l'ottimizzazione delle risorse umane coinvolte e il monitoraggio della qualità delle prestazioni erogate da un unico centro.

La Centrale operativa delle cure domiciliari è allocata presso il P.O. San Gennaro di Napoli. La centrale è il punto di partenza dell'equipe assistenziale, è il luogo sede dei briefing al momento della presa in carico dei pazienti, inoltre è sede di un numero verde, 800194281, a cui risponde un medico offrendo assistenza ai pazienti, 5 giorni su 7 nell'arco di 12 ore, dal lunedì al venerdì dalle 8,00 alle 20,00.

L'idea di un unico centro è nata dalla necessità di rispondere alla mission delle cure palliative domiciliari, dare una soluzione tempestiva ai cittadini con bisogni di elevata complessità e di specifica competenza.

La presa in carico del paziente consta di varie fasi quali:

- richiesta di accesso
- proposta di ammissione
- valutazione multidimensionale
- redazione del progetto personalizzato
- piano esecutivo

I pazienti vengono presi in carico al momento della dimissione ospedaliera da tutti gli ospedali cittadini, attraverso il sistema delle dimissioni protette, o su segnalazione del Medico di Medicina Generale. Per i pazienti affetti da malattie oncologiche, è attiva la Rete Oncologica Campana, che invia le richieste di presa in carico direttamente dai reparti di oncologia all'U.O.S.D. Cure Palliative Domiciliari.

1) La segnalazione dei bisogni socio sanitari viene effettuata dal diretto interessato oppure attraverso uno dei componenti della rete informale del cittadino/utente (un familiare, un parente, un vicino, un volontario o le direzioni sanitarie di strutture pubbliche/accreditate) e deve essere rivolto ad uno dei nodi della rete formale territoriale (MMG/PLS, Unità Operative Distrettuali, Servizi Sociali del

comune di residenza). La segnalazione per i pazienti in dimissione protetta viene effettuata: dalla Direzione Sanitaria delle Aziende Ospedaliere e Aziende Universitarie, dalle Direzioni Sanitarie dei Presidi Ospedalieri Aziendali, dalle Direzioni Sanitarie degli Ospedali Classificati, dalle Case di Cura Accreditate.

2) Una volta effettuata la segnalazione, questa viene inoltrata alla PUA del Distretto di competenza. La PUA esamina la richiesta, identifica il setting e avvia il procedimento appropriato. Spesso, sono i MMG o i PLS a inoltrare la richiesta di presa in carico del paziente, fornendo la documentazione necessaria in base al tipo di percorso richiesto.

3) Nel caso in cui la segnalazione riguardi bisogni specifici di cure palliative domiciliari, essa viene tempestivamente inoltrata dalla PUA di ogni distretto alla sede del coordinamento centrale delle cure palliative. Da quel momento, la presa in carico del paziente diventa la massima priorità, e entro 72/96 ore dalla ricezione della richiesta, i servizi necessari vengono erogati.

Nel contesto della valutazione dei bisogni socio-sanitari effettuata da vari attori all'interno della rete formale territoriale, è opportuno notare che quando tale valutazione è orientata prevalentemente verso l'identificazione dei bisogni generali del paziente, anziché concentrarsi esclusivamente su quelli specifici, si giunge a una fase conclusiva dell'erogazione dei servizi e della pianificazione terapeutica caratterizzata da un grado di maggiore di chiarezza rispetto alle modalità di intervento necessarie.

Il cambiamento cruciale nel modello organizzativo delle cure palliative domiciliari sta nel concentrare a livello centrale la presa in carico del paziente, il team di professionisti multidisciplinari, l'erogazione dei servizi, il monitoraggio dei pazienti, la programmazione e la progettazione. Questo nuovo approccio si concretizza attraverso l'istituzione di un centro di coordinamento unificato che pone il paziente al centro dell'intero processo assistenziale. Tale cambiamento è fondamentale per migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'assistenza domiciliare nelle cure palliative. Centralizzare queste attività permette una gestione più integrata e sinergica delle risorse, migliorando complessivamente la qualità dell'assistenza fornita ai pazienti in fase terminale.

Il modello organizzativo delle cure palliative è in grado di dimostrare notevoli punti di forza che contribuiscono significativamente al suo successo e alla sua efficacia complessiva. Questi elementi costituiscono la spina dorsale su cui poggia l'intera struttura delle cure palliative, garantendo una presa in carico adeguata e rispondente alle complesse esigenze dei pazienti in fase avanzata di malattia.

In primo luogo, la presenza di un coordinamento centrale si configura come una cornice organizzativa cruciale. Questo coordinamento consente una gestione efficiente delle risorse e dei servizi, scongiurando la duplicazione di interventi e promuovendo l'integrazione tra le diverse componenti del sistema. Inoltre, mette il paziente al centro del processo decisionale e assistenziale, ponendo le sue necessità al primo posto. Questa centralità del paziente è non solo un imperativo morale ma anche una pietra angolare dell'approccio centrato sulla persona, che permea l'intero modello organizzativo.

Un altro pilastro fondamentale è rappresentato dal coinvolgimento di un team multidisciplinare di professionisti. La varietà delle competenze presenti in questo team, che include medici, infermieri, assistenti sociali, fisioterapisti e altri specialisti, garantisce una copertura completa delle esigenze dei pazienti. L'approccio multidisciplinare favorisce un'assistenza personalizzata e olistica, affrontando sia gli aspetti medici che quelli psicosociali.

La continuità assistenziale costituisce un principio chiave del modello. La capacità di fornire cure coerenti e ben coordinate nel tempo è fondamentale per garantire che i pazienti non sperimentino interruzioni o disconnessioni tra i diversi servizi e professionisti coinvolti nel loro percorso di cura. Questo assicura che l'assistenza sia continua e aderente alle esigenze in evoluzione dei pazienti.

Le dimissioni protette rappresentano un altro punto di forza essenziale. Questo meccanismo consente ai pazienti di passare in modo sicuro e tempestivo dal contesto ospedaliero a quello domiciliare o residenziale, liberando risorse ospedaliere e consentendo ai pazienti di ricevere assistenza più appropriata al loro stato. Ciò contribuisce anche a migliorare la qualità della vita dei pazienti, consentendo loro di trascorrere il tempo finale della loro vita in un ambiente familiare e confortevole.

Infine, il monitoraggio e la valutazione costanti delle attività e dei risultati consentono di valutare l'efficacia globale del modello organizzativo e di apportare miglioramenti continui. Questo processo di feedback e correzione è essenziale per garantire che il modello si adatti alle mutevoli esigenze dei pazienti e alle sfide emergenti nell'ambito delle cure palliative.

Complessivamente, questi punti di forza fungono da pilastri robusti su cui si basa l'approccio alle cure palliative. Essi sono indispensabili per garantire una migliore qualità della vita ai pazienti in fase avanzata di malattia e per soddisfare al meglio le loro esigenze cliniche e psicosociali, rappresentando al contempo un terreno fertile per futuri sviluppi e miglioramenti.

All'interno del modello organizzativo delle cure palliative, emergono indubbiamente alcune fragilità che meritano un'analisi attenta e una risposta adeguata al fine di garantire la massima efficacia nel trattamento dei pazienti. Tra queste debolezze, spiccano l'errata o mancante informazione, la comunicazione inefficace con i pazienti e le loro famiglie e la mancanza di formazione specifica per il personale sanitario.

La corretta comunicazione delle informazioni relative ai servizi di cure palliative rappresenta un elemento di cruciale importanza nel contesto della relazione tra il paziente e l'ente erogante tali servizi. Questo aspetto riveste un ruolo fondamentale nell'assicurare un accesso adeguato a percorsi di cura personalizzati e domiciliari. La mancanza di informazioni o la loro errata divulgazione possono comportare conseguenze significative, tra cui l'ostacolo alla capacità del paziente di prendere decisioni informate riguardo alle opzioni di trattamento disponibili e alle risorse a disposizione.

In diversi scenari, i pazienti potrebbero risultare privi di conoscenza circa l'esistenza stessa dei servizi di cure palliative o, in modo errato, potrebbero optare per soluzioni di carattere privato, spesso onerose dal punto di vista finanziario. Questo equivoco può derivare dalla mancata diffusione delle informazioni necessarie da parte delle istituzioni sanitarie o da una comunicazione inadeguata. Di conseguenza, emerge con chiarezza la necessità impellente di garantire una disseminazione accurata

e completa delle informazioni riguardanti i servizi di cure palliative, al fine di consentire ai pazienti di compiere scelte consapevoli e basate su evidenze scientifiche.

Il successo del modello organizzativo delle cure palliative è intrinsecamente connesso alla disponibilità di informazioni precise e accessibili.

Un ulteriore punto critico è rappresentato dalla comunicazione inefficace tra il personale sanitario e i pazienti, nonché tra il personale sanitario e le loro famiglie. La mancanza di una comunicazione chiara, empatica e aperta può comportare una serie di conseguenze negative, tra cui l'incremento dell'ansia e dell'incertezza nei pazienti e nei loro caregiver.

La comunicazione efficace, invece, è un elemento fondamentale, in quanto contribuisce al benessere psicologico dei pazienti, aiuta a gestire le aspettative e consente una condivisione delle informazioni essenziale per la presa di decisioni informate. L'implementazione di programmi di formazione specifici per i professionisti sanitari, con un focus sull'ascolto attivo e sull'arte della comunicazione empatica, rappresenta una soluzione chiave per mitigare questa debolezza.

La carenza di formazione specifica per il personale sanitario è un ulteriore elemento critico che può compromettere l'efficacia delle cure palliative. La gestione delle esigenze complesse dei pazienti in fase terminale richiede competenze specializzate che, talvolta, possono essere carenti nel personale medico, infermieristico e assistenziale.

Pertanto per potenziare il modello organizzativo delle cure palliative domiciliari, è essenziale adottare una serie di strategie mirate che tengano conto delle sfide e delle opportunità presenti in questo campo. Innanzitutto, è fondamentale investire nella formazione continua e specializzata del personale sanitario coinvolto nelle cure palliative domiciliari. Questa formazione dovrebbe essere incentrata sulle competenze specifiche richieste per affrontare le complesse esigenze dei pazienti in fase avanzata di malattia, inclusa la gestione del dolore, la comunicazione empatica, la valutazione multidimensionale e la pianificazione dei piani assistenziali personalizzati (PAI-PRI).

Investire in formazione rappresenta un investimento nella qualità delle cure fornite e nell'efficacia complessiva del modello organizzativo.

La consapevolezza di queste debolezze intrinseche al modello organizzativo delle cure palliative rappresenta un passo fondamentale verso il miglioramento delle cure offerte ai pazienti. L'informazione accurata, la comunicazione efficace e la formazione specializzata del personale sanitario emergono come sfide da affrontare con determinazione al fine di garantire un'assistenza palliativa di qualità e centrata sul paziente.

CAPITOLO 5. Indagine empirica

Per meglio comprendere e rispondere in maniera adeguata all'obiettivo dello studio, si è scelto di iniziare dalla comprensione dell'attuale modello organizzativo della U.O.S.D. cure palliative domiciliari dell'ASL Napoli 1 Centro, cercando di evidenziare le varie fasi di attuazione del modello.

In una prima fase, ho utilizzato l'analisi dei dati del database della UOSD. I risultati ottenuti mi hanno permesso di evidenziare i punti da cui partire per mettere in risalto i punti di forza e identificare anche le aree che richiedono miglioramenti nel modello organizzativo. Ho valutato in che modo il modello attuale non risulta efficiente nel rispondere adeguatamente e in modo equo alle esigenze della popolazione della città di Napoli. Per completare questa fase e formulare domande e ipotesi più mirate, ho perfezionato la raccolta dei dati attraverso un'intervista telefonica con il Responsabile della UOSD. Questo approccio mirava a confermare la mia teoria e a ipotizzare un modello organizzativo più efficiente.

Partendo da una fotografia della situazione sanitaria, socio-economica e demografica della popolazione di riferimento, insieme all'analisi dell'attuale modello organizzativo, ho cercato di comprendere a chi è rivolto il servizio, come funziona il modello, e se gli attori coinvolti riescono a soddisfare le esigenze della popolazione. Questo mi ha permesso di identificare le fasi del processo su cui intervenire.

5.1 Studio dell'area

Lo studio è stato condotto presso la U.O.S.D. Cure palliative domiciliari dell'ASL Napoli 1 Centro considerando il solo comune di Napoli. La città ha una superficie di 117,27 Km² per una popolazione di circa 962,000 abitanti con una densità abitativa pari a 8.203/Km² (fonte Comune di Napoli), il territorio è suddiviso in 10 municipalità con i relativi quartieri, e altrettanti 10 distretti sanitari, la tipologia sociale ed economica della popolazione spazia in tutte le possibili categorie, caratterizzandosi per un alto indice di deprivazione. La popolazione presenta un invecchiamento

demografico, con un maggior numero di cittadini di età compresa tra i 40 ed i 59 anni ma con una differenza a seconda del quartiere, poiché alcuni di questi rispetto ad altri presentano un maggiore indice di nascite. L'indice di vecchiaia si attesta al 170%, alto ma più basso rispetto al trend Nazionale, anche questo indice presenta delle differenze a seconda del quartiere, cittadini di età più avanzata in quartieri quali Posillipo, Chiaia, Fuorigrotta, Vomero, Arenella e Porto, mentre, di età media più bassa in altri quali Pianura, Stella, Miano, Scampia, San Pietro a Patierno, Ponticelli. Per lo studio è stato preso in considerazione anche l'indice di Deprivazione che assegna un valore di disagio socio-economico degli abitanti di una determinata zona, nel nostro caso Napoli, viene calcolato come somma di indicatori standardizzati, tramite la media e la deviazione standard nazionali/regionali, ed è poi categorizzato in quintili di popolazione nel nostro caso italiana/campana. Gli indicatori che compongono l'indice sono:

- basso livello di istruzione, indicata come percentuale di popolazione in età scolare, da 6 anni in su, con istruzione pari o inferiore alla licenza elementare;
- disoccupazione che indica la percentuale di popolazione attiva disoccupata o in cerca di un primo lavoro;
- mancato possesso dell'abitazione la percentuale di abitazioni in affitto;
- famiglia mono genitoriale la percentuale di famiglie con un solo genitore o formate da un solo nucleo familiare;
- densità abitativa per 100 m².

5.2 Raccolta dei dati

Per la valutazione del modello organizzativo delle cure domiciliari palliative è stato condotto uno studio retrospettivo sul database della U.O.S.D. Cure palliative dell'ASL Napoli 1 Centro in un periodo di 3 anni dal 2020 al 2022. Di ogni paziente veniva registrato: età, sesso, distretto sanitario di appartenenza, indirizzo, data di arruolamento, data di decesso, tipo di patologia. In aggiunta, è stata condotta un'intervista qualitativa individuale semi-strutturata, disponibile completa nell'appendice 1,

basata su domande aperte, con il Direttore della U.O.S.D. Cure Palliative Domiciliari dell'ASL Napoli 1 Centro, il Dr. Antonio Maddalena:

- l'efficienza delle modalità di attivazione delle cure palliative,
- se la modalità di attivazione non è efficiente perché?
- qual è il punto debole della modalità di presa in carico
- quale è l'obiettivo della U.O.S.D. Cure palliative domiciliari
- chi sono gli attori
- che tipo di relazione esiste fra i vari attori
- nella dotazione organica esiste anche personale esterno
- quali sono i punti deboli del processo
- sarebbe possibile oggi con l'organico presente far fronte alle cure palliative precoci
- se si sono già attive?
- perché il processo proceda al meglio cosa andrebbe cambiato o migliorato

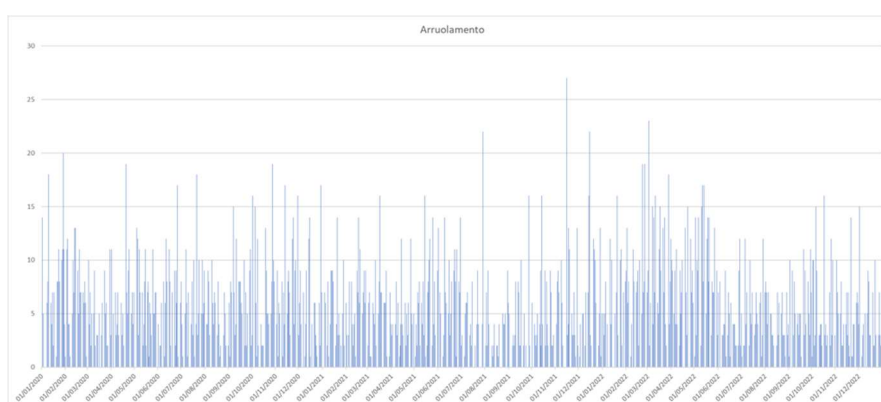
5.3 Analisi statistica

I dati raccolti sono stati analizzati mediante un software di analisi statistica (Stata 15, StataCorp LLC, 2017), le variabili categoriche quali il sesso sono state rappresentate come percentuale, mentre, le variabili continue, quindi l'età, è stata rappresentata come media e deviazione standard, sono stati utilizzati il χ^2 – test e il test esatto di Fisher per la correlazione tra i due sessi, il sesso e il tipo di neoplasia, il sesso e il decesso, ponendo come limite di significatività $P < 0,05$, il tempo di sopravvivenza è stato calcolato in giorni tra la data di arruolamento e la data di decesso. Data la frammentarietà del dato relativo all'indirizzo di ogni paziente abbiamo deciso, per la valutazione spaziale dell'attivazione delle cure palliative, di utilizzare i distretti come punti cardine, per cui questi

sono stati geo referenziati (longitudine e latitudine) utilizzando Google Earth OpenGL (Google, Mountain view CA, USA) successivamente le coordinate ottenute sono state elaborate da un Sistema Informativo Geografico (QGIS.org, 2023. QGIS Geographic Information System. QGIS Association). Utilizzando il software QGIS, è stata realizzata una mappa per rappresentare graficamente diversi punti di interesse, corrispondenti ai distretti. La visualizzazione di questi punti è stata effettuata mediante l'impiego dello stile graduato, che consente di rappresentare la variazione di un parametro specifico, nel nostro caso il numero di pazienti che hanno attivato le cure palliative domiciliari, attraverso differenze nella dimensione o nel gradiente di colore dei punti sulla mappa. A ogni punto è stato assegnato un peso proporzionale al numero di cure palliative domiciliari erogate, permettendo così una visualizzazione efficace e intuitiva dell'intensità delle attività sanitarie nelle diverse aree geografiche mappate. Questo metodo ha facilitato l'identificazione delle aree con maggior o minor densità del servizio erogato. L'intervista è stata trascritta in modalità intelligente.

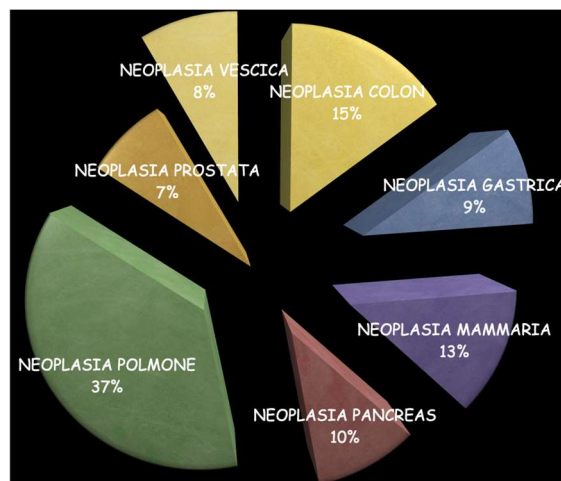
5.4 Risultati

Dopo aver ripulito il dato, eliminando le cure palliative domiciliari erogate per malattia non tumorale, nel periodo considerato sono stati arruolati per le cure domiciliari palliative 5427 pazienti (grafico 1), di questi 2,603 (48%) di sesso femminile e 2,824 (52%) di sesso maschile, la correlazione tra i due sessi non era statisticamente significativa.



*Grafico 1 (fonte propria, rielaborazione da dati forniti dall'ASL Napoli 1 centro)
Arruolamento nel periodo considerato dal 2020 al 2022*

L'età media era di 72 anni ma con una deviazione standard di $\pm 19,66$, ciò sta ad indicare che i pazienti arruolati erano pediatrici e anziani con una distribuzione che si è molto allontanata dalla media. Il tempo di sopravvivenza dei pazienti è risultato inferiore ad un anno e non vi era significatività ($p=0,36$) tra il sesso e il decesso, non è risultata significativa la differenza fra i due sessi. Abbiamo deciso per semplicità di unificare il dato relativo alle neoplasie, suddividendole solo per organo e non per tipo cellulare e visto il numero elevato di neoplasie si è deciso di prendere in considerazione solo 7 tumori (grafico 2), quelli più frequenti, inoltre fatta eccezione per quelli propri del sesso, non vi era differenza significativa tra il sesso e il tipo di tumore considerato.



*Grafico 2 (fonte propria, rielaborazione da dati forniti dall'ASL Napoli 1 centro)
Neoplasie più frequenti*

La georeferenziazione dei distretti ha evidenziato un divario nell'attivazione delle cure palliative domiciliari tra le varie municipalità come è possibile osservare dalla mappa dove il colore blu scuro indica una maggiore attivazione del servizio rispetto al blu più chiaro che indica la minore attivazione. (fig. 2)

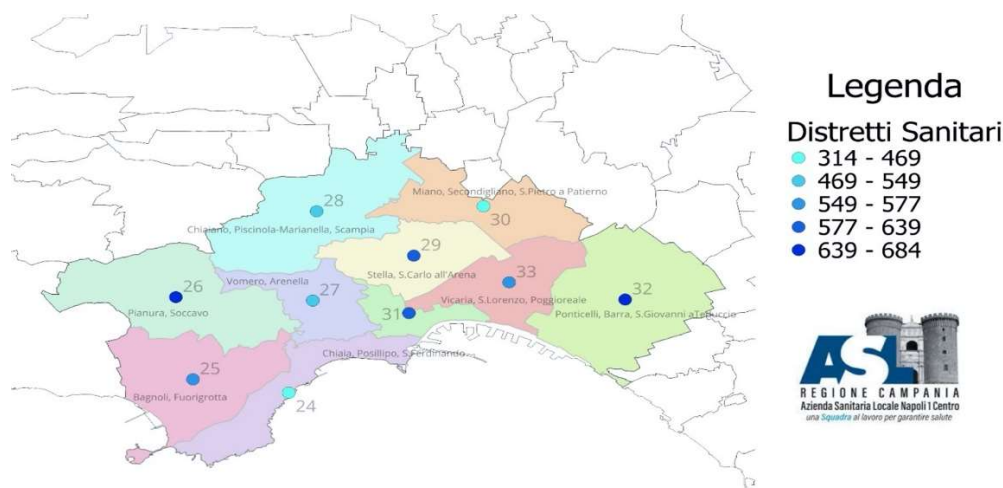


Fig. 2 (fonte propria, rielaborazione da dati forniti dall'ASL Napoli 1 centro)
 QGis dei Distretti per l'attivazione delle cure palliative domiciliari

5.5 Analisi dei risultati

La U.O.S.D. cure palliative domiciliari rappresenta l'unico modello in Italia con risorse aziendali e coinvolge dirigenti medici e specialisti ambulatoriali che lavorano con pari dignità.

Come illustrato nella figura n. 2, ho condotto lo studio nel periodo compreso tra il 2020 e il 2022, coincidente con la diffusione della pandemia di COVID-19. I miei risultati hanno contribuito a fornire una panoramica chiara del contesto in cui si è verificato il mantenimento della continuità nella fornitura dei servizi di cure palliative.

La pandemia di COVID-19 ha imposto una riassegnazione delle risorse e delle priorità nel sistema sanitario, con un considerevole impegno nella gestione dei pazienti affetti da Sars-Cov 2.

In un lavoro di meta-analisi pubblicato nel 2022 (Teglia F., Angelini, M., Astolfi L., Casolari G., Boffetta P.; Global Association of COVID-19 Pandemic Measures With Cancer Screening: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Oncol. 2022;8(9):1287-1293) gli autori hanno eseguito la revisione di 39 articoli pubblicati sullo screening delle malattie neoplastiche dal 1° gennaio 2020 al 12 dicembre 2021, i risultati hanno evidenziato come ci sia stata una elevata percentuale in meno di diagnosi di alcuni tumori rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente.

Tuttavia, sebbene le diagnosi per tumore siano state in numero minore nel 2020, l'analisi dei risultati ha messo in luce la notevole resilienza e adattabilità del modello organizzativo preso in esame. Nonostante le sfide straordinarie legate alla pandemia, il servizio di assistenza ai pazienti oncologici in fase terminale è rimasto stabile, garantendo cure di alta qualità. Questo risultato sottolinea l'efficienza nell'allocazione delle risorse e la capacità di adattamento del modello organizzativo alle situazioni di emergenza, confermando la sua efficacia e solidità in condizioni di emergenza. Inoltre dall'intervista al dr. Maddalena si è evinto che il servizio è stato erogato anche per pazienti Covid positivi, il modello ha funzionato perché sono stati forniti dall'Azienda 30 medici delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) in supporto, i quali sono stati opportunamente formati dai medici della U.O.S.D. all'uso di apparecchiature, ad eseguire esami quali emogas e ecografie, inoltre avevano alle spalle un team multidisciplinare come pneumologi, anestesisti, internisti ect., facenti capo alla U.O.S.D. pronti ad intervenire. Nello stesso periodo oltre all'erogazione dei servizi propri della U.O.S.D. sono stati seguiti circa 2000 pazienti Covid. Il modello COVID ha funzionato perché l'organizzazione interna della U.O.S.D. ha basi solide e ben consolidate.

Lo studio condotto sul database della U.O.S.D. Cure palliative domiciliari dell'ASL Napoli 1 Centro ha evidenziato che la maggioranza dei pazienti ha avuto un periodo di sopravvivenza relativamente breve. Questa osservazione sottolinea l'importanza di fornire cure palliative tempestive ed efficaci, in grado di migliorare la qualità della vita dei pazienti non solo nelle fasi avanzate della malattia. Inoltre, questa analisi fornisce informazioni rilevanti per la pianificazione anticipata delle cure e il supporto psicologico e sociale dei pazienti e delle loro famiglie, allo scopo di garantire un'assistenza completa e mirata alle loro esigenze specifiche.

In merito alle modalità di presa in carico del paziente, il dr. Maddalena, nel corso dell'intervista, è stato molto esaustivo nello spiegare i punti di criticità. Secondo il Direttore tra l'inoltro della richiesta dell'utente e l'attivazione delle cure trascorre un tempo, più o meno pari a 15 giorni, che per un malato oncologico in fine vita e quindi bisognoso urgentemente di cure soprattutto di terapia del dolore, è

troppo lungo, ancor più l'attivazione delle cure palliative avviene quando il paziente è già molto sofferente.

Altra considerazione, che rappresenta sicuramente un fattore critico, è scaturita dal dato culturale legato all'abitudine di considerare le cure palliative quale preludio alla morte, retaggio culturale inesatto esaminando l'erogazione di questi servizi da un'altra prospettiva. Palliativo deriva dal latino "Pallium" che significa mantello quindi protezione, in questa accezione del termine dovremmo considerare l'erogazione di questi servizi come una protezione per il paziente e abbandonare il retaggio culturale che rappresentano l'ultimo momento di cura: si dovrebbe pensare di attivare le cure palliative alla prima diagnosi, anche quando la partita con la malattia è ancora tutta da giocare, in modo tale da aiutare il paziente ad esempio in corso di terapia chemioterapica per superare e lenire gli effetti collaterali della stessa ma anche semplicemente per creare un rapporto di fiducia, in questo modo si potrebbe iniziare a parlare più concretamente di "Simultaneous care" e di cure palliative precoci.

In un lavoro del 2010 (Temel S. J., Greer J. A., Muzikansky A., Gallagher E. R., Admane S., Jackson V. A., Dahlin C. M., Blinderman C. D., Jacobsen J., Pirl W. F., Billings J. A., and J. Lynch T. J.; Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer; N Engl J Med 2010; 363:733-742), gli autori hanno esaminato l'effetto delle cure palliative subito dopo la diagnosi in pazienti affetti da Carcinoma polmonare metastatico non a piccole cellule, hanno suddiviso in maniera randomizzata i pazienti in due gruppi, i pazienti arruolati nel primo gruppo venivano trattati con cure palliative precoci associate a chemioterapia, il secondo gruppo veniva trattato con il protocollo standard di chemioterapia. Dai risultati è emerso che i pazienti trattati con cure palliative precoci associate alla chemioterapia hanno avuto una migliore qualità di vita fino al momento del decesso oltre che una sopravvivenza di circa tre mesi in più rispetto ai pazienti trattati con il protocollo standard. Ai pazienti del primo gruppo oltre che un supporto psicologico le cure palliative precoci hanno permesso di non utilizzare protocolli chemioterapici aggressivi negli ultimi due mesi di vita migliorandone quindi la qualità.

Appare chiaro, quindi, come il primo grosso scoglio da superare per aiutare concretamente i pazienti oncologici in fine vita sia di tipo culturale. È necessaria ulteriore informazione soprattutto per i medici oncologi partendo dall'assunto che l'oncologia deve garantire ad ogni malato di tumore attenzione alla qualità della vita, alla continuità terapeutico-assistenziale in tutte le fasi di malattia, cambiando l'obiettivo della terapia e cioè mettendo al centro dell'attenzione non la neoplasia ma il paziente. Si riconosce che, per un medico, la morte di un paziente può essere interpretata come un possibile insuccesso. Tuttavia, si sostiene che i malati oncologici non siano equiparabili ad altri pazienti, poiché presentano esigenze diverse e, soprattutto, necessitano di un accompagnamento durante tutte le fasi della malattia.

Secondo il dr. Maddalena se non si supera il gap culturale sarà difficile essere di reale aiuto ai malati oncologici se non negli ultimi momenti della loro vita: l'equipe della U.O.S.D. cure palliative è multidisciplinare quindi, se attivata in tempo, l'aiuto al paziente sarebbe sicuramente più efficace in termini di completezza diagnostica e terapeutica, non soltanto palliativo.

Infatti l'attivazione del servizio richiede molti passaggi intermedi tra la richiesta dell'utente e la effettiva erogazione del servizio, considerando la quantità di attori coinvolti nel processo. Per tale motivo è evidente che sia inevitabile un periodo lungo di attesa in considerazione anche della cospicua domanda di salute della popolazione di circa 1 milione di abitanti della città di Napoli con un elevato indice di vecchiaia e di deprivazione, oltre che un'elevata incidenza di malattie tumorali.

È necessario sottolineare infine che, probabilmente, il MMG non inoltra molte richieste al Distretto competente perché non considera questi pazienti come aventi bisogno di cure palliative, per cui esiste un sommerso di cure palliative domiciliari di I livello che non vengono attivate. È importante ricordare che presso la ASL Napoli 1 Centro le cure palliative sono sotto un'unica direzione di conseguenza tutte le specialità quali ad esempio nutrizionisti, chirurghi, infermieri specializzati sono a disposizione dei pazienti a prescindere che l'assistenza sia di I, II, III o IV livello.

Secondo il Direttore Maddalena il servizio va quindi sburocratizzato, velocizzato nella fase iniziale di presa in carico del paziente e la procedura potrebbe essere eseguita interamente tramite cartella

clinica informatizzata. Si deve passare quindi dal back-office attuale a un front-office, in questo modo i pazienti sarebbero al centro del processo verificandosi una riduzione dei tempi di attesa.

Sarebbe auspicabile, quindi, un coordinamento centrale sovra distrettuale, composto da medici specializzati in cure palliative, siano essi dirigenti o specialisti ambulatoriali, a cui giungono le richieste direttamente dal paziente o sui familiari, questi medici dovrebbero nel giro di 24 ore evadere le richieste con visite domiciliari per accertare la reale necessità, successivamente inviare, sempre tramite fascicolo elettronico, le richieste ai Distretti che le inoltrano infine alla U.O.S.D. , per la presa in carico, in un tempo massimo di 48 ore.

Ho condotto un ulteriore approfondimento riguardo all'incidenza territoriale della fornitura di tali servizi. Utilizzando il software QGIS, ho esaminato con precisione la distribuzione geografica delle cure palliative nell'ambito del territorio di competenza dell'ASL Napoli 1 Centro. Un riscontro significativo è emerso dall'osservazione dei dati territoriali: ho potuto constatare che l'attivazione dell'assistenza domiciliare per le cure palliative non è stata uniformemente distribuita in tutti i quartieri di Napoli.

È emersa una disuguaglianza nei risultati ottenuti così come raffigurato nella fig. n 2. L'analisi ha permesso di identificare chiaramente che territori come Bagnoli, Fuorigrotta (distretto 25), Barra e San Giovanni a Teduccio (distretto 32), hanno manifestato un notevole accesso ai servizi di assistenza sanitaria domiciliare nell'ambito delle cure palliative. Questo dato sottolinea una marcata efficienza da parte dei distretti di riferimento nel processare tempestivamente le richieste di assistenza, suggerendo altresì una diffusione adeguata delle informazioni relative ai servizi disponibili e alle modalità di accesso fornite dall'azienda sanitaria, nonostante siano territori quali Ponticelli, Barra, Bagnoli e San Giovanni a Teduccio caratterizzati da elevati indici di deprivazione socioeconomica.

D'altra parte è emerso un ridotto accesso ai servizi in territori quali il Vomero, Arenella caratterizzate da indici di deprivazione minimi e in zone quali Miano e Secondigliano, in cui gli indici di deprivazione sono massimi. Questi risultati possono essere interpretati da un punto di vista socioeconomico, nelle aree più agiate, è probabile che i pazienti facciano più frequentemente ricorso

a servizi sanitari privati, mentre in territori quali Chiaiano, Piscinola, Miano e Secondigliano, caratterizzati da elevati livelli di deprivazione è probabile che l'informazione sui servizi disponibili sia scarsamente diffusa e ciò potrebbe giustificare il minore accesso ai servizi sanitari domiciliari. Ciò ha evidenziato la necessità di una sensibilizzazione e diffusione delle informazioni mirate per garantire un accesso equo e appropriato a tutti i pazienti, indipendentemente dal contesto socioeconomico.

Il dr. Maddalena ha confermato i risultati della nostra mappa avvalorando anche le nostre ipotesi. Il paziente che vive in quartieri ricchi e ha bisogno urgente di aiuto non aspetta i tempi necessari, che siano essi più o meno lunghi, per attivare le cure palliative domiciliari ma paga un infermiere specializzato. Il dato invece relativo ad una maggiore attivazione delle cure nei distretti 25 e 32, operanti in alcuni dei quartieri ad alto indice di deprivazione, anche secondo il Direttore Maddalena il dato emerso potrebbe essere dovuto ad una maggiore attenzione dei medici dei distretti considerati, all'importanza di una celere attivazione delle cure per pazienti in stato di dolore. Quindi, secondo l'analisi effettuata, sebbene il modello operativo e la procedura siano corretti nei passaggi, è sempre necessario considerare la componente umana.

Non ha però, d'altra parte, avvalorato la tesi circa la maggiore informazione, poiché è lui in prima persona ad organizzare le "giornate del sollievo" in tutti i quartieri di Napoli ma che purtroppo, vuoi per scaramanzia, vuoi per ignoranza non fruttano il risultato sperato, poiché i cittadini che non hanno il problema, si guardano bene dal parteciparvi e dall'aver quindi informazioni corrette su come comportarsi in caso di necessità. In ogni caso è acclarato che l'informazione alla popolazione deve passare anche dai MMG, che sono quelli più vicini al cittadino, e dai medici ospedalieri. Secondo la mia valutazione, la mancanza di informazione fa sì che il paziente e i suoi familiari si ritrovino soli ad affrontare il problema e, nell'ottica "ospedalocentrica" a cui siamo abituati, si rivolgono agli ospedali per chiedere aiuto. Maddalena avvalora nuovamente l'ipotesi, spiegando un piccolo esperimento condotto con l'ospedale Cardarelli di Napoli. Durante l'esperimento, gli oncologi dimettevano i pazienti con un protocollo ben preciso, informandoli dell'esistenza della U.O.S.D. cure

palliative domiciliari. Nel periodo dell'esperimento, il pronto soccorso dell'ospedale Cardarelli si è sgravato dall'arrivo di pazienti che necessitavano di assistenza per il controllo del dolore. Questo approccio ha generato due risultati significativi: i pazienti sono stati seguiti da un'équipe specializzata in cure palliative, ricevendo tutte le cure necessarie oltre al solo controllo del dolore, e l'ospedale ha svolto la sua funzione di luogo di cura per patologie acute, snellendo le liste di attesa del pronto soccorso e diventando quindi più efficiente.

In aggiunta, va sottolineato che i dati raccolti hanno rivelato una certa eterogeneità. Tale variabilità potrebbe essere riconducibile a numerosi fattori, tra cui la qualità della raccolta dei dati, l'accuratezza delle registrazioni e le caratteristiche specifiche delle diverse unità territoriali all'interno della giurisdizione dell'ASL Napoli 1 Centro. Si deve pertanto prestare la dovuta attenzione nell'implementazione dei database con l'obiettivo di migliorare la coerenza e l'affidabilità delle informazioni acquisite. Questo passaggio riveste un'importanza cruciale nell'ambito della ricerca e dell'analisi dei dati, in quanto la qualità delle informazioni influisce direttamente sulla validità e sull'interpretazione dei risultati ottenuti.

Nel complesso di fattori che entrano in gioco per il funzionamento delle cure palliative e per comprendere a fondo il meccanismo d'azione della U.O.S.D. cure palliative e per meglio delineare il nuovo modello organizzativo, ho focalizzato la mia intervista su 3 indici: obiettivo, attori coinvolti e relazione tra gli attori, come già detto nella sezione di raccolta dei dati. Dall'intervista con il Direttore Maddalena, è emerso che i tre indici sono correlati fra di loro. La U.O.S.D. cure palliative domiciliari dell'ASL Napoli 1 Centro, oltre agli obiettivi assegnati dall' Agenzia Nazionale per i servizi sanitari Regionali (AGENAS) quindi con la presa in carico del 10% della popolazione anziana e dalla Regione Campania che ha posto come limite minimo il 50% di tutti i morti per tumore, si prefigge di arrivare in maniera tempestiva a tutti i cittadini bisognosi secondo la Legge 38/2010. L'obiettivo principale è far in modo che le persone non si sentano sole e abbandonate. Il traguardo potrebbe sembrare utopistico ma se si pensa che il modello Covid ha funzionato con un'aggiunta di sole 30 unità di personale medico da formare, andando quindi ad erogare il servizio con nuovi arruolamenti pari a

1627 pazienti oltre i circa 2000 malati Covid, si comprende bene come l'idea non sia così utopistica, grazie anche all'attenzione rivolta dall'ASL Napoli 1 Centro alla cura del cittadino. Ciò porta direttamente al secondo indice, ovvero gli attori coinvolti, la U.O.S.D. si avvale del suo personale interno all'azienda, una équipe multidisciplinare formata da medici, dirigenti e specialisti ambulatoriali, quali Oncologi, Palliativisti, Neurologi, Pneumologi, Chirurghi, Anestesisti, Medici Nutrizionisti oltre che altre figure professionali quali Psicologi, Dietisti, Infermieri, OSS, assistenti sociali, in più concorrono anche gli infermieri, i fisioterapisti e gli OSS di cooperative convenzionate con la Regione Campania.

Attori altrettanto importanti sono rappresentati dai distretti, dai MGM, dagli ospedali e dal Comune di Napoli.

Da qui passiamo all'ultimo indice, cioè la relazione tra i vari attori. Su questo punto, il dr. Maddalena è sembrato molto fermo sulle sue posizioni. I rapporti con i distretti sono consolidati e fluidi, ma sono meno evidenti con i MGM e gli oncologi ospedalieri, poiché non ci sono relazioni dirette. Infine, i rapporti sono molto rari con il comune e con la politica di welfare. Gli unici ospedali con i quali la U.O.S.D. si relaziona, riuscendo anche ad attivare Simultaneous care, sono quelli pediatrici non solo regionali ma anche nazionali, come ci ha raccontato il dr. Maddalena, permettendo di seguire il paziente dalla prima diagnosi all'inevitabile momento della morte.

Le cure palliative precoci sono il modo di instaurare un rapporto di fiducia con i pazienti, ma queste passano dal superamento del retaggio culturale che continua a relegare le cure palliative nell'angolo del pre-morte.

L'analisi dei dati raccolti mi ha permesso di comprendere in quale contesto sia epidemiologico sia socio-economico vengano erogati i servizi della UOSD cure palliative domiciliari dell'ASL Napoli 1 Centro. Dai risultati appare evidente che la UOSD rappresenta il punto di arrivo delle richieste che partono da diversi attori come i MMG, i Distretti e gli Ospedali, ma in questo scenario il paziente viene collocato in un ruolo marginale, poiché non entra nelle fasi principali del processo. Ritengo che sia questo il punto debole della catena. Secondo l'analisi effettuata, il nuovo modello organizzativo

dovrebbe essere costruito avendo come base fondante il concetto del paziente e dei suoi familiari posti al centro del processo. La pandemia di Covid 19 in una città come Napoli con un elevato indice di vecchiaia di alcuni quartieri e un elevato indice di deprivazione di altri, quindi, in una situazione di profonda disomogeneità socio-sanitaria non ha causato un numero elevato di morti, questo perché a chiedere aiuto e quindi ad attivare il processo è stato il paziente mediante una semplice telefonata o una mail ad un centro unico di coordinamento, che dopo aver esaminato i casi ha attivato il servizio sanitario domiciliare, il tutto ha funzionato poiché in quel momento di emergenza si è sburocratizzato il processo ed il paziente è diventato l'attore principale della propria salute.

Dai risultati ottenuti e dalle ipotesi prodotte, sono riuscita a comprendere i punti deboli della catena dell'arruolamento del paziente e ho costruito la mia ipotesi di un nuovo modello, raggiungendo l'obiettivo che mi ero prefissa all'inizio del mio percorso.

Con l'analisi dei dati sono anche riuscita a raggiungere un ulteriore obiettivo, ho compreso, infatti, che le pazienti, le medici ospedaliere e le MMG non sono ben formate e informate dell'esistenza di una struttura a carattere multidisciplinare che può prendersi cura non solo delle pazienti in fase terminale, ma anche delle pazienti alla prima diagnosi, accompagnandole durante tutto il percorso terapeutico e non lasciandole da sole e in forte difficoltà psico-sanitaria ad affrontare la morte se e quando la malattia prenderà il sopravvento.

5.6 Nuovo modello organizzativo di cure palliative centrato sul paziente

L'integrazione all'interno del sistema sanitario è un concetto fondamentale che mira a superare le tradizionali divisioni tra le diverse componenti dell'assistenza sanitaria. In questo contesto, la cooperazione tra le strutture ospedaliere e i servizi territoriali è di particolare rilevanza. Le cure palliative domiciliari rappresentano un ponte vitale tra l'assistenza ospedaliera e quella a domicilio, e un'integrazione efficace tra queste due modalità può migliorare significativamente la continuità assistenziale per i pazienti in fase avanzata di malattia.

L'ottimizzazione del modello organizzativo delle cure palliative domiciliari richiede una riflessione approfondita sull'importanza dell'integrazione tra i vari componenti del sistema sanitario. Infatti elemento cruciale per il successo di questo modello è la promozione di una maggiore collaborazione e sinergia tra i diversi attori coinvolti, comprese le strutture ospedaliere, i servizi territoriali e i medici di medicina generale.

Nel contesto delle cure domiciliari, gli attori territoriali, quali i Medici di Medicina Generale (MMG) e i Punti di Libera Scelta (PLS), insieme ai distretti sanitari di base e all'ente erogante il servizio, costituiscono un fondamentale percorso di erogazione dell'assistenza. Questa rete di attori rappresenta il fulcro del continuum assistenziale, svolgendo un ruolo chiave che va dalla fase iniziale di richiesta di accesso al momento in cui si manifesta l'effettivo bisogno del paziente.

Un allungamento o un ritardo nel percorso di erogazione delle cure, in termini di tempo e processo decisionale, può generare una serie di problematiche. Innanzitutto, può destabilizzare il rapporto tra il paziente e gli attori coinvolti, poiché la tempestività nella risposta alle esigenze del paziente è un fattore determinante per la sua soddisfazione e la qualità complessiva dell'assistenza. Inoltre, una prolungata durata del percorso causato da una maggiore complessità e burocratizzazione delle procedure rende il processo complesso e difficile da gestire.

La fluidità e la tempestività nell'asse di erogazione delle cure domiciliari rappresentano aspetti fondamentali per garantire un rapporto stabile, un flusso di lavoro efficiente e una soddisfacente esperienza per il paziente. Pertanto, è essenziale che gli attori coinvolti nell'erogazione delle cure domiciliari lavorino sinergicamente e si adoperino per ottimizzare questo processo.

Dai risultati è apparso chiaramente che il modello organizzativo delle cure palliative domiciliari come è strutturato oggi non utilizza al pieno le sue possibilità, lasciando fuori dall'erogazione delle cure una fetta importante della popolazione Napoletana, relegando il paziente in una posizione non centrale.

Il nuovo modello organizzativo vuole cercare di riallocare il malato, che sia esso bambino, anziano, affetto di malattia neurodegenerativa, oncologico alla prima diagnosi o oncologico terminale, al centro del processo organizzativo.

I risultati hanno evidenziato alcuni punti cardine che incidono negativamente sulla efficienza del modello attuale, come di seguito indicato: le fasi di arruolamento dei pazienti, l'errata o mancante informazione, la comunicazione inefficace con i pazienti e le loro famiglie e la mancanza di formazione specifica per il personale sanitario. Partendo proprio dall'analisi di questi punti critici ho sviluppato un modello che possa rispondere alle esigenze dei pazienti e dei medici.

Un altro risultato rilevante è l'attivazione dell'assistenza sanitaria privata, sebbene in linea con il resto del paese, infatti, dal report dell'OCSE 2021 in Italia la quota di spesa per la sanità privata è del 3,6% superiore al 3% del resto di Europa, a pesare principalmente è l'assistenza ambulatoriale che si è attestata al 45% della spesa per la sanità out of pocket rispetto al solo 25% del resto del vecchio continente.

Dall'analisi del modello attualmente in essere e dai vari passaggi per l'attivazione delle cure palliative a partire dalla richiesta è emerso che un ulteriore punto di criticità è il lavoro svolto dai MMG e i medici ospedalieri. Questo dato merita una riflessione, oggi i medici di famiglia sono sempre più sotto pressione per diversi fattori quali, il sempre crescente invecchiamento demografico con lo sviluppo di malattie a carattere cronico-degenerativo, l'eccessiva burocratizzazione del loro ruolo e di non minore importanza la mancanza di vocazione, per questa branca della medicina, da parte delle nuove generazioni di medici. Per quanto riguarda i medici ospedalieri crediamo che il gap sia culturale, nel senso che i medici non sono adeguatamente formati e informati all'importanza dell'attivazione delle cure palliative domiciliari soprattutto precoci.

Nelle fasi di progettazione sono state poste delle domande: chi è il protagonista? Cosa vuole ottenere? A chi deve rivolgersi? Come arrivare al traguardo nel più breve tempo possibile? Le nuove tecnologie informatiche ci possono aiutare? La formazione e l'informazione del personale medico e della

cittadinanza è adeguata? Appare logico come il protagonista sia il paziente, a prescindere dal quartiere in cui abita, che vuole aiuto per gestire il proprio malessere o quello di un familiare, che deve rivolgersi a personale attento e debitamente formato per rispondere alle esigenze della sua condizione di malato, personale che sia pronto ad intervenire e che intervenga nel minor tempo possibile. Inoltre la tecnologia informatica può aiutare a snellire in un click il processo, oltre ad una formazione più efficiente che coinvolga non solo i medici e i cittadini ma anche il terzo settore dell'associazionismo.

Dalle considerazioni basate sui risultati ottenuti dalla ricerca eseguita, si è messo a punto un nuovo modello organizzativo che riduca i tempi di presa in carico del paziente apportando delle modifiche all'attuale assetto ridistribuendo gli attori, inserendone di nuovi, pianificando dei periodi di informazione e formazione e, in riferimento al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza missione 6 e in particolare l'obiettivo "M6C2 - innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario", l'introduzione della cartella clinica informatizzata.

Il nuovo modello organizzativo prevede:

- una Unità Centrale Sovradistrettuale (UCS), con funzione di cabina di regia, che sarà il front-office a cui l'utente può inoltrare la richiesta di attivazione del servizio. Si dovrebbe, quindi passare dall'attuale back-office a un front-office;
- la UCS dovrebbe avere il compito di pianificare e programmare le visite domiciliari per validare la richiesta;
- la UCS dovrebbe essere formata da medici, dirigenti e/o specialisti ambulatoriali, e infermieri tutti specializzati in cure palliative;
- nel giro di 24 ore dalla ricezione le richieste dovrebbero essere evase con visita domiciliare, invio della richiesta di attivazione alla U.O.S.D. cure palliative domiciliari con anamnesi e suddividendo le necessità del paziente nei 4 livelli di assistenza;
- ricevuta la richiesta la U.O.S.D. cure palliative domiciliari può in base al livello di assistenza iniziare il piano terapeutico con il proprio case manager;

- la U.O.S.D. è tenuta ad informare i Distretti e i MMG della presa in carico del paziente e laddove ne ritenesse opportuno in base al livello di assistenza, I livello, ingaggiare gli infermieri del Distretto o il MMG per il prosieguo della terapia;
- Rete Oncologica Campana (ROC) che seguirà il canale già attivo quindi inviando i pazienti direttamente alla U.O.S.D. ;
- ospedali che saranno tenuti alle dimissioni protette riferendo il paziente agli oncologi della U.O.S.D. che entrerebbero a far parte dei Gruppi Oncologici Multidisciplinari (GOM)
- la successione dei percorsi e delle informazioni avverrà solo ed esclusivamente attraverso un sistema informatizzato “cartella clinica informatizzata” che verrà implementata in ognuna delle fasi del processo;
- ogni 6 mesi dovrebbero essere organizzati corsi per la formazione di tutto il personale medico ospedaliero circa le cure palliative domiciliare con particolare attenzione alle cure palliative precoci, e i sistemi sanitari informatizzati con riferimento all’implementazione delle cartelle cliniche informatizzate, i corsi dovrebbero essere obbligatori per tutto il personale ospedaliero e facoltativo per i MMG;
- presso la UCS saranno organizzati corsi formativi per i care giver;
- per la popolazione l’informazione dovrebbe essere devoluta alle già in opera “Giornate del Sollievo” progettate dalle U.O.S.D. cure palliative domiciliari e le “Giornate della salute” disposte dalla Direzione dell’ASL Napoli 1 Centro con la possibilità di organizzarle due volte l’anno in diversi quartieri della città, inoltre, l’informazione dovrebbe passare attraverso la preparazione di opuscoli informativi presenti in tutti gli ospedali e studi medici di MMG della città oltre che attraverso cartelloni pubblicitari, l’uso di strumenti di comunicazione multimediali, come siti web istituzionali e app per dispositivi mobili, può ampliare ulteriormente la portata delle informazioni e consentire un accesso agevole ai dettagli sui programmi di cura e sull’organizzazione dei servizi

- presso la UCS sarà istituito un punto di informazione per i pazienti e i loro familiari;
- è in capo al case manager della UCS il primo contatto con il care giver che verrà messo in contatto con il case manager della U.O.S.D.

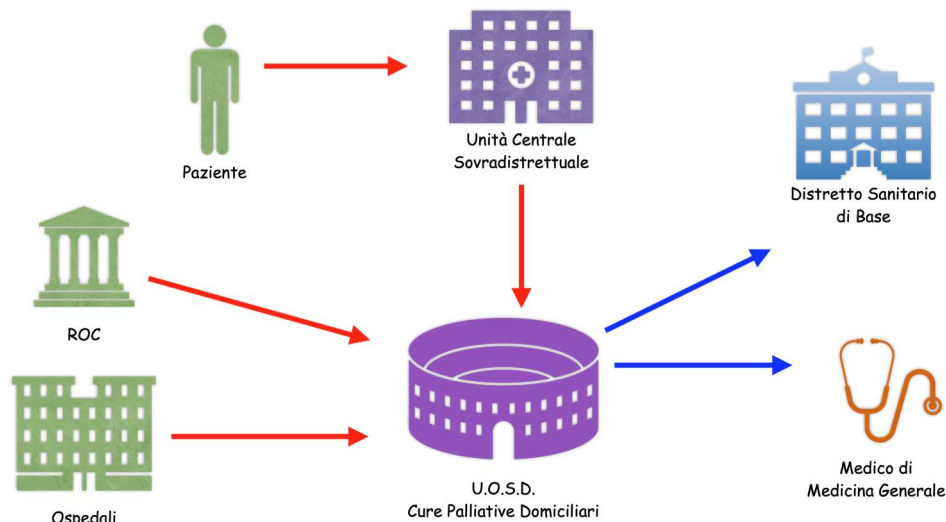


Fig. 3 (fonte propria) nuovo modello organizzativo

L'obiettivo principale della UCS è quella di garantire all'utente un punto di accesso unico e integrato dell'assistenza cure palliative che possa offrire una corretta valutazione dei bisogni del paziente e l'indicazione del corretto protocollo terapeutico oltre che l'attivazione delle prime cure in circa 72 ore.

Le dimissioni protette operate dagli ospedali dovrebbero avvenire fin dalla prima diagnosi, il paziente passerebbe dall'oncologo ospedaliero all'oncologo della U.O.S.D., che in quanto oncologo conosce gli effetti collaterali delle terapie e può in tal modo prevenirli e instaurerebbe un rapporto di fiducia e di empatia con il paziente con il quale poter decidere anche i passi del protocollo terapeutico, in tal modo il paziente non si sentirebbe solo in un momento di completo smarrimento psicologico.

Tale cambiamento è fondamentale per migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'assistenza domiciliare nelle cure palliative. Centralizzare queste attività permette una gestione più integrata e sinergica delle risorse, migliorando complessivamente la qualità dell'assistenza fornita ai pazienti.

L'introduzione e l'implementazione delle cartelle sanitarie informatizzate rappresentano un significativo avanzamento nel contesto dell'erogazione delle cure sanitarie, con implicazioni rilevanti per la gestione del percorso di cura del paziente. Questo approccio innovativo consente una condivisione di dati e informazioni in tempo reale, promuove una maggiore trasparenza e accessibilità delle informazioni relative al paziente all'interno del sistema sanitario. La condivisione in tempo reale delle informazioni facilita la collaborazione interprofessionale, consentendo a medici, infermieri e altri operatori sanitari di coordinare le proprie azioni in modo più efficiente.

In parallelo all'implementazione delle cartelle sanitarie informatizzate e all'ottimizzazione della gestione dei percorsi di cura, assume fondamentale importanza promuovere un'adeguata educazione e consapevolezza tra i pazienti, i loro familiari e i caregiver in merito alle diverse opzioni e ai diritti riconducibili alle cure palliative domiciliari.

La divulgazione accurata delle scelte terapeutiche disponibili, inclusa l'opzione delle cure palliative a domicilio, si configura come un elemento cardine per garantire una migliore comprensione da parte dei pazienti e favorire il loro coinvolgimento attivo nella gestione delle proprie cure. Tale coinvolgimento è essenziale per garantire una presa di decisioni informata e consapevole, allineata con le preferenze e le necessità del paziente.

Si auspica che lo studio possa continuare con una fase di sperimentazione sul campo del nuovo modello organizzativo, per la quale sono state delineate quelle che potrebbero essere le modalità e le fasi di attuazione.

Descrizione e tempi di realizzazione:

1. T0- Valutazione e scelta dell'area di attuazione: in considerazione dei nostri risultati ottenuti, si è pensato che la fase di sperimentazione potesse essere applicata a soli due distretti diversi per indice di deprivazione, ma accomunati da una ridotta attivazione delle cure palliative domiciliari, ovvero Distretto 27 e Distretto 28. Il tempo di realizzazione sarebbe di 1 mese.

2. T1- Progettazione: scegliere il luogo fisico dove ubicare l'UCS, considerando che i medici e gli infermieri saranno specializzati in cure palliative domiciliari si era identificato come luogo fisico la sede della U.O.S.D. cure palliative domiciliari, sarà necessario procedere alla stesura di idonei moduli per la richiesta di attivazione del servizio da parte degli utenti, all' istituzione di un indirizzo mail a cui inviare la richiesta, all'attivazione della cartella clinica informatizzata. Tempo di realizzazione 3 mesi
3. T2- Formazione, informazione e pubblicità: formazione dei medici oncologi ospedalieri e dei MMG, informazione a tutti i cittadini con opuscoli, giornate di informazione, pubblicità con coinvolgimento del comune di Napoli e di Metronapoli. Tempo di realizzazione 3 mesi.
4. T4- Inizio della sperimentazione: questa fase si deve prestare ad essere modificabile e adattabile alle esigenze che si riscontrano durante la sperimentazione. Tempo di realizzazione 6 mesi

Per rendere più semplice e intuitiva la comprensione del cronoprogramma per la realizzazione del progetto sperimentale ho realizzato, mediante un foglio di lavoro Excel, un diagramma di Gantt.

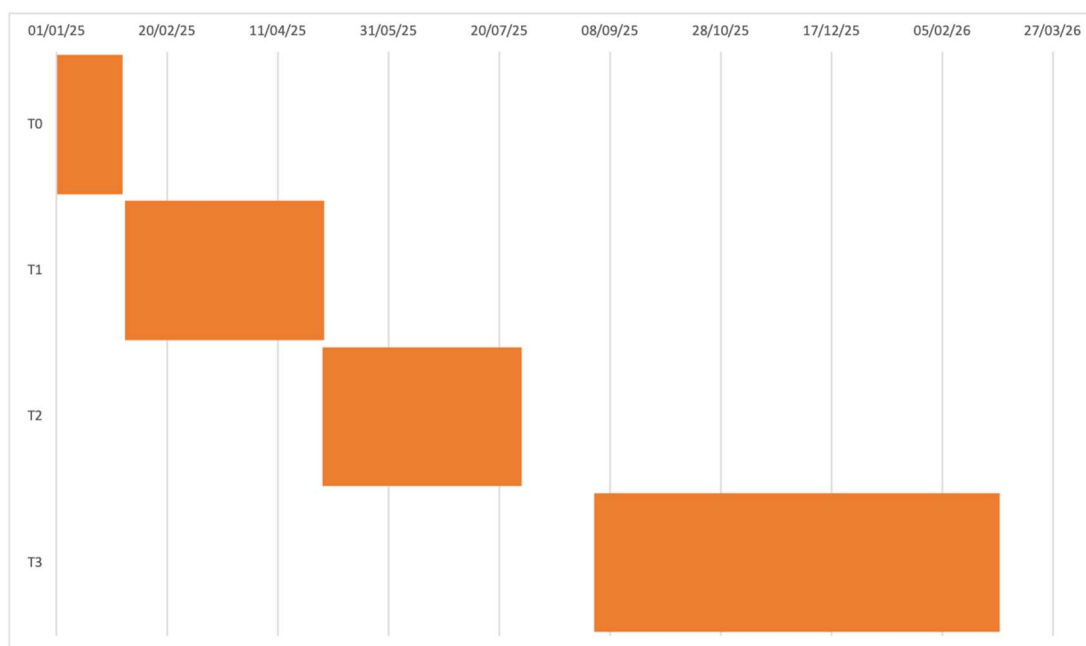


Grafico 3 (fonte propria) Diagramma di Gantt

Questo modello organizzativo orientato al paziente, caratterizzato da un Centro unico di Coordinamento multidisciplinare con medici che ricoprono il ruolo di case manager, si prefigge l'obiettivo di fornire un livello di assistenza domiciliare di altissima qualità, estremamente personalizzata e tempestiva. La sinergia instaurata tra il paziente e l'UCS crea un ambiente in cui è possibile affrontare in maniera completa le sfide connesse alla salute, garantendo al contempo una risposta efficiente alle molteplici esigenze dei cittadini.

Infine, nel corso della lettura dei dati, mi sono resa conto che le informazioni relative alle pazienti, nel database dell'U.O.S.D. Cure palliative domiciliari, erano frammentarie e le variabili non erano univoche, suppongo, quindi, che il database sia stato implementato da vario personale senza una regola precisa e ciò ha determinato un rischio elevato nel commettere errori rendendo quindi alcuni dati inutilizzabili. L'utilizzo dei dati epidemiologici rappresenta, a mio parere una fonte di importanti informazioni per la pianificazione degli interventi. A tal proposito sono stati presi in considerazione i punti critici del database di partenza e formulata l'ipotesi di un nuovo database che possa essere implementato in maniera univoca, permettendo l'esportazione dei dati in un foglio di lavoro di lavoro Excel utile alla successiva analisi.

The screenshot shows a web application window titled "UOSD Cure Palliative ASL Napoli 1 Centro". The interface includes a header with navigation controls (back, forward, search, sort, share) and a search bar labeled "Cerca". Below the header, there are options for "Record", "Trova", "Ordina", and "Condividi". The main content area is a form with the following fields:

- NUMERO:
- DATA ARRUOLAMENTO:
- COGNOME:
- NOME:
- INDIRIZZO:
- DISTRETTO:
- SESSO:
- ANNI:
- PATOLOGIA:
- INVIANTE:
- DATA DECESSO:

Below the form fields is a large text area labeled "REFERTI ACCESSI" which is currently empty. At the bottom of the form area, there are two buttons: "Nuova scheda" and "Ricerca paziente".

Fig. 4 (fonte propria) ipotesi di Database

CONCLUSIONI

In un contesto caratterizzato dall'invecchiamento demografico della popolazione, dall'ampia diffusione di patologie croniche e da una crescente complessità epidemiologica che vede un costante aumento di pazienti affetti da comorbidità e con ridotta autosufficienza, la continuità e la coerenza nell'erogazione delle cure e nell'assistenza, sia da un punto di vista sanitario sia socio-sanitario, rappresenta una priorità di primaria importanza. Tale priorità è motivata non solo dalla prospettiva di incrementare l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, riducendo le ospedalizzazioni non necessarie, ma anche e soprattutto dalla volontà di generare valore per il paziente.

Questo obiettivo di valore per il paziente è indubbiamente ancorato all'idea di un'assistenza sanitaria basata su un modello territoriale, che pone al centro la continuità delle cure nel passaggio tra le diverse fasi dell'assistenza. In questo quadro, le cure palliative domiciliari emergono come una componente significativa, mirata a fornire una qualità di vita ottimale ai pazienti in fase avanzata di malattia, e rappresentano un esempio concreto di come un'assistenza territoriale ben organizzata possa generare valore per il paziente cronico e/o in fine vita, migliorando la qualità delle cure e riducendo i costi associati all'ospedalizzazione inappropriata.

I risultati emersi dal caso studio relativo al Modello delle Cure Palliative Domiciliari dell'ASL Napoli 1 Centro ha permesso di rilevare diversi aspetti di notevole rilevanza nell'ambito dell'erogazione dei servizi di medicina territoriale.

Il modello organizzativo si è distinto per l'adozione di un approccio altamente personalizzato nella gestione dei pazienti. Tale approccio è stato caratterizzato da una profonda attenzione alle esigenze individuali dei pazienti e dalla progettazione di piani di cura su misura. Questo orientamento centrato sul paziente si è rivelato un elemento di notevole valore, contribuendo in modo significativo.

La sinergia tra attori professionali all'interno del modello riflette i principi di organizzazione aziendale che promuovono il lavoro di squadra e la collaborazione interdisciplinare. Questo approccio

contribuisce in modo significativo a una gestione più completa ed efficace delle cure palliative, garantendo un'assistenza globale e multidisciplinare ai pazienti e alle loro famiglie, e può essere considerato un esempio di buone pratiche nell'ambito dell'organizzazione aziendale orientata ai processi.

L'osservazione di disuguaglianze nella diagnosi dei tumori e nell'accesso alle cure palliative, presumibilmente correlate all'indice di deprivazione, sollevano importanti questioni. L'identificazione di disuguaglianze nell'accesso ai servizi di cura è una sfida critica in termini di organizzazione aziendale. Affrontare questa problematica richiede l'adozione di strategie specifiche mirate a migliorare l'equità e l'efficienza nell'erogazione dei servizi di cure palliative. Questo processo richiede un'analisi dettagliata delle barriere che ostacolano l'accesso tempestivo e appropriato ai servizi, con particolare attenzione all'individuazione dei punti di debolezza nel modello organizzativo. Si può trarre ispirazione da teorie sulla qualità dei servizi e sulla gestione della catena del valore, le quali forniscono strumenti e approcci utili per valutare e migliorare l'accessibilità ai servizi di cure palliative. L'adozione di tali approcci può contribuire a mitigare le disuguaglianze nell'accesso ai servizi, garantendo che tutti i pazienti possano beneficiare in modo tempestivo e appropriato delle prestazioni.

Sebbene i risultati abbiano dimostrato l'efficienza e l'efficacia del modello organizzativo delle cure palliative, fornendo così una solida base per l'ulteriore sviluppo e l'implementazione del modello, hanno evidenziato anche dei punti di criticità. Una di queste è la necessità di espandere l'offerta dei servizi delle cure palliative al fine di migliorare l'accessibilità, abbiamo riscontrato, ad esempio, situazioni in cui si è verificato un rallentamento nella risposta ai bisogni sanitari dei pazienti. Questo aspetto richiede l'ottimizzazione dei processi e dei flussi di lavoro al fine di garantire un accesso tempestivo e appropriato ai servizi di cure palliative.

Inoltre, sarebbe utile pianificare l'implementazione di programmi di formazione interprofessionale, volti a promuovere una migliore collaborazione tra gli operatori sanitari, medici, infermieri, OSS,

psicologi, ect. Questo approccio è in sintonia con le teorie dell'organizzazione aziendale che sottolineano l'importanza della comunicazione e della collaborazione interprofessionale per migliorare l'efficienza e l'efficacia dei servizi sanitari.

Sebbene sia prematuro trarre conclusioni definitive su un fenomeno emergente, l'analisi dei risultati apre un dibattito di notevole rilevanza su diversi aspetti che richiedono una comprensione più approfondita. Questo dibattito fa emergere alcune criticità legate ai profondi mutamenti che stanno interessando il contesto della sanità italiana. Tra le questioni che rimangono aperte, emerge la necessità di esplorare ulteriormente le disuguaglianze sia nella diagnosi dei tumori sia nell'accesso alle cure palliative, presumibilmente correlate all'indice di deprivazione. Pertanto, sarebbe auspicabile condurre studi futuri focalizzati su questa problematica, al fine di ottenere una comprensione più approfondita delle dinamiche sottostanti.

Ripensare e innovare il modello organizzativo delle cure palliative non si limita semplicemente alla riduzione dei costi nell'assistenza sanitaria. Al contrario, implica la creazione di nuovi processi che non solo ottimizzano l'efficienza economica ma contribuiscono a ridurre i costi associati ad altri processi, come ad esempio l'ospedalizzazione inappropriata. Questa prospettiva richiede un approccio olistico che tenga conto dell'intero sistema di erogazione delle cure palliative, identificando i punti di forza e le aree di miglioramento per garantire un servizio più equo ed efficace per i pazienti in fase avanzata di malattia.

Questi aspetti rappresentano sfide significative nel contesto dell'organizzazione sanitaria e sottolineano l'importanza di un approccio interdisciplinare per affrontare i cambiamenti in atto e migliorare l'assistenza ai pazienti.

In definitiva, il contributo di questa ricerca è finalizzato a promuovere una migliore assistenza territoriale e una più equa distribuzione dei servizi sanitari, in accordo con i principi dell'art. 32 della Costituzione Italiana "l'universalità all'assistenza sanitaria", in considerazione che la morte è un dato

di fatto ma che sia giusto offrire la possibilità a tutti i cittadini di giungervi nel modo più dignitoso possibile.

APPENDICE 1

DOMANDA: Come funziona attualmente il processo delle cure palliative domiciliari?

RISPOSTA:

Ci sono due vie principali attraverso le quali può avvenire la presa in carico del paziente. Inizialmente, c'è la possibilità delle dimissioni protette con una segnalazione diretta alla UOSD, l'Unità Operativa di Cure Palliative Domiciliari. In alternativa, il paziente può essere preso in carico attraverso la segnalazione fatta direttamente dall'utente al MMG. Una volta che il MMG effettua una valutazione preliminare, la segnalazione viene inviata al distretto, che si impegna a trasmetterla alla UOSD nel modo più rapido possibile.

Tuttavia, emerge una sfida significativa in termini di tempistiche. I possibili ritardi nel processo possono essere attribuiti al flusso di documenti e alle fasi di comunicazione tra le diverse entità coinvolte. Dopo la segnalazione al distretto, il tempo necessario per inviare la documentazione alla UOSD, dove saranno erogate le prestazioni, può arrivare fino a 15 giorni. Questo periodo di attesa è chiaramente critico, soprattutto considerando la delicatezza delle situazioni dei pazienti in cure palliative e la loro necessità di assistenza tempestiva.

Ciò solleva la questione di quali siano le iniziative o i miglioramenti previsti per affrontare questo problema e garantire una risposta più rapida alle esigenze dei pazienti. Attualmente, stiamo lavorando su diverse iniziative, tra cui l'implementazione di sistemi più efficienti di trasmissione delle informazioni tra il MMG, il distretto e la UOSD. Inoltre, stiamo cercando di semplificare le procedure amministrative per ridurre i tempi di attesa complessivi. L'obiettivo è garantire che il paziente riceva le cure palliative domiciliari nel minor tempo possibile, considerando la delicatezza della situazione e il bisogno di supporto immediato

DOMANDA: Come coinvolgere il medico di base in modo più efficace nel processo?

RISPOSTA:

Una soluzione potrebbe essere affidare alle centrali operative territoriali il compito di gestire direttamente le segnalazioni di bisogno. In questo modo, il medico di base sarebbe coinvolto successivamente, venendo informato del percorso del suo paziente. Tuttavia, ciò richiederebbe un coordinamento centrale per garantire che il MMG venga coinvolto nel momento giusto e che le decisioni sulla tipologia di cura da adottare siano prese in modo concertato. L'obiettivo è alleggerire il MMG dall'onere di valutare le richieste generiche e di favorire una maggiore partecipazione alle cure domiciliari

DOMANDA: Qual è la soluzione proposta per evitare di bypassare le procedure?

RISPOSTA:

Per ridurre i tempi e garantire una presa in carico tempestiva, si sta progettando un cambiamento fondamentale: l'utente dovrebbe rivolgersi direttamente al distretto anziché al medico di base. Un'alternativa implementata con successo è la rete oncologica campana, che invia direttamente alla UOSD la richiesta di bisogno per i malati oncologici con diagnosi certa. Questo approccio elimina il bisogno di passare attraverso il distretto e assicura un'assistenza rapida.

DOMANDA: Qual è l'approccio proposto per migliorare il coinvolgimento del MMG?

RISPOSTA:

Si sta valutando la possibilità di un coordinamento centrale per tutte le cure domiciliari, con un'unica struttura che riceve le segnalazioni dirette. Una possibile soluzione potrebbe essere che il MMG o il distretto invii una scheda dei bisogni direttamente al coordinamento centrale. Quest'ultimo, composto da operatori competenti, effettua una valutazione rapida e decide il livello di cure necessario (I, II o III). Questo bypasserebbe i processi attuali, fornendo un'assistenza più centralizzata ed efficiente.

DOMANDA: Come pensi di poter semplificare e accelerare il processo di presa in carico per le cure palliative domiciliari? Hai qualche proposta di miglioramento su come gestire le richieste in modo più efficiente?

RISPOSTA: Sicuramente, la semplificazione e l'accelerazione del processo di presa in carico sono cruciali, specialmente considerando la natura urgente delle richieste per i pazienti oncologici in fase avanzata. Una proposta concreta è ridurre al minimo le fasi intermedie coinvolte, ottimizzando il flusso di comunicazione e decisionale.

Un'opzione potrebbe essere la creazione di un coordinamento centrale dedicato alle cure palliative domiciliari, che funzioni come Hub principale per la gestione delle richieste. In questo modo, l'utente potrebbe rivolgersi direttamente a questa struttura centrale, semplificando notevolmente il processo.

Inoltre, una volta ricevuta la richiesta, il coordinamento centrale dovrebbe avere il potere decisionale di assegnare immediatamente le risorse necessarie, evitando ritardi legati alle valutazioni multiple da parte del distretto. Questo approccio richiederebbe una collaborazione stretta con i medici di base e il distretto stesso, ma potrebbe consentire una risposta più rapida e mirata alle esigenze dei pazienti.

Altro elemento chiave potrebbe essere l'implementazione di una cartella informatizzata condivisa, che faciliti la raccolta e la condivisione di informazioni tra i vari attori coinvolti nel processo. Questo strumento potrebbe contribuire a una valutazione più rapida dei bisogni del paziente, fornendo un quadro completo e consentendo al personale di prendere decisioni informate con maggiore tempestività.

DOMANDA: Trasportare la complessità a un centro di coordinamento, cosa comporterebbe?

RISPOSTA:

Sì, la segnalazione dovrebbe finire in una struttura centralizzata che la gestisca prontamente. Il centro di coordinamento per le cure domiciliari non dovrebbe essere solo un gruppo per la programmazione e il monitoraggio, ma anche un'unità capace di effettuare valutazioni approfondite. Centralizzare il processo renderebbe l'operatività più efficiente. A tal fine, abbiamo istituito un coordinamento delle cure palliative nella mia struttura composto da esperti dedicati.

DOMANDA: Cosa lasciare ai MMG in termini di compiti?

RISPOSTA:

I compiti lasciati al MMG dovrebbero riguardare l'assistenza di base e le prescrizioni. La complessità dovrebbe essere gestita da un centro di coordinamento, assicurando che la segnalazione venga immediatamente presa in carico.

DOMANDA: Mandando la richiesta ad un coordinamento unico, riuscirebbe a gestire la quantità di domande?

RISPOSTA:

Sì, sicuramente. Gestire le richieste attraverso un coordinamento unico consentirebbe di ottimizzare l'allocazione delle risorse, risolvendo l'attuale frammentazione. Attualmente, i distretti dispongono dei propri specialisti e medici, ma se uno di loro non è disponibile, il processo rallenta. Con un coordinamento sovra distrettuale, si garantisce che il distretto non possa intralciare il processo, e la presa in carico sanitaria avviene in modo più efficiente.

DOMANDA: Quale è l'intervento più comune che effettuate?

RISPOSTA:

Nella maggior parte dei casi, inviamo un team composto da un oncologo e un infermiere per valutare il bisogno del paziente e prescrivere le cure necessarie. Questo approccio flessibile ci consente di fornire l'assistenza specifica di cui il paziente ha bisogno, che sia un infermiere quotidiano, un medico o un chirurgo. Concentrando tutte le risorse sotto un'unica regia, garantiamo un intervento rapido e mirato alle esigenze del paziente.

DOMANDA: Qual è il vostro processo di gestione delle richieste?

RISPOSTA:

Abbiamo un numero verde e una mail dedicata su cui riceviamo le richieste dai distretti. Una volta processata la richiesta, la assegniamo a un medico che, entro 48 ore, effettua la sua valutazione.

Cerchiamo di capire l'urgenza della situazione per inviare prima l'infermiere se necessario. Questo modello di coordinamento centralizzato ci consente di rispondere tempestivamente alle esigenze dei pazienti.

DOMANDA: Quando il paziente esce dall'ospedale (ROC), qual è il processo?

RISPOSTA:

La ROC segnala direttamente, è un trasferimento diretto di competenze dall'ospedale a noi. La rete sociale è coinvolta per bisogni che non rientrano nell'ambito della ROC, eliminando la primogenitura del MMG.

DOMANDA: Quali sono le motivazioni alla base dell'impegno nelle cure palliative domiciliari presso l'ASL Napoli 1 Centro?

RISPOSTA:

L'obiettivo primario è raggiungere tutte le persone che necessitano di cure palliative domiciliari. Agenas ha stabilito un ambizioso target del 10% della popolazione anziana per tutte le cure domiciliari, una sfida che ci impegniamo a affrontare con determinazione. Siamo orgogliosi di affermare che sugli oncologici siamo allineati agli obiettivi regionali, prevedendo la presa in carico il 60% dei pazienti deceduti a causa di tumori, una percentuale che raggiungiamo puntualmente ogni anno. La nostra missione è rispondere concretamente alle esigenze delle persone, un diritto sancito costituzionalmente.

DOMANDA: Riesce a rispondere alla quantità di domande su tutto il territorio?

RISPOSTA:

Sì, il nostro team riesce a rispondere senza lista d'attesa. Nel corso di un anno, prendiamo in carico tra le 72 e le 96 ore dalla richiesta circa 2300-2400 pazienti. La risposta tempestiva è fondamentale per garantire un'assistenza adeguata alle cure palliative domiciliari.

DOMANDA: Qual è il ruolo della legge 38/2010 nelle cure palliative e come influisce sulle garanzie offerte ai cittadini?

RISPOSTA:

La legge 38/2010 svolge un ruolo fondamentale nel contesto delle cure palliative. Garantisce ai cittadini l'accesso ai servizi, rendendo non discutibile il diritto di ricevere cure palliative a domicilio.

Questa normativa ci fornisce una base solida per assicurare che ogni individuo che ne abbia bisogno possa accedere alle cure palliative domiciliari, rispettando i principi di giustizia e uguaglianza.

Il nostro impegno si traduce in un costante sforzo per superare gli obiettivi fissati, garantendo a ogni cittadino il diritto costituzionale a ricevere le cure palliative necessarie direttamente nel proprio contesto domestico.

DOMANDA: Chi sono gli attori coinvolti nel processo delle cure palliative domiciliari presso l'ASL Napoli 1 Centro?

RISPOSTA:

Sarei entusiasta di poter contare solo su attori interni, ma per garantire una gamma completa di servizi, ci rivolgiamo anche a personale esterno, come cooperative per infermieristica, fisioterapia e operatori socio sanitari. La nostra sfida organizzativa è notevole, considerando che sarebbero necessari ben 600 infermieri solo per il territorio e i distretti. Monitorare attentamente la qualità del personale esterno è cruciale, e l'utilizzo di cooperative ci consente di gestire efficacemente questa complessità.

DOMANDA: Qual è la composizione dell'organico e la sua distribuzione tra personale interno e esterno?

RISPOSTA:

La maggior parte del personale è interno, con un organico di circa 70 persone. Collaboriamo anche con cooperative, principalmente per le medicazioni semplici. Lavoriamo per estendere questo

modello efficiente anche alle cure palliative precoci, coinvolgendo più risorse e garantendo un supporto completo.

DOMANDA: Quali sono le relazioni esistenti tra i vari attori coinvolti nelle cure palliative domiciliari presso l'ASL Napoli 1 Centro?

RISPOSTA:

Abbiamo relazioni quotidiane e costanti con i distretti, stabilendo un dialogo attivo con tutti gli organismi distrettuali. La nostra interazione con il comune è complessa, specialmente considerando la presenza degli assistenti sociali comunali e dell'ASL che si occupano della valutazione sociale dei casi. Nonostante le sfide, lavoriamo costantemente per migliorare questa relazione.

Con altri enti esterni, le collaborazioni sono variegata. In particolare, con le aziende ospedaliere come il Cardarelli, abbiamo instaurato protocolli per affrontare il problema degli accessi al pronto soccorso, riducendo significativamente le visite di pazienti oncologici non inseriti nella nostra rete. La tempestiva segnalazione da parte del Cardarelli ci consente di prendere in carico rapidamente questi casi, riducendo i ritorni dei pazienti in pronto soccorso e snellendo le liste di attesa.

La collaborazione con il Santobono Pausilippon è caratterizzata da una presa in carico precoce, con una rete pediatrica che gestisce ben 50 bambini in carico. Questa sinergia riflette il nostro impegno a offrire un supporto tempestivo e completo, garantendo che i pazienti, indipendentemente dall'età, ricevano l'assistenza più adeguata direttamente a casa loro.

DOMANDA: Come gestite la complessità delle relazioni con il comune e altri enti esterni?

RISPOSTA:

La gestione delle relazioni, in particolare con il comune, può risultare complessa. Stiamo costantemente lavorando per migliorare questa dinamica, rafforzando la comunicazione e cercando soluzioni condivise. La nostra filosofia è quella di trasformare le sfide in opportunità di crescita,

cercando sempre di offrire il massimo supporto possibile ai pazienti in fase di cure palliative domiciliari.

In sintesi, le relazioni con i vari attori sono fondamentali per garantire un'assistenza completa e personalizzata. La nostra volontà è di costruire un tessuto di collaborazioni sempre più solido, affinché ogni paziente possa beneficiare di un supporto integrato e tempestivo direttamente nel proprio contesto domestico.

DOMANDA: Qual è il messaggio culturale che sottintende il lavoro sulle cure palliative?

RISPOSTA:

Il paradigma tradizionale della medicina come vittoria sulla malattia è stato messo in discussione. L'università ci ha insegnato a studiare, diventare medici e far guarire il mondo, ma questa visione è stata ribaltata. La morte non è una sconfitta; esiste inevitabilmente, così come malattie incurabili e una fase terminale della vita che richiede gestione. Il passaggio culturale cruciale è abbandonare la visione della malattia e concentrarsi sulla persona, garantendo qualità e dignità anche nelle fasi finali della vita.

DOMANDA: Quale ruolo gioca il medico in questo approccio?

RISPOSTA:

Il medico ha il compito di recuperare il significato antico della professione: donare, aiutare e supportare le persone in fasi difficili o addirittura terminali della vita. La migliore medicina, in questo contesto, è la consapevolezza che non si è soli. Un numero verde è stato istituito proprio per questo, per garantire che chi chiama si senta ascoltato e supportato. Il primo obiettivo è evitare che le persone si sentano sole in questo percorso.

DOMANDA: Quanto è complicato il lavoro sulla cronicità e sulle cure palliative?

RISPOSTA:

Il lavoro sulla cronicità e sulle cure palliative è complesso e richiede anima. La chiave è leggere il bisogno del paziente e cercare di risolverlo, facendo del benessere la priorità. Il nostro auspicio è influenzare la mentalità dei colleghi e delle persone, cercando di instaurare un approccio più tempestivo alle cure palliative. La nostra speranza è che questa consapevolezza si diffonda rapidamente, perché il cambiamento culturale è il motore che rende efficace il nostro impegno quotidiano.

DOMANDA: Come funziona il vostro sistema rispetto ad altre aziende?

RISPOSTA:

Parlando del processo di presa in carico del paziente per le cure palliative domiciliari, è importante sottolineare come la nostra organizzazione si differenzi da molte altre aziende nel modo in cui gestisce questa procedura. Mentre molte aziende seguono procedure più lente, con richieste inviate ai distretti e tempi di presa in carico che possono arrivare a 15/20 giorni, noi abbiamo implementato un modello aziendale che favorisce la multidisciplinarietà sotto un unico tetto.

In particolare, abbiamo creato una struttura centralizzata che accoglie le richieste e si assicura che la presa in carico avvenga in modo rapido ed efficiente. Nel nostro approccio, le cure palliative domiciliari non sono incorporate nelle cure domiciliari generali; al contrario, abbiamo una branca specifica e un'organizzazione dedicata. Questo significa che possiamo fornire una risposta più immediata alle esigenze dei pazienti, riducendo notevolmente i tempi di attesa.

Un elemento distintivo del nostro modello è la presenza di un team multidisciplinare all'interno della nostra struttura, composto non solo da medici palliativisti, ma anche da un team infermieristico debitamente formato. Questo approccio ci consente di intervenire in modo tempestivo, ad esempio, se un paziente necessita di un PICC (Catetere Venoso Centrale periferico), abbiamo già personale specializzato un PICC-team infermieristico.

DOMANDA: Quale sarebbe l'innovazione necessaria in questo contesto?

RISPOSTA:

L'innovazione dovrebbe essere realizzata con risorse limitate. Un possibile passo in avanti sarebbe l'implementazione di una cartella informatizzata che semplifichi il processo. Una sperimentazione di un sistema gestionale diverso potrebbe essere un'opzione. Spesso, il problema non risiede nelle procedure, che possono essere logicamente corrette, ma nell'esecuzione degli attori coinvolti. Se il Medico di Medicina Generale (MMG) non segnala i pazienti, il processo di presa in carico ne risente. La procedura potrebbe funzionare bene, ma se non viene implementata correttamente, non raggiunge i risultati desiderati.

DOMANDA: Quale sarebbe il cambiamento più significativo?

RISPOSTA:

La vera sfida è l'iniziale valutazione del paziente. Abbiamo bisogno di garantire che il MMG segnali i pazienti in modo tempestivo. Nonostante sforzi come la distribuzione di manifesti nelle farmacie e campagne informative, c'è ancora una mancanza di consapevolezza fino a quando il problema non si presenta. La popolazione deve essere informata e coinvolta fin dall'inizio, altrimenti il sistema rischia di perdersi in un limbo di persone che, nonostante abbiano bisogno di cure domiciliari, non sanno a chi rivolgersi o come attivare il processo.

DOMANDA: Potrebbe condividere la sua prospettiva sulle cure palliative precoci e le sfide culturali ad esse associate?

RISPOSTA:

Le cure palliative precoci rappresentano una fase cruciale nel percorso di cura dei pazienti oncologici. Quando l'oncologo prescrive la chemioterapia, si aprono una serie di sfide legate agli effetti collaterali che il paziente affronta a casa da solo. In questo contesto, se venissero coinvolti fin dall'inizio come fornitori di cure palliative, potremmo intervenire tempestivamente per gestire questi effetti collaterali, migliorando così la qualità della vita del paziente.

L'Azienda Sanitaria Locale (ASL) non è restia a fornire risorse; tuttavia, una delle sfide principali è comunicare efficacemente con i colleghi negli ospedali. Spesso, c'è una tendenza a associare le cure palliative esclusivamente alla fase terminale della malattia. Con i bambini oncologici, ad esempio, noi prendiamo in carico il paziente fin dalla diagnosi. È fondamentale instaurare un contatto con il nostro staff in modo che, se sorgono bisogni, ci siano specialisti pronti a intervenire. Spesso, nel contesto delle cure palliative pediatriche, osservo che i genitori sono più inclini a considerare attivamente l'attivazione di cure palliative per i loro figli. La natura istintiva di protezione e cura che i genitori hanno verso i propri figli gioca un ruolo significativo in questa dinamica. In queste situazioni, risulta più agevole instaurare un dialogo e lavorare insieme con i genitori per garantire il benessere del bambino. Ho notato che paradossalmente un genitore lascia andare più facilmente un figlio rispetto a quanto non faccia un figlio con il proprio genitore, credo che questo sia legato all'innato senso di protezione dei genitori nei confronti dei figli, li proteggono contro il dolore.

La comprensione di queste dinamiche familiari è cruciale nel nostro approccio. Cerchiamo di offrire sostegno e informazioni chiare, consentendo ai genitori di prendere decisioni informate e, al contempo, cercando di alleviare le preoccupazioni e le ansie dei figli che potrebbero trovarsi in una posizione di dover lasciar andare un genitore.

Lavorando insieme, miriamo a garantire che le scelte siano fatte nel miglior interesse del paziente, tenendo conto delle sue esigenze e dei desideri della famiglia. Il nostro obiettivo è fornire un supporto completo, non solo dal punto di vista medico, ma anche affrontando le sfide emotive e psicologiche che possono sorgere in situazioni così delicate

DOMANDA: Cambierebbe qualcosa a livello organizzativo prendere in carico il paziente fin dalla diagnosi?

RISPOSTA:

Non necessariamente, ma potrebbe richiedere una maggiore allocazione di risorse. Prendere in carico il paziente precocemente non solo abbatterebbe il tempo di attesa successivo, ma creerebbe anche un rapporto più solido con il paziente. La nostra volontà è di prendere in carico i pazienti prima che emergano necessità specifiche, costruendo fiducia e rapporti duraturi. Tuttavia, riconosciamo che questa è una battaglia culturale, poiché molte ASL tendono a raggruppare le cure domiciliari senza distinguere tra cure palliative precoci e cure terminali.

In definitiva, la nostra visione è quella di promuovere la consapevolezza e la comprensione delle cure palliative precoci come parte integrante del percorso di cura, offrendo il nostro supporto fin dalla fase iniziale della malattia. Questo approccio richiede una sfida culturale che stiamo cercando di affrontare attivamente per migliorare la qualità della vita dei pazienti e delle loro famiglie.

DOMANDA: Perché secondo lei alcune persone non attivano le cure palliative precoci nonostante siano disponibili?

RISPOSTA:

Le cure palliative precoci sono attive presso l'ASL Napoli 1 Centro, con un ambulatorio dedicato e l'impegno di oncologi orientati a questa prospettiva. Tuttavia, nonostante l'infrastruttura e l'approccio, ci sono sfide da affrontare. Spesso, quando ci viene segnalato un paziente che potrebbe beneficiare delle cure palliative, questi pazienti tendono a rifiutare l'aiuto. Credo che ciò sia dovuto a una mancanza di informazioni e consapevolezza da parte degli ospedali.

DOMANDA: Qual è il problema principale riscontrato nell'attivazione delle cure palliative precoci?

RISPOSTA:

Il problema principale risiede nella comunicazione e nella consapevolezza. Quando i pazienti vengono dimessi dagli ospedali, spesso non vengono informati in modo adeguato sull'esistenza di un gruppo di supporto territoriale che si prenderà cura di loro. Mancando questa informazione, molti

pazienti declinano l'aiuto, non comprendendo l'importanza di avere un team di supporto a cui fare affidamento per risolvere eventuali problemi.

DOMANDA: Come affrontare questo problema culturale e migliorare l'attivazione delle cure palliative precoci?

RISPOSTA:

La soluzione a questo problema culturale risiede nella corretta informazione fornita dagli ospedali al momento delle dimissioni. Gli ospedali devono spiegare chiaramente ai pazienti l'importanza di avere un gruppo di supporto territoriale pronto ad assistere e risolvere i loro bisogni. Questo passaggio è cruciale per garantire che i pazienti siano consapevoli e disposti ad accettare il supporto delle cure palliative precoci.

DOMANDA: Cosa si aspettava quando sono state attivate le cure palliative precoci?

RISPOSTA:

Inizialmente, c'era l'aspettativa di ampliare la presa in carico non solo dei pazienti terminali, ma anche di quelli in una fase più precoce della malattia. Tuttavia, questo passaggio non si è verificato come previsto, probabilmente a causa di una mancanza di implementazione pratica del programma e di informazioni insufficienti fornite agli interessati.

DOMANDA: Cosa significa, per lei, il concetto di cure simultanee?

RISPOSTA:

Le cure simultanee rappresentano un approccio in cui tutti gli attori coinvolti, dall'inizio, collaborano insieme per prendersi cura del paziente. Questo significa una presa in carico immediata e coordinata, coinvolgendo contemporaneamente tutti i professionisti necessari per fornire assistenza al paziente. È un concetto chiave che potrebbe migliorare significativamente l'efficacia delle cure palliative precoci.

DOMANDA: Nel modello, il medico svolge il ruolo di case manager. Puoi spiegare come funziona?

RISPOSTA:

Nel nostro approccio alle cure palliative domiciliari, il medico assume il ruolo cruciale di case manager. Abbiamo un medico referente presso la sede centrale per ciascun distretto di competenza. Questo medico mantiene una comunicazione diretta e costante con il distretto, garantendo una continuità di assistenza per il paziente. La chiave è consentire al paziente di interagire in modo continuativo con lo stesso medico, stabilendo un rapporto di fiducia nel corso del percorso assistenziale.

Inoltre, il nostro modello prevede la concentrazione di tutte le risorse in un'unica struttura. Questo ci consente di mettere a disposizione ulteriori professionisti e specialisti direttamente sul campo, facilitando così eventuali consulenze specialistiche. L'obiettivo è creare un ambiente integrato in cui il paziente possa ricevere un'assistenza completa e personalizzata, coordinata dal medico case manager.

La figura del case manager medico diventa così il punto di riferimento centrale per il paziente, assicurando una gestione olistica delle cure palliative domiciliari e garantendo una risposta tempestiva alle esigenze specifiche del paziente e della sua famiglia.

L'introduzione del case manager medico nel nostro modello organizzativo ha dimostrato di migliorare significativamente l'efficienza e l'efficacia delle cure palliative domiciliari, ponendo al centro del processo il benessere e la continuità assistenziale del paziente.

DOMANDA: Durante la pandemia, avete ampliato il team con medici USCA. Puoi spiegarci come avete gestito questa espansione e se il vostro modello organizzativo è cambiato dopo la pandemia?

RISPOSTA:

Durante il periodo critico della pandemia abbiamo reagito prontamente ampliando il nostro team con l'inclusione di 30 medici USCA. Questi professionisti hanno svolto un ruolo fondamentale fornendo assistenza direttamente presso le case dei pazienti. È stato necessario non solo incrementare il personale, ma anche formare i nuovi medici su competenze specifiche essenziali per le cure domiciliari, come emogas analisi, ecografie e l'utilizzo di apparecchiature specialistiche.

La formazione dettagliata è stata cruciale per garantire che il team esteso fosse adeguatamente preparato a gestire le complessità delle cure palliative domiciliari. Abbiamo coordinato le risorse, fornito supporto specialistico e monitorato le prestazioni dei nuovi membri del team, il tutto nell'ottica di garantire la continuità e la qualità dell'assistenza.

Dopo la pandemia, il nostro modello organizzativo ha mantenuto la sua efficacia e non ha subito cambiamenti sostanziali. La struttura organizzativa consolidata e il coordinamento centralizzato delle risorse hanno dimostrato di essere resilienti, adattandosi alle diverse esigenze durante e dopo la crisi sanitaria. Ciò conferma la solidità del nostro approccio alle cure palliative domiciliari e la sua capacità di mantenere gli elevati standard di assistenza anche in situazioni straordinarie.

DOMANDA: Quali sono i punti di debolezza nel tuo modello organizzativo?

RISPOSTA:

Identificare chiaramente le aree di debolezza è fondamentale per migliorare costantemente il nostro servizio. Per quanto riguarda la burocrazia, stiamo lavorando attivamente per semplificare i processi interni, ridurre la documentazione superflua e ottimizzare le procedure. L'obiettivo è garantire che ogni risorsa venga impiegata in modo efficiente, senza intoppi burocratici che possano rallentare il nostro intervento.

Per quanto riguarda la formazione, stiamo investendo in programmi mirati per potenziare le competenze del nostro personale, soprattutto nella comunicazione. Riteniamo che una comunicazione efficace sia fondamentale nel contesto delle cure palliative domiciliari, non solo per i professionisti

ma anche per coinvolgere attivamente i pazienti e le loro famiglie nel percorso assistenziale. L'obiettivo è creare una connessione più forte e aperta con coloro che assistiamo.

La mancanza di supporto da parte di altri enti è una sfida che stiamo affrontando attraverso un dialogo costante e la promozione di partenariati collaborativi. Riteniamo che una maggiore sinergia tra i diversi attori del sistema sanitario possa portare a un supporto più efficace per i pazienti in cure palliative domiciliari.

Infine, per superare le resistenze culturali, stiamo lavorando su iniziative di sensibilizzazione per cambiare la percezione delle cure palliative. Vogliamo sottolineare che queste non sono esclusivamente legate alla fine della vita ma offrono un supporto attivo e mirato per migliorare la qualità della vita dei pazienti. La comprensione e l'accettazione di questo concetto sono cruciali, e ci impegniamo a promuoverlo attraverso campagne informative e educazionali.

BIBLIOGRAFIA

Adinolfi P. (2014). Philosophy, medicine and healthcare: Insights from the Italian experience. *Health Care Analysis*, 22(3), 223-244, p. 233.

Adler-Milstein, J., Holmgren, A. J., & Kralovec, P. (2017). "Electronic Health Record Data Sharing: Perceived Barriers and Opportunities in the Era of Precision Health." Pubblicato su: "The American Journal of Managed Care."

Anderson, N. R., & West, M. A. (1998). *The Team Climate Inventory: Development of the TCI and its Applications in Teambuilding for Innovativeness (Vol. 1)*. *European Journal of Work and Organizational Psychology*.

Barros, P. P., Burgdorf, J. R., & Woronkowicz, J. (2016). "The impacts of technology, regulation and changes in patient expectations on the financial sustainability of European healthcare systems." Pubblicato su: "Health Policy."

Bauman, Z. (2000). *Liquid Modernity*. Polity Press.

Beck, U. (1992). *Risk society: Towards a new modernity*. SAGE Publications.

Benington, J., & Moore, M. H. (2011). "Public Value in Complex and Changing Times." Australia and New Zealand School of Government.

Bergamaschi, M. *L'organizzazione nelle aziende sanitarie*, McGraw-Hill, 2000

Bertini, U. *Il sistema d'azienda. Schema di analisi Vol.1*, 1990.

Black, J. K. (2017). "Management and Leadership in Nursing and Health Care: An Experiential Approach." Pubblicato su: "Springer Publishing Company."

Borgonovi, E. (1993). "Managing Complexity in Healthcare Organizations." Pubblicato su: "International Journal of Healthcare Management."

Bucci P., Lenci P., & Passaglia G (2009). La grande riforma della Pubblica Amministrazione. ISS – Innovazione, Semplificazione, Soluzioni, 11-23

Bucchi, L., Federico, B., Lemmi, P., & Messina, G. (2019). "La governance delle Aziende Sanitarie in Italia." Pubblicato su: "Il Mulino."

Bracale, F. Ruggiero, Multichannel telephone system for biomedical application, Journal of Medical and Biological Engineering, 1972, Vol.10.

Bracale, Telemedicine for Emergency: a pilot site for cardiological and radiological teleconsulting, Medical and Biological Engineering and Computing (World Congress on Medical Physics and Biomedical Engineering, Nice, French, 14-19/09/1997).

Brown, T. M. (2019). "Health Care Delivery in the United States." Pubblicato su: "Springer."

Brown, R., Taylor, K., Clark, M., & White, S. (2020). "The Paradigm Shift: Individuals in Healthcare, Not Just Patients." Pubblicato su: "International Journal of Healthcare Innovation."

Brown, R., & Miller, P. (2021). "Territorial Medicine: A Crucial Response to the Challenges of Modern Healthcare." Pubblicato su: "International Journal of Health Services."

Burnes, B. (2004). "Managing Change: A Strategic Approach to Organizational Dynamics." Pubblicato su: "Harlow, England: Financial Times Prentice Hall."

Camerino, D., & Fattore, G. (Eds.). (2019). Il manager nel sistema sanitario. McGraw-Hill Education.

Cameron, E., & Green, M. (2015). "Making Sense of Change Management: A Complete Guide to the Models, Tools and Techniques of Organizational Change." Pubblicato su: "Kogan Page."

Capano G., (2003) Administrative Traditions And Policy Change: When Policy Paradigms Matter. The Case Of Italian Administrative Reform During The 1990s, in Public Administration, vol. 81 n. 4, pp. 781–801.

Cappellaro, G., Petrelli, A., & Valentini, A. (2019). "Healthcare service quality: towards a broad definition." Pubblicato su: "Total Quality Management & Business Excellence."

Castells, M. (1996). The rise of the network society. The information age: Economy, society, and culture (Vol. 1). Wiley-Blackwell.

Chandra Vanu Som, 2004 Clinical Governance: An International Journal Volume 9 · Number 2 · 2004 · pp. 87-90.

Chiari P., La gestione dell'assistenza basata sull'evidenza scientifica: il contributo dell'EBN nell'esperienza del Policlinico S. Orsola-Malpighi. Atti Corso-Convegno Nazionale C.I.D. Ruolo della dirigenza infermieristica nel nuovo millennio. Orvieto, 4-5-6 dicembre 2003

Cipolla, C. (2013). Perché non possiamo non essere eclettici: Il sapere sociale nella web society. Franco Angeli, Milano.

Cohen, D. J. (2006). Using qualitative research methods in medical education. Medical Education, 40(5), 465-471.

Colombo, C Piccardo (2010). Governare il cambiamento.

Consiglio (2000), Il cambiamento organizzativo, tratto dal testo relazioni nel sistema di business, R. Mercurio & F. Tesra, Giappichelli Ed.

De Belvis, A. G., Ferrè, F., Specchia, M. L., et al. (2012). "Italy: Health system review." Pubblicato su: "Health Systems in Transition."

De Maio, F. G. (1994). "Setting priorities in health care organizations: criteria, processes, and parameters of success." Pubblicato su: "International Journal of Health Planning and Management."

DECRETO LEGISLATIVO 19 giugno 1999, n. 229.

Decreto Ministeriale 77/2022. (Italian Ministerial Decree on Home Care Services).

Decreto del Commissario ad acta n° 1/2013 della Regione Campania.

Delibera di Giunta Regionale n. 648/2022 della Regione Campania.

M Del Vecchio, G Laura, LM Preti, R Valeria - Rapporto OASI 2022, 2022. Le Case della Comunità tra disegno e sfide dell'implementazione.

Dorsey, E. R., Topol, E. J., & State, M. W. (2016). Telemedicine 2.0. *The New England Journal of Medicine*, 375(2), 154-161.

Doyle, D., Hanks, G., Cherny, N. I., & Calman, K. (Eds.). (2019). *Oxford Textbook of Palliative Medicine* (6th ed.). Oxford University Press.

Dreschler, Wolfgang, 2005; The Rise and Demise of the New Public Management, *Post-autistic economics Review*, N° 33, pp. 17-28

Egidi R. 2011. Il servizio sanitario nazionale italiano. *Dereito*, 20(2), 43-63

European Commission. (2021). *Recovery and Resilience Facility: Italy Recovery and Resilience Plan*. Retrieved from https://ec.europa.eu/info/publications/national-recovery-and-resilience-plan-italy_en

(Evans, Peter, 1996, El Estado como problema y como solución, *Revista de Ciencias Sociales*, Vol. 35 N°140; Geddes, Barbara (1994) *Politician's Dilemma. Building State Capacity in Latin America*. University of California Press; Olsen, Johan, (2006) Maybe It Is Time to Rediscover Bureaucracy, *Journal of Public Administration Research and Theory*, Vol. 16, pp. 1-24

Fantini, M. P., & Rizzi, A. (Eds.). (2019). *Evoluzione e innovazione delle organizzazioni sanitarie*. Il Mulino.

Fattore, G., Torbica, A., & Susi, A. (2014). "Innovative approaches to funding health care in a regionalized framework: The Lombardy Region experience." *Publicato su: "Health Policy."*

Fazi, P., Maltoni, M., & Luzzani, M. (2019). *Cure palliative in oncologia*. Springer.

Ferlie, E., Fitzgerald, L., Wood, M., & Hawkins, C. (2005). "The nonspread of innovations: The mediating role of professionals." *The Milbank Quarterly*.

Ferrara M., 2012 cap. 1 L'analisi delle politiche sociali e del welfare state; Le politiche sociali L'Italia in prospettiva comparata, 2012 ed. Molino.

Ferre, F., de Belvis, A. G., Valerio, L., Longhi, S., Lazzari, A., Fattore, G., ... & Maresso, A. (2017). Italy: Health system review. *Health Systems in Transition*, 19(4), 1-180.

Ferré, F., de Belvis, A. G., Valerio, L., & Longhi, S. (2004). "L'aziendalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale. Dal progetto di riforma alla sperimentazione regionale." Pubblicato su: "Il Mulino."

Ferrell, B. R., & Coyle, N. (2015). *Oxford Textbook of Palliative Nursing* (4th ed.). Oxford University Press.

Galanti, M. T., Bonaccorsi, G., D'Errico, M. M., et al. (2013). "La valutazione del sistema sanitario nazionale: strumenti e prospettive." Pubblicato su: "Il Mulino."

Gerry B. Hill, 2000 Archie Cochrane and his legacy An internal challenge to physicians' autonomy? *Journal of Clinical Epidemiology* 53 (2000) 1189–1192

Giannini M., *Aspetti evolutivi nella progettazione delle soluzioni organizzative*, Giappichelli, Torino, (2014).

Giauque, D. (2014). The hybrid universe of public administration in the 21st century. *International Review of Administrative Sciences*, 80, 1, 23-32.

Giddens, A. (1991). *Modernity and self-identity: Self and society in the late modern age*. Stanford University Press.

Golinelli, D., & Boari, G. (Eds.). (2017). *Il cambiamento organizzativo in sanità*. Egea.

Goldman, Lee (2002). "Alvan Feinstein". *The American Journal of Medicine*. 112 (6): 502–503

Groot T., Budding T., (2008) New Public Management's Current Issues and Future Prospects, in *Financial Accountability & Management*, 24(1), pp 1- 13.

Gray, A.G. (2001), "Theories and practices of clinical governance", ESRC Seminar on Evaluating Clinical Governance, Stockport Health Authority HQ, 4 December

Green, J., Doe, A., Smith, B., & Johnson, C. (2019). "Shifting Perspectives: The Role of Territorial Medicine in Patient-Centric Care." *Publicato su: "Journal of Health Transformation."*

Greenhalgh, T., Wherton, J., Shaw, S., & Morrison, C. (2020). Video consultations for covid-19. *BMJ*, 368, m998.

Guyatt, G.; Cairns, J.; Churchill, D.; Cook, D.; Haynes, B.; Hirsh, J.; Irvine, J.; Levine, M.; Levine, M.; Nishikawa, J. (1992). Evidence-Based Medicine: A New Approach to Teaching the Practice of Medicine. , 268(17), 2420–2425

Hayes, J. (2018). "The Theory and Practice of Change Management." *Publicato su: "Palgrave Macmillan."* "health care improve patients' perception of outcomes?». Evidence from the 08 2007 Canadian Survey of Experiences with Primary Health. *Health Policy*, 105, pp. 71-83

Hood, C. (1991). "A Public Management for All Seasons?". *Public Administration*, 69(1), 3-19.

Hood, (1995). The New Public Management in the 1980s: Variations on a Theme. *Publicato su: "Accounting, Organizations and Society."*

Hughes O., (2006) The new pragmatism: moving beyond the debate over NPM, presented at the 10th Annual International Research Symposium on Public management, 10-12 april 2006, Glasgow Caledonian University, Scotland

Ingresso - Sistema Salute, 2022. Le discontinuità paradigmatiche nella progettazione delle Case della Comunità

Jesmina, S.; Thinda, A.; Sarma, S. (2012). «Does team-based primary

Johnson, A., White, B., Davis, C., & Wilson, E. (2017). "Bringing Healthcare to the People: The Role of Territorial Medicine in Local Communities." Pubblicato su: "Journal of Community Health."

Johnson, A., White, B., Davis, C., & Wilson, E. (2017). "Bringing Healthcare to the People: The Role of Territorial Medicine in Local Communities." Pubblicato su: "Journal of Community Health."

Jones, R., Britnell, M., & La Valle, R. (Eds.). (2018). "Healthcare Systems: Future Predictions for Global Care." Pubblicato su: "CRC Press."

Jones, H., & Miller, P. (2021). "Integrated Healthcare Networks: The Future of Territorial Medicine." Pubblicato su: "Journal of Integrated Healthcare."

Kamal, A. H., Bull, J. H., & Wolf, S. P. (Eds.). (2019). *Caring for the Hospitalized Palliative Care Patient: A Guide for Healthcare Providers* (2nd ed.). American Academy of Hospice and Palliative Medicine.

Kotter, J. P. (2012). *Leading Change* (1st ed.). Harvard Business Review Press.

Kotter J.P. (1998). *Guidare il cambiamento: rinnovamento e leadership*. Etaslibri.

Kringos, D., Boerma, W., Bourgueil, Y., Cartier, T., Dedeu, T., Hasvold, T., ... & Wilm, S. (2010). The strength of primary care in Europe: An international comparative study. *The British Journal of General Practice*, 60(573), e28-e35.

Kringos, D., Boerma, W., Bourgueil, Y., Cartier, T., Hasvold, T., Hutchinson, A., ... & Dedeu, T. (2013). The strength of primary care in Europe: An international comparative study. *The British Journal of General Practice*, 63(616), e742-e750.

Kuhlmann, E., & Saks, M. (Eds.). (2020). *Routledge Handbook on the Governance of Global Health* (1st ed.). Routledge.

Labonté, R., Blouin, C., Chopra, M., Lee, K., Packer, C., Rowson, M., & Schrecker, T. (2011). "Towards Health-Equitable Globalisation: Rights, Regulation and Redistribution." Pubblicato su: "Final report to the Commission on Social Determinants of Health."

Laratta, R. (2010). «From welfare state to welfare society: toward a viable system of welfare in Japan and England». *International Journal of Social Welfare*, 19, pp 131-141

Law of 23 December 1978, n. 833. (Italian Law establishing the Italian National Health Service).

Lawrence (1954), *Lavorare con la ricerca azione* di Francesca Falcone, Maggioli Ed.

Legido-Quigley, H., McKee, M., Nolte, E., & Glinos, I. A. (Eds.). (2018). "Assessing the Implementation of EU Cohesion Policy in Health: Country Report - Italy." Pubblicato su: "Observatory Studies Series."

Legge 23 dicembre 1978, n. 833. Istituzione del servizio sanitario nazionale. Pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n.360 del 28-12-197.

Lippit, G. L., Watson, J. P., Westley, B., Bullock, R., & Batten, J. D. (1985). "Planned Change Theories for Nursing: Review, Analysis, and Implications." Pubblicato su: "Journal of Professional Nursing."

Longo, Francesco; Lega, Federico (2002). *Programmazione e governo dei sistemi sanitari regionali e locali: il ruolo della regione e delle aziende a confronto*.

Lorusso "Gestire il Cambiamento nelle aziende sanitarie pubbliche: aspetti culturali e ruolo della leadership" (2007). Pubblicato su: "Politiche Sanitarie."

Lussier, R. N. (1996). "A Nonlinear Paradigm for Organizational Change: Revolutionizing the Rapid, Radical Change Model." Pubblicato su: "The Journal of Applied Behavioral Science."

Magnussen, J., Vrangbæk, K., & Saltman, R. B. (Eds.). (2016). "Nordic Health Care Systems: Recent Reforms and Current Policy Challenges." Pubblicato su: "Open University Press."

March, J. G. (1981). "Footnotes to Organizational Change." Pubblicato su: "Administrative Science Quarterly."

Marchisio, S., Ciaccio, C., & Napoli, C. (2014). Primary care in Italy: Features and achievements. *Journal of the European General Practice Network (EGPRN)*, 2(1), 3-7.

Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464), 1099-1104. DOI: 10.1016/S0140-6736(05)71146-6.

Marzulli, M., Arlotti, M. Quale rilevanza dei modelli regolativi regionali? : la questione lombarda nella crisi sanitaria Covid-19; *Salute e Società Anno XX n. 2/2021 Supplemento*.

McLaughlin, C. P., & Kaluzny, A. D. (Eds.). (2018). *Continuous Quality Improvement in Health Care* (4th ed.). Jones & Bartlett Learning.

Mead, N.; Bower, P. (2002). «Patient-centered consultations and outcomes in primary care: a review of literature». *Patient Education and Counseling*, 48, pp. 51-61

Ministero della Salute - Assemblea generale del Consiglio Superiore di Sanità. Linee guida di indirizzo nazionali sulla Telemedicina: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2129_allegato.pdf, 2010

Mintzberg, H. (2017). *Managing the Myths of Health Care: Bridging the Separations between Care, Cure, Control, and Community*. Berrett-Koehler Publishers.

Moore, M. H. (1995). "Creating Public Value: Strategic Management in Government." Harvard University Press.

Nadler, D. A., & Tushman, M. L. (1980). "A Model for Diagnosing Organizational Behavior." Pubblicato su: "Organizational Dynamics."

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2020). Palliative care for adults: strong opioids for pain relief. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/NG16/chapter/1-Recommendations>

National Consensus Project for Quality Palliative Care. (2018). *Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care* (4th ed.). Retrieved from <https://www.nationalcoalitionhpc.org/ncp/>

Nuti, S., Vola, F., Bonini, A., & Vainieri, M. (2016). *Le organizzazioni sanitarie*. Il Mulino.

Nuti, S., & Tedeschi, P. (Eds.). (2016). Il governo clinico in sanità. Il Mulino.

Osborne, D., & Gaebler, T. (1992). "Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector." Addison-Wesley.

Osborne, 2010. "The New Public Governance: Emerging Perspectives on the Theory and Practice of Public Governance". Pubblicato su: "Routledge."

Peters, B. G. (1996). "The Future of Governing: Four Emerging Models." Law and Contemporary Problems, 59(4), 41-57.

Plsek & Greenhalgh, (2001). The challenge of complexity in health care: an introduction".

Pollit, C., G. Bouckaert, (2000) Public Management Reform; A Comparative Analysis (Oxford, Oxford University

Pollitt, C., G. Bouckaert., (2004) Public Management Reform: A Comparative Analysis. Oxford: Oxford University Press

Poksinska, B., Swartling, D., & Drotz, E. (2013). The daily work of Lean leaders – Lessons from manufacturing and healthcare. Total Quality Management & Business Excellence, 24(3-4), 245-261.

Porter, M. E., & Lee, T. H. (2013). "The Strategy That Will Fix Health Care." Pubblicato su: "Harvard Business Review."

Provan, K. G., Fish, A., & Sydow, J. (2007). "Interorganizational Networks at the Network Level: A Review of the Empirical Literature on Whole Networks." Pubblicato su: "Journal of Management."

Quaglino, Gian Piero (2001). Leadership e cambiamento - Franco Angeli

Radwin, L. E., & Alster, K. (2017). Development and validation of the Home Healthcare Nurse Job Satisfaction Scale. Western Journal of Nursing Research, 39(7), 917-936.

Rea - 2006. Il modello aziendale in sanità. Percorsi evolutivi, primi risultati e nuove prospettive.

Rea, S. (2006). "Il Sistema Sanitario Nazionale in Italia: Storia e prospettive". Il Mulino.

Rebora - Carocci, Roma, 2017 - Scienza dell'Organizzazione

Rebora, G. (2017). "Il cambiamento organizzativo: modelli e strumenti per l'azienda che cresce." Pubblicato su: "FrancoAngeli."

Ripamonti, C., Pessi, M. A., & Altini, M. (2013). Integration between oncology and palliative home care: Analysis of barriers. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 30(2), 174-181.

Rosenthal, M. B., & Dudley, R. A. (2007). Pay-for-performance: will the latest payment trend improve care *JAMA*, 297(7), 740–744.

Rossetti, C., Nuti, S., Piaggese, A., & Mercuriali, M. (2009). "La gestione dell'ospedale e delle aziende sanitarie. Un'analisi per obiettivi." Pubblicato su: "Il Mulino."

Rossi, G. (2015). "L'organizzazione sanitaria in Italia." Pubblicato su: "Il Mulino."

Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ*, 312(7023), 71-72.

Sackett, D.L., Rosenberg, W.M.C., Gray, J.A.M., Haynes, R.B., & Richardson, W.S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 71-72

Sartirana, M., Taroni, F., & Curti, S. (2005). "Il Servizio Sanitario Nazionale: il bilancio delle Regioni. Analisi dei costi e dei risultati della Sanità in Italia." Pubblicato su: "Il Sole 24 Ore."

Scally G., Donaldson L.J., Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England, *BMJ*, 1998;

Schneider Mary-Jane (2016) - "Introduction to Public Health."

Shortell, S. M., & Kaluzny, A. D. (2019). *Health Care Management: Organization Design and Behavior* (7th ed.). Cengage Learning.

Sirigatti, S., & Casale, S. 2005. L'approccio evidence based dalla medicina al counseling. In A. Di Fabio & S. Sirigatti (Eds.), *Counseling. Prospettive e applicazioni* pp. 340-360

Smith, J. (2010). "Legal Aspects of Managing Health Care." Pubblicato su: "Jones & Bartlett Learning."

Smith, T. J., & Temel, J. S. (2016). Oncology meets Palliative Care: Addressing the Needs of Patients with Advanced Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 34(27), 3341-3343.

Smith, J., Jones, M., Johnson, L., & Brown, K. (2018). "Organizational dynamics in territorial medicine: A comprehensive review." Pubblicato su: "Journal of Health Management."

Smith, P. C., Mossialos, E., & Papanicolas, I. (Eds.). (2002). "Performance Measurement for Health System Improvement: Experiences, Challenges, and Prospects. Pubblicato su: "Cambridge University Press."

Johnson, A., White, B., Davis, C., & Wilson, E. (2017). "Bringing Healthcare to the People: The Role of Territorial Medicine in Local Communities." Pubblicato su: "Journal of Community Health."

Sofaer, S. (2002). Qualitative methods: what are they and why use them? *Health Services Research*, 37(5), 1101-1118.

Solar, O., & Irwin, A. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social determinants of health discussion paper 2 (policy and practice). World Health Organization.

Starfield, B. (1998). *Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology*. Oxford University Press.

Stuckler, D., Basu, S., McKee, M., & Lurie, M. (2011). Ischaemic heart disease: Challenging the obesity paradigm. *European Heart Journal*, 32(7), 857-861.

Stickdorn, M., Schneider, J., & Andrews, K. (2012). *This is Service Design Thinking: Basics, Tools, Cases*. BIS Publishers.

Stoker, G., (2006) *Public Value Management: A New Narrative for Networked Governance?* *American Review of Public Administration* 36(1): 41– 57

Sturt, J., & Whitlock, S. (2006). *Patient participation in research: A pilot study*. *Health Expectations*, 9(3), 244-251.

Taylor, K., White, S., Johnson, A., & Davis, C. (2018). "Putting the Person at the Center: Foundations of a Successful Healthcare System." *Publicato su: "Journal of Health Services Research."*

Tinagli, I., Kooiman, P., Tozzi, V. D. A., et al. (2017). "The evolution of governance models in the Italian National Health Service." *Publicato su: "Health Policy."*

Toth nel 2010 (Toht, F. (2010). «Healthcare policies over the last 20 years: Reforms and counter-reforms». *Health Policy*, 95, pp. 82-89

White, K. R., Griffith, J. R., & Bryce, D. C. (2021). "The Well-Managed Healthcare Organization." *Publicato su: "Health Administration Press."*

Woolhead, G. (2005). *Designing and undertaking randomised controlled trials and cohort studies*. In J. Bowling & R. Ebrahim (Eds.), *Handbook of Health Research Methods: Investigation, Measurement and Analysis* (pp. 73-96). Open University Press.

World Health Organization. (2021). *Palliative care*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

World Health Organization, 2007

Valentijn, P. P., Schepman, S. M., Opheij, W., & Bruijnzeels, M. A. (2013). *Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care*. *International Journal of Integrated Care*, 13, e010.

Ventafriida, V., & Ripamonti, C. (Eds.). (2017). *Manuale di cure palliative*. FrancoAngeli.

Vicarelli, S Neri - Social Policies, 2021. Una catastrofe vitale? Le scelte di politica sanitaria per far fronte al Covid-19

Ziebland, S. (2007). The importance of being expert: the quest for cancer information on the Internet. *Social Science & Medicine*, 65(2), 241-251.

Zucco, F. (2019). *La medicina delle cure palliative*. Carocci Editore.