

**4** Ottobre  
Dicembre  
2022

# Sanità Pubblica e Privata

Rivista di diritto e organizzazione sociale e sanitaria

*fondata nel 1981*



*direzione: Fabio Roversi-Monaco,  
Carlo Bottari, Davide Croce*

**Azienda Zero, accreditamento e contratti**

**Responsabilità civile sanitaria**

**Relazione tecnologia-medico**

**Evoluzione della sanità territoriale**

**Servizio sanitario di trasporto e convenzioni**

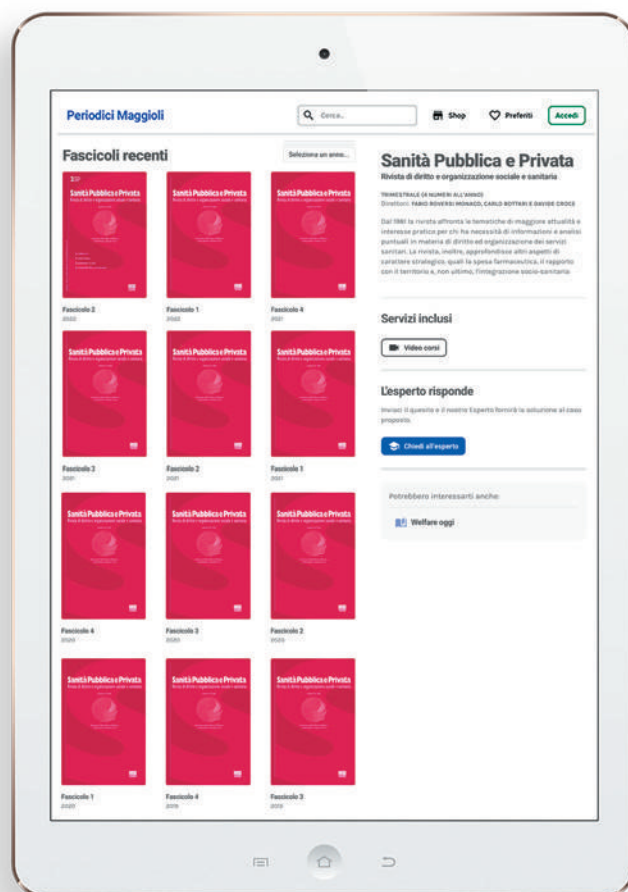
# L'abbonamento alla tua rivista include



## L'archivio storico digitale

È uno dei servizi inclusi nel tuo abbonamento "Unico" alla rivista **Sanità Pubblica e Privata**.

Hai quindi anni di contrattualistica pubblica a tua disposizione, con numerose pubblicazioni ricche di spunti di riflessione, commenti alla normativa, focus, contributi degli esperti, indirizzi operativi e rassegna della giurisprudenza.



## Per accedere al servizio

Collegati alla pagina della rivista su [periodicimaggioli.it](http://periodicimaggioli.it), effettua il login, seleziona il fascicolo o consulta i contenuti tramite il motore di ricerca

 Cerca...

Utilizza tutti i servizi inclusi nel tuo abbonamento su:

[www.periodicimaggioli.it](http://www.periodicimaggioli.it)



# Sanità Pubblica e Privata

## Rivista di diritto e organizzazione sociale e sanitaria

Rivista  
fondata nel  
1981

### Direttore responsabile

**Manlio Maggioli**

### Direttori

**Fabio Roversi Monaco**

Professore emerito di Diritto amministrativo nell'Università di Bologna

**Carlo Bottari**

Professore ordinario di Diritto costituzionale nell'Università di Bologna

**Davide Croce**

Direttore CREMS LIUC, Università Cattaneo

### Comitato scientifico

**Mario Bertolissi** – Professore ordinario di Diritto costituzionale nell'Università di Padova

**Marzia Bonfanti** – Docente presso il Centro sull'Economia e il Management nella Sanità e nel Sociale, LIUC, Università Cattaneo

**Carlo Bottari** – Professore ordinario di Diritto costituzionale nell'Università di Bologna

**Marzio Branca** – Consigliere di Stato a riposo

**Giuseppe Caia** – Professore ordinario di Diritto amministrativo nell'Università di Bologna

**Luigi Carbone** – Presidente di sezione del Consiglio di Stato

**Guido Carpani** – Direttore generale FOFI, Federazione Ordini Farmacisti Italiani

**Sabino Cassese** – Giudice emerito della Corte costituzionale

**Fabio Cintioli** – Professore ordinario di Diritto amministrativo nell'Università San Pio V di Roma

**Paco D'Onofrio** – Docente nell'Università di Bologna

**Rosario Ferrara** – Professore ordinario di Diritto amministrativo nell'Università di Torino

**Carlo Emanuele Gallo** – Professore ordinario di Diritto amministrativo nell'Università di Torino

**Ranieri Guerra** – Direttore aggiunto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità

**Giuseppe Morbidelli** – Professore ordinario di Diritto amministrativo nella Sapienza – Università di Roma

**Roberto Nania** – Professore ordinario di Istituzioni di diritto pubblico nella Sapienza – Università di Roma

**Alessandra Pioggia** – Professore ordinario di Diritto amministrativo nell'Università di Perugia

**Andrea Pisaneschi** – Professore ordinario di Diritto costituzionale nell'Università di Siena

**Umberto Restelli** – Docente presso il Centro sull'Economia e il Management nella Sanità e nel Sociale, LIUC, Università Cattaneo

**Antonio Saitta** – Professore ordinario di Diritto costituzionale nell'Università di Messina

**Maria Alessandra Sandulli** – Professore ordinario di Diritto amministrativo nell'Università di Roma tre

**Alceste Santuari** – Professore associato di Diritto pubblico nell'Università di Bologna

**Franco G. Scoca** – Professore emerito di Diritto amministrativo nella Sapienza – Università di Roma

**Ernesto Sticchi Damiani** – Professore emerito di Diritto amministrativo nell'Università di Lecce

**Mario Luigi Torsello** – Presidente di sezione del Consiglio di Stato

**Rosaria Trizzino** – Presidente di sezione TAR Toscana

**Claudia Tubertini** – Professore associato di Diritto amministrativo nell'Università di Bologna

### Redazione

**Beatrice Bertarini, Antonio Carastro, Claudia Corbetta (caporedattore), Edoardo Croce, Paolo De Angelis, Federico Laus, Carolina Magli, Guido Franchi Scarselli, Sofia Silvola, Boris Vitiello**

Per invii di proposte di articoli:

**Redazione Maggioli Editore** – Via del Carpino, 8 – 47822 Santarcangelo di Romagna (RN);  
tel. 0541.628411 – fax 0541.622778; e-mail: editore@maggioli.it

**SPISA** – Scuola di Specializzazione in Studi sull'Amministrazione Pubblica dell'Università di Bologna  
Via Belmeloro, 10 – 40126 Bologna; tel. 051.2094050 – fax 051.2094060

# Sanità Pubblica e Privata

## Rivista di diritto e organizzazione sociale e sanitaria

### Redazione Maggioli Editore

Via del Carpino, 8 – 47822 Santarcangelo di R. (RN)  
tel. 0541.628411 – fax 0541.622778

### Amministrazione e diffusione Maggioli Editore

Via del Carpino, 8 – 47822 Santarcangelo di Romagna (RN)  
tel. 0541.628111 – fax 0541.622100

Maggioli Editore è un marchio Maggioli Spa

### Servizio Clienti

tel. 0541.628200 – fax 0541.622595  
e-mail: abbonamenti.riviste@maggioli.it  
www.periodicimaggioli.it

### Pubblicità

#### MAGGIOLI ADV

Concessionaria di pubblicità per Maggioli Spa  
Via del Carpino, 8 – 47822 Santarcangelo di R. (RN)  
tel. 0541.628736 – 8272 – fax 0541.624887  
e-mail: maggioliadv@maggioli.it  
www.maggioliadv.it

### Filiali

**Milano** – Via F. Albani, 21 – 20149 Milano  
tel. 02.48545811 – fax 02.48517108

**Bologna** – Piazza VIII Agosto, Galleria del Pincio, 1 –  
40126 Bologna  
tel. 051.229439 – 228676 – fax 051.262036

**Roma** – Piazza delle Muse, 8 – 00197 Roma  
tel. 06.5896600 – fax 06.5882342

**Bruxelles (Belgium)** – Avenue d'Auderghem, 68  
1040 Bruxelles  
tel. +32 27422821 – international@maggioli.it

### Maggioli Spa

Azienda con Sistema di Gestione Qualità  
certificato ISO 9001:2015  
Iscritta al registro operatori della comunicazione

### Progetto grafico

Niki Caragiulo

### Registrazione

Presso il Tribunale di Rimini  
del 5 dicembre 1980 al n. 189/80

### Tutti i diritti riservati

È vietata la riproduzione, anche parziale, del materiale  
pubblicato senza l'autorizzazione dell'Editore.

Le opinioni espresse negli articoli appartengono ai singoli  
autori, dei quali si rispetta la libertà di giudizio, lasciandoli  
responsabili dei loro scritti.

Gli autori garantiscono la paternità dei contenuti inviati  
all'Editore manlevando quest'ultimo da ogni eventuale  
richiesta di risarcimento danni proveniente da terzi che  
dovessero rivendicare diritti su tali contenuti.

### Stampa

Maggioli Spa – Santarcangelo di Romagna (RN)

## I servizi del tuo abbonamento



Rivista  
Specializzata



Archivio  
storico digitale



Videocorsi



L'esperto  
risponde

[www.periodicimaggioli.it](http://www.periodicimaggioli.it)

### Condizioni di abbonamento

I prezzi dell'abbonamento annuale alla rivista "Sanità Pubblica e Privata" sono:

- rivista in formato cartaceo + digitale **euro 295,00**
- rivista in formato digitale **euro 139,00** (comprensivo dell'IVA al 4% da versare all'Erario)

Il prezzo di una copia cartacea della rivista è di **euro 72,00**

Il prezzo di una copia cartacea arretrata è di **euro 75,00**

I Privati e Liberi professionisti possono attivare un abbonamento annuale alla rivista "Sanità Pubblica e Privata" in formato cartaceo + digitale a **euro 175,00**

L'Abbonamento "Unico" alla rivista "Sanità Pubblica e Privata" dà diritto ad una serie di utili **Servizi on line**:

- Archivio Storico digitale dei precedenti numeri della rivista
- Le Newsletter online Appalti e Contratti
- I Video corsi online di PA Digitale channel
- L'esperto risponde

Per ulteriori informazioni e per scoprire le promozioni attive visiti il sito [www.periodicimaggioli.it](http://www.periodicimaggioli.it)

Il pagamento dell'abbonamento può essere effettuato con il bollettino di c.c.p.n. 31666589 intestato a Maggioli Spa - Periodici - Via del Carpino, 8 - 47822 Santarcangelo di Romagna (RN) oppure on line collegandosi al sito <http://shop.periodicimaggioli.it>

### La rivista è disponibile anche nelle migliori librerie

L'abbonamento decorre dal 1° gennaio con diritto al ricevimento dei fascicoli arretrati ed avrà validità per un anno. In mancanza di esplicita revoca, da comunicarsi in forma scritta entro il termine di 45 giorni successivi alla scadenza dell'abbonamento, la Casa Editrice, al fine di garantire la continuità del servizio, si riserva di inviare il periodico anche per il periodo successivo. La disdetta non sarà ritenuta valida qualora l'abbonato non sia in regola con tutti i pagamenti. Il rifiuto o la restituzione dei fascicoli della rivista non costituiscono disdetta dell'abbonamento a nessun effetto.

I fascicoli non pervenuti possono essere richiesti dall'abbonato non oltre 20 giorni dopo la ricezione del numero successivo.

# Sommario

## Diritto

---

### **5** Azienda Zero, accreditamento e contratti necessitano di una maggiore cura da parte del legislatore regionale

*Carlo Bottari, Ettore Jorio*

### **12** La responsabilità civile sanitaria al tempo della medicina digitale

*Marco Gastaldo, Nicola Enrichens*

## Organizzazione

---

### **18** L'evoluzione della relazione tecnologia/medico ai tempi del digitale

*Salvatore Palazzo, Monica Loizzo e Maria Domenica Iuvaro*

### **24** Prospettive future: l'evoluzione della sanità territoriale alla luce della missione 6, componente 1, del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

*Angela Simone*

## Economia e management

---

### **36** Il Coordinatore e gli aspetti gestionali: proposta di una *dashboard* di riferimento

*Barbara Gregorio*

### **47** Dati, flussi informativi e territorio: spunti per la sanità del domani

*Paolo Barletta, Edoardo Croce, Davide Croce, Corrado Scolari, Peter Assembergs, Walter Bergamaschi, Anna Maria Maestroni, Lorenzo Maffioli, Paola Mosa, Flavia Simonetta Pirola, Ettore Presutto, Giovanni Palazzo, Paola Lattuada, Franco Milani, Gianluca Bracchi, Massimo Lombardo, Salvatore Gioia*

## Giurisprudenza commentata

---

### **55** Il servizio di trasporto sanitario di emergenza e urgenza tra convenzioni e criteri di valutazione (TAR Piemonte, sez. I, 29 agosto 2022, n. 719)

*Commento a cura di Alceste Santuari*

## Uno sguardo ai numeri

---

### **71** I determinanti di salute della popolazione

*Sofia Silvola, Umberto Restelli*

## Hanno collaborato a questo numero

### **Peter Assembergs**

ASST Bergamo Ovest

### **Paolo Barletta**

Centro sull'Economia ed il Management nella Sanità ed il Sociale – LIUC Business School

### **Walter Bergamaschi**

ATS Milano Città Metropolitana

### **Carlo Bottari**

Professore ordinario di Istituzioni di Diritto pubblico presso l'Università degli studi di Bologna

### **Gianluca Bracchi**

ASST Cremona

### **Davide Croce**

Centro sull'Economia ed il Management nella Sanità ed il Sociale – LIUC Business School

### **Edoardo Croce**

IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi

### **Nicola Enrichens**

Ph.D. in Diritto, persona e mercato presso l'Università degli studi di Torino, Dipartimento di Giurisprudenza

### **Marco Gastaldo**

Medico Chirurgo Specialista in Medicina Fisica e riabilitativa (Isokinetic Medical Group - Isokinetic Torino)

### **Salvatore Gioia**

ASST Lodi

### **Barbara Gregorio**

Responsabile Specialista Infezioni Ospedaliere – ASST Ovest Milanese – Legnano

### **Maria Domenica Iuvaro**

Azienda Ospedaliera di Cosenza

### **Ettore Jorio**

Avvocato e professore presso il Dipartimento di Scienze aziendali e giuridiche – Università degli studi della Calabria

### **Paola Lattuada**

ASST Pini – CTO

### **Monica Loizzo**

Azienda Ospedaliera di Cosenza

### **Massimo Lombardo**

ASST degli Spedali Civili di Brescia

### **Anna Maria Maestroni**

ASST Pini – CTO

### **Lorenzo Maffioli**

ASST Sette Laghi

### **Franco Milani**

ATS Montagna

### **Paola Mosa**

ASST Cremona

### **Giovanni Palazzo**

ASST Nord Milano

### **Salvatore Palazzo**

Azienda Ospedaliera di Cosenza

### **Flavia Simonetta Pirola**

ASST Bergamo Ovest

### **Ettore Presutto**

ATS Insubria

### **Umberto Restelli**

Centro sull'Economia e il Management nella Sanità e nel Sociale, LIUC – Università Cattaneo, Castellanza (VA), Italia. School of Public Health, Faculty of Health Sciences, University of the Witwatersrand, Johannesburg, South Africa

### **Alceste Santuari**

Professore associato - Diritto dell'Economia - Dipartimento di Sociologia e Diritto dell'economia – Università di Bologna

### **Corrado Scolari**

ATS Montagna

### **Sofia Silvola**

Centro sull'Economia e il Management nella Sanità e nel Sociale, LIUC – Università Cattaneo, Castellanza (VA), Italia. Department of Public Health Medicine, School of Health System & Public Health, Faculty of Health Sciences University of Pretoria, South Africa

### **Angela Simone**

Dottore in Giurisprudenza – Università di Bologna

# Azienda Zero, accreditamento e contratti necessitano di una maggiore cura da parte del legislatore regionale

Carlo Bottari\*, Ettore Jorio\*\*

## Sommario:

*1. I primo dei temi: l'Azienda Zero. 1.1 Azienda Zero: pensata bene, nata male, ma che si spera di riparare.*

*2. Il secondo dei temi: l'accreditamento (art. 8-quater) e i contratti (art. 8-quinquies) nel vigente d.lgs. 502/1992 con le modifiche introdotte dalla legge annuale per il mercato e la concorrenza 2021. 2.1 Senza fabbisogno non si fa sana programmazione. 2.2 Senza programmazione non c'è misura per l'accreditamento. 2.3 La sopravvenuta lettera delle disposizioni riguardanti accreditamento e contratti. 2.3.1 Cosa cambia con la legge annuale della concorrenza. 2.4 Le brutte abitudini della legislazione di dettaglio.*

*I tanti master in Diritto sanitario, organizzati dalla Scuola di specializzazione in studi sull'amministrazione pubblica (SPISA), passati insieme per numerosi anni non ci impediscono di instaurare oggi un confronto ipotetico con Luciano Vandelli. Lui è sempre tra noi a valutare come va l'assistenza sanitaria e come potrebbe andare meglio. Soprattutto, come le Regioni, parte sostanziale della Repubblica, potrebbero fare meglio a garanzia dell'uniformità e come le Nazioni (regionali) potrebbero divenire più uguali nell'esigere il diritto della salute, onnicomprensivo del diritto all'assistenza sociale, sia territoriale che istituzionalizzata attraverso le Rsa.*

*Insomma, una osservazione che continua in onore del nostro amico, del quale è stato davvero difficile fare a meno in questi tre tristi anni, cominciati con la calura estiva di quel brutto luglio del 2019.*

*Fatte queste considerazioni, abbiamo deciso di mettere la lente di ingrandimento su due temi: la invenzione di Azienda Zero e la trasformazione dell'istituto dell'accreditamento con conseguente ricaduta sui contratti da stipulare dagli accreditati selezionati con le aziende della salute, alla luce della legge sulla concorrenza 2021, da poco approvata in seconda lettura al Senato della Repubblica.*

## 1. Il primo dei temi: l'Azienda Zero

Il sistema della salute, con il proliferare delle leggi regionali introduttive delle Aziende Zero, sta vivendo un clima di grande confusione. La loro istituzione pone, infatti, dei seri problemi interpretativi in relazione al loro collocamento istituzionale.

Cosa dovrà fare concretamente; come si porrà nel rapporto con la burocrazia regionale salutare e come con le aziende della salute, siano esse territoriali ed ospedaliere/universitarie; come si comporterà con i decisori politici regionali e, ove ci sono (Calabria e Molise), con i commissari *ad acta* sono gli interrogativi di maggiore rilievo. E ancora. La sua esistenza funzionale confliggerà o no con l'autonomia imprenditoriale del sistema aziendale ordinario?

A fronte di tutti questi dubbi, dalla cui soluzione dipenderanno le sorti di un servizio sanitario che ha dimostrato nell'evento epidemico tutte le sue debolezze, si avverte la necessità di pretendere dal legislatore di dettaglio – almeno fino a quando la legislazione sanitaria rimarrà una materia concorrente e dunque a maggior ragione dopo quando verosimilmente sarà integralmente assorbita dalle Regioni in applicazione dell'art. 116, comma 3, della Costituzione – una maggiore cura e, certamente, tolta la brutta abitudine, assunta da alcune, di copiare acriticamente ciò che le altre omologhe promulgano.

Al riguardo, alcune leggi regionali sono già in officina, nonostante la loro recente approvazione, ovvero in procinto di farvi ingresso, attesa una loro non proprio attenta stesura. Per intanto, è da os-

\*Professore ordinario di Istituzioni di Diritto pubblico presso l'Università degli studi di Bologna.

\*\*Avvocato e professore presso il Dipartimento di Scienze aziendali e giuridiche – Università degli studi della Calabria.

servare che tra tutte e sei le Regioni che hanno istituito le Aziende Zero<sup>1</sup>, solo la Calabria, che ha quasi pedissequamente imitato quella veneta, è corsa ai ripari. Lo ha fatto conscia di dovere rivedere tutta la sua disciplina afferente alle regole della sanità, vecchie di 18 anni, che hanno co-determinato, di fatto, il suo commissariamento *ad acta* da ben 14 anni (di cui due di protezione civile) con una rovinosa caduta dell'offerta di salute.

Lo ha fatto relativamente a ciò che non andava nella legge regionale 32/2021 che ha istituito l'ente di *governance*, la sua Azienda Zero. Al riguardo, ha infatti legiferato: l'attribuzione dell'autonomia imprenditoriale, piuttosto che le solite sei autonomie risalenti a prima del 1999; l'eliminazione dell'obbligo di rilascio di un inconcepibile visto di congruità da apporre su ogni genere di bilancio a cura del direttore generale del Dipartimento regionale alla salute; la cancellazione dell'assurda sottomissione dell'esercizio delle sue funzioni al massimo burocrate regionale, subordinando così un'azienda nata per fare meglio di quanto non ha funzionato.

La sua autonomia da chiunque è il suo piatto forte da servire a tavola dell'organo politico di riferimento – gli organi regionali (presidente e giunta) e commissario *ad acta* se nominato per sostituire i primi *ex art.* 120, comma 2, della Costituzione – perché finalmente eserciti e realizzi dignitose politiche sociosanitarie regionali.

Bene ha fatto in tal senso la Regione Veneto, che di sanità percepita è il migliore esempio da imitare, ad aggiustare *ab origine* l'utilità reale – quasi a dimostrare di volere concretizzare una sorta di Agenzia – rispetto a quanto avesse fatto tre mesi prima la Liguria<sup>2</sup>.

Il servizio sanitario nazionale deve ritornare quello che il legislatore statale, dopo tante sofferenze parlamentari, decise con la sua introduzione perfezionata con la legge 23 dicembre 1978, n. 833. Un monolite giuridico preteso per rendere esigibile il diritto alla salute universalmente e uniformemente, così come sancito dal novellato art. 117, comma 2, lett. *m*), della Costituzione nell'identificazione dei Lea da assicurare su tutto il territorio nazionale. Due previsioni imperative che tali non sono state, tant'è che oggi si constata un Paese con l'assistenza a macchia di leopardo e una nazione in preda alle "fiere", nel senso di mettere a rischio la loro vita quotidianamente per assenza di una offerta sociosanitaria al di sotto dei minimi accettabili.

La Calabria è la prova provata di tutto questo, ferita da obbrobri legislativi passati, funzionali a: negare l'autonomia imprenditoriale<sup>3</sup>; consentire accessi a carriere manageriali altrimenti negate; introdurre criteri abilitativi inauditi di nomine a direttori generali aziendali che consentivano (e consentono) di organizzare la propria carriera; generare confusione sull'offerta ospedaliera attraverso il tutto e il contrario di tutto; introdurre facilitazioni di approvazione dei bilanci aziendali per silenzio-assenso; riconducendo la norma a principi fondamentali dello Stato vecchi di 12 anni, già puntualmente modificati da cinque anni prima (1999); trascurando i contenuti dell'assistenza distrettuale e tante altre cose che non meritavano affatto la disattenzione di cinque legislature e di quattro com-

biti territoriali delle Aziende ULSS", *Bollettino Ufficiale* n. 102 del 25 ottobre 2016.

(3) Una disattenzione commessa da dodici Regioni nel disciplinare i rispettivi servizi sanitari regionali, tanto che l'autonomia imprenditoriale delle loro aziende sanitarie è a tutt'oggi ancora sancita soltanto, nonostante imposta dal legislatore statale del 1999, da: Basilicata l.r. n. 12/2008, art. 2.2; Emilia-Romagna l.r. n. 29/2004, art. 3.1; Liguria l.r. n. 41/2006, art. 17.2; Molise l.r. n. 9/2005, art. 3.3; Piemonte l.r. n. 18/2007, art. 18.5; Sicilia l.r. n. 5/2004, art. 9.1; Toscana l.r. n. 40/2005, art. 31.1; Val d'Aosta, l.r. n. 5/2000, art. 9.3; Provincia autonoma di Trento l.p. n. 16/2010, art. 27. A proposito, ad opera di alcune istituzioni regionali/provinciali (Regione Calabria; Provincia autonoma di Bolzano) è stata fatta addirittura una cernita sulle sei tipologie, vigenti *ante* riforma *ter* del 1999, di autonomia arrivando ad attribuire alle aziende della salute l'autonomia di gestione, quella tipica delle strutture operative delle medesime.

(1) In ordine cronologico: Liguria n. 17/2016 (con la denominazione di "Alisa"); Veneto l.r. n. 19/2016; Piemonte l.r. n. 18/2007, per come modificata dalle ll.rr. n. 26/2021 e n. 2/2022; Lazio l.r. n. 17/2021; Calabria l.r. n. 32/2021.

(2) Liguria: legge regionale 29 luglio 2016, n. 17, recante "Istituzione dell'azienda ligure sanitaria della Regione Liguria (A.LI.SA.) e indirizzi di riordino delle disposizioni regionali in materia sanitaria e sociosanitaria", *Bollettino Ufficiale* n. 15 del 30 luglio 2016; Veneto: legge regionale 25 ottobre 2016, n. 19, recante "Istituzione dell'ente di governance della sanità regionale veneta denominato "Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto - Azienda Zero". Disposizioni per la individuazione dei nuovi am-



missari *ad acta*. Non solo. Per arrivare alla incompletezza delle più semplici procedure indispensabili per costituire l'unica Azienda Ospedaliera Universitaria lasciata funzionare nei fatti ma *sine titulo*, perché sprovvista di provvedimento del Presidente del Consiglio dei Ministri che ne garantisse la nascita di diritto. Un "ammanco" amministrativo grave, tanto da richiedere oggi un provvedimento che ne sani l'esistenza giuridico-economica indispensabile per effettuare la prevista fusione per incorporazione dell'azienda ospedaliera "Pugliese-Ciaccio" di Catanzaro nell'Azienda Ospedaliera Universitaria da perfezionarsi con la denominazione "Renato Dulbecco". Il tutto, a mente della sentenza della Corte costituzionale n. 50/2021 e della legge regionale 33/2021, cui necessiterebbe anche un consistente ritocco da parte del Consiglio regionale calabrese.

### **1.1. Azienda Zero: pensata bene, nata male, ma che si spera di riparare**

Ritornando alla modalità normativa di introduzione e funzionamento di Azienda Zero, occorre rilevare che essa non è affatto delle migliori. Ma soprattutto, necessita rilevare che quella vigente delle anzidette sei Regioni è stata scritta in modo tale da generare una confusione totale in relazione al suo essere esistenziale, al suo intrattenere i rapporti con le istituzioni regionali, siano essi decisori politici che organi burocratici, alla ineludibile collaborazione con il resto del sistema sanitario aziendale, al suo adempiere in materie e funzioni specifiche, delle quali non potrebbe assumere la competenza, almeno fino a quando rimangano vigenti i testi dei d.lgs. 502/1992, d.lgs. 165/2001, d.lgs. 118/2011. Ciò è accaduto a causa degli errati presupposti giuridici traditi da una concezione prevalentemente aziendalistica, portati avanti con troppa facilità e senza pensare affatto alla *mission* erogativa della salute ai cittadini.

Per rimediare a tutto ciò, si renderà necessario generare un serio confronto tra quanto esplicitamente espresso nei principi fondamentali formulati dal legislatore statale (legge 833/1978 e vigente d.lgs. 502/1992) – in materia di assegnazione delle competenze istituzionali assegnate alle aziende sanitarie, territoriali e ospedaliere/universitarie conseguentemente regolate nel dettaglio nelle rispettive leggi regionali – e quanto disciplinato dalle Regioni nella isti-

tuzione delle Aziende Zero. La comparazione tra quelle vigenti pone, infatti, una serie di interrogativi riferibili, se non ben concepite, alle funzioni esercitabili da queste ultime, di sovrapposizioni più o meno apparenti, di conflittualità nell'assunzione di provvedimenti fondamentali, di incompatibilità sistemiche e di incomprensibili interessi unicamente diretti, peraltro su presupposti errati, alla tenuta della contabilità piuttosto che ad assicurare una buona assistenza sociosanitaria all'utenza. Ciò è accaduto nonostante il dramma Covid-19 che ha dimostrato con tutta la sua forza contrapposta alla debolezza del sistema salute l'inesistenza di un servizio pubblico, da rendere funzionante in regime di concorrenza amministrata con la rete degli accreditati/contrattualizzati, meglio gravemente affetto da una inefficienza, inefficacia e una diseconomia non riscontrabili ovunque.

Nel concludere il tema, ci si augura un celere massiccio rimbocco delle maniche per mettere riparo e ordine alle cose.

La comparazione tra le norme complessivamente vigenti pone, infatti, una serie di interrogativi riferibili: alle specifiche funzioni esercitabili da queste ultime; alle sovrapposizioni più o meno apparenti da più parti rilevate tra i compiti assegnati alle Aziende Zero e quelli tradizionali attribuiti alle aziende della salute; alla conflittualità nell'assunzione dei provvedimenti di programmazione di sua competenza con i doveri del decisore politico (Regione ovvero commissario *ad acta*, ove presente); alle incompatibilità sistemiche e agli incomprensibili interessi che appaiono unicamente diretti alla tenuta della contabilità piuttosto che ad assicurare una buona assistenza sociosanitaria all'utenza.

Per intanto, come detto, sono sei le Regioni ad averla istituita (e tante altre in procinto di farlo) che, ancorché con l'esigenza di riportare, chi per un motivo chi per un altro, i rispettivi testi legislativi in officina, hanno la necessità di metterla in corsa, nel senso di renderla operativa, così come ha fatto già la Liguria con la sua Alisa.

Stante l'esigenza di renderla efficacemente attiva, occorre contribuire, in una logica collaborativa, a offrire una risposta agli anzidetti interrogativi, specie a quelli più ricorrenti, cui dare comunque da subito adeguate risposte.

**• Cosa dovranno fare concretamente e come si interfacceranno con le aziende sanitarie e ospeda-**

**liere/universitarie.** Prioritariamente assumere l'autonomia imprenditoriale, inconcepibilmente trascurata nonostante sancita nel 1999 (d.lgs. 229) per tutte le aziende del SSN. Poi esercitare il compito di *prima inter pares* nella *governance* regionale finalizzata alla gestione del SSR. Al riguardo, le loro direzioni generali dovranno necessariamente essere collaborate da un organismo consultivo e segnatamente partecipativo (esempio veneto: Comitato dei Direttori generali di tutte le aziende della salute). Un organo aziendale strumentale alla definizione delle metodologie più idonee a rilevare i fabbisogni epidemiologici e a delineare la mappa dei rischi relativi presenti sul territorio regionale, nonché ad esprimere l'esito della verifica dei monitoraggi effettuati in materia contabile, di politiche degli acquisti e di personale, di relazione con il pubblico, sui quali ultimi temi dovrà esprimere, sotto la presidenza del massimo burocrate regionale in materia di tutela della salute, il proprio parere obbligatorio.

Una tale previsione è, di fatto, dimostrativa della non sovrapposizione, da taluni spesso immotivatamente lamentata, delle Aziende Zero alle aziende territoriali e ospedaliere/universitarie, componenti il sistema sanitario regionale, che mantengono tutta la loro autonomia imprenditoriale. Le stesse, senza sottoposizione alcuna alle Aziende Zero, saranno organizzate in ossequio all'atto aziendale, programmeranno le loro attività secondo strumenti di pianificazione locale ed eserciteranno le politiche assunzionali e di gestione del personale, del contenzioso, di acquisto di beni e servizi, di bilancio, sia preventivo che consuntivo e quant'altro. In buona sostanza, le medesime potranno contare ciascuna sulla propria Azienda Zero di riferimento, quale ente tutorio – garante dell'unitarietà ed egualitarismo erogativo dei Lea nonché della concentrazione dei bilanci – strumentale a concretizzare il passaggio ad una diversa configurazione del sistema della salute, eventualmente sempre più prossima all'agenzificazione.

• **Come si porranno nel rapporto con la burocrazia regionale salutare.** Il regime di raccordo con la burocrazia regionale rimarrà, sempreché non venga legiferato diversamente da quelli in vigore, tale e quale a quello mantenuto dalle aziende della salute, fatta eccezione per la riassunzione delle competenze in esclusiva della redazione del bilancio di previsione e consuntivo afferente alla GSA e del bilancio consolidato

preventivo e consuntivo del SSR, da sottoporre entrambi all'approvazione della giunta regionale e, ove esistente, del commissario *ad acta*. Ovviamente tutto dipenderà dai regolamenti che, previsti in quantità considerevoli, saranno ritenuti indispensabili per conseguire una maggiore efficienza, efficacia, economicità e utilità del sistema rispetto a quello preesistente.

• **Come si comporteranno con i decisori politici regionali e, ove ci sono (Calabria e Molise), con i commissari ad acta.** Questo è uno dei temi più centrali della problematica, atteso che le disposizioni in vigore scoprono il nervo più debole: quello della rappresentanza e del raccordo tra l'esercizio delle attribuzioni assegnate agli organi di governo regionale e quelle assegnate alla dirigenza ovvero ai titolari degli enti incaricati della gestione.

In proposito: ai primi continuerà ovviamente a persistere la titolarità di esercizio delle funzioni politico-amministrative, funzionali a determinare gli obiettivi e la programmazione nonché a svolgere l'attività di controllo sulla gestione degli indirizzi impartiti; ai secondi, intendendo per tali le Aziende Zero, le stesse assumeranno la sintesi dell'attività gestionale resa dalle aziende della salute, in quanto tale assumerà un ruolo di fondamentale coordinamento, monitoraggio e verifica delle attività gestorie esercitate da queste ultime, confrontandosi sul tema con il decisore politico. Un ruolo che, beninteso, non sottrae alcun grado di autonomia alle aziende della salute né tampoco di sovrapposizione ovvero sostitutivo, sempreché vengano mantenuti in capo ad esse i più generali compiti di valutazione del proprio operato, tra questi quello dell'estimo delle *performance* del personale dipendente e dei soggetti accreditati da contrattualizzare *ex art. 8-quinquies* del vigente d.lgs. 502/1992.

Una particolare attenzione meritano le Regioni commissariate *ex art. 120*, comma 2, della Costituzione. Un tema che ad oggi riguarda solo la Calabria, atteso che il Molise non ha istituito alcunché. Ebbene, il tema non viene a porsi se non nel verso della stretta collaborazione, che è indispensabile che venga a materializzarsi, tra il binomio di nomina governativa, commissario e subcommissario, per pervenire ad una maggiore sintesi gestoria da assumere routinariamente per verificare gli obiettivi specifici assegnati all'organo commissariale da parte del Governo, di accompagnamento al suo mandato sostitutivo degli organi regionali, da valutare perio-

dicamente ai severi Tavoli romani di verifica e monitoraggio quanto alla puntualità degli adempimenti.

## **2. Il secondo dei temi: l'accreditamento (art. 8-*quater*) e i contratti (art. 8-*quinques*) nel vigente d.lgs. 502/1992 con le modifiche introdotte dalla legge annuale per il mercato e la concorrenza 2021**

L'accreditamento ha attratto la maggiore attenzione nel sistema della salute aziendalizzato nel 1992, soprattutto per come implementato nel 1999 a cura della riforma *ter*. Sull'argomento si è scritto tanto e di più, tanto da aver svelato ogni eventuale recondita sofferenza interpretativa della prima ora. I master SPISA hanno di certo contribuito ad un siffatto onere esegetico, attribuendo ai masterizzandi lo svolgimento di lavori finali *ad hoc* di serio approfondimento sulla tematica e sulla formulazione dei contratti *ex art. 8-quinques*.

La concorrenza amministrata, per dirla alla Pastori, è sempre stata un argomento di grande interesse per Luciano Vandelli e per la Spisa, ma anche per chi scrive, dal momento che si è sin da subito presunto che dalla corretta esecuzione della stessa sarebbe dipesa la qualità dell'offerta salutare.

Così non è avvenuto, perché all'istituto dell'accreditamento si è data una funzione del tutto diversa da quella idealizzata nella sua specificità istituzionale, caratterizzata dal quel sano agonismo da instaurare tra l'offerta salutare pubblica e quella privata incentivante la qualità dell'offerta erogativa.

Con il passare del tempo, l'accreditamento è stato, infatti, trattato come qualcosa nato per affidare al privato una missione collaborativa che andasse ben oltre la necessità, molto più in là dell'essenziale. Il binomio accreditamento/contratto divenne, pertanto, nei fatti, un insieme indissolubile, come se fosse diventato la diffusa alternativa alla convenzione di vecchia specie. L'accreditamento venne, facendo così, ad assumere un valore economico quasi autonomo, requisito negato esplicitamente dallo stesso legislatore (art. 8-*quater*, comma 2), atteso che divenne un titolo usualmente propedeutico alla ricorrente formulazione dei rispettivi successivi contratti di erogazione per *species*.

### **2.1. Senza fabbisogno non si fa sana programmazione**

Tutto questo nasce dalla grossolana sottovalutazione che si è assicurata alla rilevazione del fabbisogno epidemiologico il quale, anziché essere correttamente ritenuto il motore portante della programmazione sanitaria, da misurare sui territori regionali con la dovuta ragionevolezza e scienza, si è irragionevolmente desunto dai dati forniti con la solita obsolescenza dall'Istat piuttosto che da un sistema di rilevamento/rendicontazione generico basato sui flussi trasmessi dalle Regioni ricavati a casaccio per guadagnare il più possibile premialità spesso non altrimenti godibili.

Così facendo, non si sono quindi formalizzati gli strumenti prodromici pretesi dal legislatore del 1978, consistenti nella mappa del fabbisogno di salute con la conseguente emersione della mappa dei rischi epidemici, direttamente connessi a quella che era la raccolta degli indici di deprivazione socio-economico-culturali della popolazione di riferimento, sul quale insieme redigere l'intervento dei servizi sanitari regionali programmati per il prossimo triennio.

Quindi, nessun rilievo e nessuna programmazione che fosse degna di chiamarsi tale, tanto da non consentire più alcuna redazione del programma sanitario nazionale dal 2006 in poi.

### **2.2. Senza programmazione non c'è misura per l'accreditamento**

Di conseguenza, era naturale che accadesse l'ancora peggio, sul piano delle garanzie sulla sicurezza e idoneità dei luoghi di diagnosi e cura. A tutt'oggi infatti in diversissime aree del Paese non sono state rilevate neppure le strutture ospedaliere pubbliche degne – quanto meno sul piano strutturale (solo per non infierire sullo *status quo* di talune Regioni, si trascura volutamente quello organizzativo e tecnologico, solo perché impedito dal divieto di assunzioni e dai discrimini di finanziamento in conto capitale) – di rilascio di accreditamento. Un *gap* che ha inficiato, per differenza, la determinazione del fabbisogno da coprire con il ricorso agli erogatori privati, individuati ovviamente per offerta specialistica ambulatoriale, per offerta ospedaliera, ordinaria e diurna, afferente alla cura medica e chirurgica, per riabilitazione, per istituzionaliz-

zazione per gli affetti da cronicità e per le persone in fase terminale.

Tutto questo ha portato a che in alcune Regioni persistessero a tutt'oggi presidi ospedalieri provvisti di accreditamento istituzionale, in quanto tali non abilitati al ricovero. Per altri versi è capitato di altro, come naturale conseguenza del primo, ovverosia si è proceduto al rilascio degli accreditamenti in favore dei privati a mano libera, senza limiti imposti dalla programmazione mirata assente, rappresentativa dell'offerta pubblica.

Dunque, si è costituito a dismisura un esercito di accreditati privati non già misurati per differenza con le rispettive offerte assicurate dal sistema direttamente gestito dai servizi sanitari regionali, sino ad arrivare a pratiche di rinnovo che a ritenerle fuori legge non ci si sbaglia mica.

### **2.3. La sopravvenuta lettera delle disposizioni riguardanti accreditamento e contratti**

La legge sulla cosiddetta concorrenza costituisce l'occasione giusta per cambiare in meglio le leggi regionali di riferimento specifico e per ricercare soluzioni all'ambaradan determinato con una eccessiva offerta di accreditati privati, peraltro che si autogenera annualmente anche attraverso gli istituti di estensione delle attività così come con il ricorso inappropriato, per esempio, alla voltura del titolo giuridico.

Le legge annuale per il mercato e la concorrenza 2021, approvata definitivamente in Senato lo scorso 2 agosto, interviene non poco nella sanità, più esattamente sui farmaci ed emoderivati, su nomina dei "primari" e sulla formazione manageriale. Cambia tutto in tema di criteri di rilascio dell'accreditamento istituzionale e di stipulazione dei contratti degli accreditati con le aziende sanitarie.

Il titolo dell'art. 15 (*Revisione e trasparenza dell'accreditamento e del convenzionamento delle strutture private nonché monitoraggio e valutazione degli erogatori privati convenzionati*), che disciplina per l'appunto le modifiche ai rispettivi artt. 8-*quater* e *quinquies*, la dice lunga sullo stato di confusione cui si faceva riferimento nell'attribuire un valore economico all'accreditamento a tal punto da considerarlo, in una al contratto, come se fosse la vecchia convenzione. Un istituto, quest'ultimo, riservato esclusivamente dalla vigente legislatura solo e soltanto ai medici di medicina generale, ai pediatri

di libera scelta e alle farmacie. Da qui, la confusione cui si è fatto precedentemente riferimento che ha falsato la *ratio* del ricorso ad un siffatto istituto, soprattutto di garanzia dell'utenza, venuta meno addirittura, in alcune Regioni, anche in relazione alla sicurezza e alla idoneità all'uso e alla frequenza delle strutture ospedaliere pubbliche.

#### **2.3.1 Cosa cambia con la legge annuale della concorrenza**

A leggere bene il disposto, muta molto e in meglio la disciplina, a garanzia sia della qualità di prestazioni essenziali erogate all'utenza che della velocizzazione degli ammortamenti degli investimenti tecnologici degli imprenditori impegnati, che si vedrebbero facenti parte di una categoria forse numericamente più ristretta ma più tutelata in termini di raccolta della domanda.

L'accreditamento deve essere concesso in relazione alla qualità e ai volumi da erogarsi per il soddisfacimento del fabbisogno e, quanto al rinnovo e alla sua estensione, sulla base dei risultati dell'attività svolta, da doversi quindi misurare annualmente anche in termini di qualità.

I contratti saranno stipulati con le aziende sulla base della programmazione sanitaria regionale, che quindi andrà fatta bene, che determinerà il ricorso alla erogazione privata per tipologia di prestazione. Un valore non facile da ottenersi se non sulla base di attente verifiche periodiche e minuziosi monitoraggi dell'accaduto assistenziale. Dunque, viene insediata una procedura agonistica per selezionare il soggetto da contrattualizzare.

Il tutto inteso a razionalizzare l'offerta salutare e renderla più competitiva nella sua composizione complessiva, distinta tra quella erogata dal pubblico e quella assicurata dal privato accreditato/contrattualizzato.

#### **2.4. Le brutte abitudini della legislazione di dettaglio**

Tutto questo bailamme ha portato le Regioni, soprattutto quelle abituate a tagliare e incollare i propri provvedimenti legislativi da quei consigli regionali riconosciuti come imitabili, ad assumere il brutto vizio di approvare acriticamente le proprie leggi, senza spesso neppure sapere di cosa si legiferasse. Un'abitudine tanto consolidata da lasciare residuare, per assurdo, nei propri testi indicazioni

geografiche appartenenti alla Regione titolare delle leggi riprodotte testualmente.

Uno degli eventi che ha inquinato tutta la lettera normativa regionale in materia sociosanitaria è quello che afferisce al trasferimento, *inter vivos* e *mortis causa*, delle autorizzazioni e dell'accreditamento di cui agli artt. 8-ter e quater del vigente d.lgs. 502/1992. Al riguardo, è stata prevista ovunque per il perfezionamento dell'evento – sia sotto il profilo amministrativo che civilistico-fiscale – la formazione di un atto di voltura della titolarità della struttura interessata, con provvedimenti amministrativi al seguito, sia autorizzativi che di accreditamento.

In proposito, è appena il caso di ricordare che, essendo due provvedimenti amministrativi condizionati al possesso di requisiti, rispettivamente minimi e ulteriori, organizzativi, strutturali e tecnologici, una loro qualsivoglia modificazione, riferibile agli originari destinatari componenti la più solita compagine sociale ovvero direzionale, debba essere fatta con un omologo provvedimento preceduto dalla conferma del possesso dei requisiti richiesti dalla normativa.

Un qualsivoglia atto di natura civilistica, intervenuto per regolare l'atto di cessione tra vivi ovvero per prendere atto e completare gli effetti di una successione *mortis causa*, va certamente a comportare quanto meno la modifica dei requisiti organizzativi, comprendendo in questi la presenza di soggetti *aventi causa* diversi, come identità personale, dai loro *danti causa*, il cambio di eventuali direttori responsabili e di soggetti professionali in essi impegnati in posizioni lavorative fondamentali per l'erogazione di servizi e prestazioni essenziali.

Un'attività, questa, che richiede all'ente regolatore, la Regione, in presenza della regolarità dell'atto traslativo e della idoneità dei requisiti posseduti, di adottare un provvedimento, seppure non discrezionale, di riconoscimento della legittimità dell'intervenuto avveramento della causa del titolo negoziabile di trasferimento (testamento e successione, atto di cessione di un diritto reale a qualsiasi titolo riconosciuto dall'ordinamento). Con esso, previo l'ineludibile accertamento della documentazione di aggiornamento del possesso dei requisiti in capo ai soggetti legittimamente subentranti, determinare l'efficacia costitutiva della nuova titolarità aziendale, sancendo l'intervenuto trasferimento di titolarità con provvedimento autorizzatorio, ma di natura conces-

soria, che riconosce in capo al soggetto *avente causa* l'intervenuto possesso del titolo giuridico che ne determina la nuova titolarità e proprietà.

D'altronde, il mancato riconoscimento da parte della Regione dell'intervenuto trasferimento civilistico, proprio perché condizionato all'avverarsi del suo rilascio, rende l'atto di cessione invalido e dunque privo di ogni effetto civilistico e fiscale.

Viceversa la voltura, cui l'ordinamento fa esplicito e diffuso riferimento in tutte (o quasi) le leggi regionali regolative nel dettaglio del sistema cosiddetto delle «3A», non è attributiva di alcuna efficacia costitutiva bensì dichiarativa. In quanto tale non affatto generativa di alcun riconoscimento dell'intervenuta cessione a qualsiasi titolo civilistico. Essa rappresenta, infatti, un mero atto amministrativo di natura reale, attraverso il quale l'autorità competente non dà luogo ad un nuovo provvedimento sostitutivo del precedente bensì si limita a novellare l'intestazione soggettiva di un rapporto oggettivo esistente (per esempio, un permesso di costruire) in un apposito registro, istituito *ad hoc*. Per l'appunto, quello degli accreditati, ove vengono rappresentati – al fine di favorire la conoscenza dei terzi – tutti coloro i quali sono da considerarsi tali, perché destinatari di un provvedimento amministrativo di riconoscimento dell'intervenuto trasferimento, *mortis causa* ovvero *inter vivos*, della struttura già accreditata in capo al loro *dante causa*, esclusivamente generativo del passaggio di titolarità. E non già, limitandosi, come avviene oggi (quasi) ovunque, ad accertare l'intervenuto subingresso di un nuovo soggetto e a prenderne semplicemente atto così come si fa, a seguito di una cessione di azienda commerciale avvenuta, a volturare l'autorizzazione comunale alla vendita dei prodotti, per esempio, alimentari.

Con una tale consolidata abitudine non è difficile immaginare – trattandosi di soggetti per lo più già operanti in regime di prestazioni a carico del SSN in forza della stipulazione dei contratti conclusi con le rispettive aziende sanitarie *ex art. 8-quinquies* del vigente d.lgs. 502/1992 – quante difficoltà vengono a porsi, a causa della mancata adozione di un provvedimento amministrativo previsto dall'ordinamento in tema di perfezionamento di atti di natura concessoria conseguenti ad un'intervenuta cessione aziendale, in termini di rispetto delle norme poste a tutela del riciclaggio e della lotta ai fenomeni mafiosi.

# La responsabilità civile sanitaria al tempo della medicina digitale

Marco Gastaldo\*, Nicola Enrichens\*\*

## Sommario:

### Introduzione.

### 2. Recenti sviluppi della responsabilità civile sanitaria.

### 3. Scenari e prospettive della responsabilità civile sanitaria nell'era della salute digitale.

*La responsabilità medica rappresenta un importante ramo del diritto in cui si confrontano, in primo luogo, le aspettative di guarigione dei pazienti ed il dovere del medico di prestare loro cure adeguate e possibilmente risolutive.*

*Purtroppo la medicina non è una scienza esatta, pertanto può capitare che non sempre il paziente riesca ad ottenere un pieno soddisfacimento dalla cura cui si è dovuto sottoporre: pertanto, è proprio in questo caso che entra in azione il diritto, con il primo proposito di prevenire situazioni di conflitto ed il secondo proposito di garantire un risarcimento al paziente nei confronti di quel medico che non ha agito con diligenza, prudenza e perizia, oppure nei confronti di quell'azienda sanitaria che ha disatteso gli obblighi contrattuali conclusi con il paziente medesimo.*

*Oggi, una delle principali questioni che animano la responsabilità medica è quella relativa all'uso dei macchinari in diagnostica; si tratta di elementi terzi – ingegneristici o biomedici – di natura meccanica o informatica, che supportano il lavoro quotidiano del medico.*

*L'intenzione del presente contributo è dunque portata, in primo luogo, ad un riassunto dei principali elementi all'ordine del giorno in punto responsabilità medica, con particolare riferimento alla responsabilità civile sanitaria ed al risarcimento del danno.*

*In secondo luogo, si proporranno al lettore alcune novità in punto di intelligenza artificiale ed utilizzo di nuovi strumenti telematici in medicina, con particolare riferimento al ramo della Fisiatria, posto che da più parti è stato segnalato che con la diffusione su larga scala delle tecnologie digitali è iniziata nell'ultima decade una nuova era nel settore sanitario che, in conclusione, sembra meritare una seria attenzione.*

## 1. Introduzione

All'interno dei temi che compongono la responsabilità medica vi sono, in primo luogo, le aspettative di assistenza sanitaria dei pazienti ed il dovere deontologico del medico di garantire loro cure adeguate.

In Italia, tale premessa si deve oggi confrontare, da un lato, con il principio di sostenibilità economica<sup>1</sup> del sistema sanitario nazionale, i cui operatori, non sempre medici, ragionano anche in termini di gestione dei costi di mantenimento delle aziende sanitarie e, dall'altro lato, con il più generale principio secondo cui la medicina non è ancora

una scienza esatta e, pertanto, non sempre il medico riesce ad obbligarsi verso un risultato certo che consiste nella guarigione del paziente.

Tutto ciò ha portato, negli ultimi vent'anni, ad una sorta di crisi del sistema che, naturalmente, è sfociata nell'aumento della litigiosità tra aziende sanitarie, esercenti le professioni sanitarie e pazienti, così determinando un notevole incremento delle cause per responsabilità medica.

Pertanto, a muovere dall'anno 2010 il legislatore è intervenuto sulla materia, con l'intenzione di arginare alcune criticità, tra cui il sovraffollamento del Pronto Soccorso, l'eccessiva durata delle cause per colpa medica ed il dilagare della medicina difensiva<sup>2</sup>.

(1) MORANA, *La tutela della salute fra competenze statali e regionali: indirizzi della giurisprudenza costituzionale e nuovi sviluppi normativi*, in AIC, *Rivista di Associazione Italiana dei Costituzionalisti*, 2018, pp. 12-15.

(2) GRANELLI, *La medicina difensiva in Italia*, in *Responsabilità civili e previdenza*, 2016, 1, pp. 11-39, BIANCHIN, *La medicina difensiva*.

\*Medico Chirurgo Specialista in Medicina Fisica e riabilitativa (Isokinetic Medical Group-Isokinetic Torino).

\*\*Ph.D. in Diritto, persona e mercato presso l'Università degli studi di Torino, Dipartimento di Giurisprudenza.

Si è pertanto legiferato ad ampio raggio: dalle direttive anticipate di trattamento sanitario al consenso informato, al testamento biologico, alle linee guida, alla presa in carico, agli eventi sentinella, al rischio clinico ed al risarcimento del danno<sup>3</sup>.

Ora, per un primo sguardo alla responsabilità medica, è d'obbligo una prima suddivisione in sottocategorie, che sono:

- 1 la responsabilità civile sanitaria;
- 2 la responsabilità penale sanitaria.

Vi sono poi alcuni temi di diritto amministrativo e di diritto contabile necessariamente legati alla responsabilità medica.

Ora, la responsabilità civile sanitaria<sup>4</sup> richiama, in prevalenza, le questioni legate al risarcimento del danno cagionato al paziente da parte dell'esercente la professione sanitaria o dell'azienda sanitaria ed i profili di diritto assicurativo; la responsabilità penale medica rimanda, sostanzialmente, ai reati che possono commettere i medici (ad es. lesioni – omicidio colposo) ed anche coloro che svolgono mansioni all'interno delle aziende sanitarie (ad es. peculato – abuso d'ufficio).

Quanto alle questioni contabili ed amministrative ci si può riferire, solo latamente, sul versante contabile, al danno erariale e, sul versante amministrativo, al rischio clinico, alla presa in carico ed alle procedure di gestione dei Pronto Soccorso all'interno degli ospedali.

Ciò posto, poiché in questo contributo si affronteranno, in prevalenza, temi legati alla responsabilità civile sanitaria, di seguito si propone una tabella riepilogativa delle questioni oggi più dibattute in tema di responsabilità civile sanitaria.

Elementi di responsabilità civile sanitaria
1. Responsabilità civile sanitaria del medico e dell'esercente una professione sanitaria
2. Responsabilità civile sanitaria dell'azienda sanitaria
3. Nesso di causalità
4. Linee guida
5. Direttive anticipate di trattamento sanitario
6. Consenso informato
7. Rischio clinico
8. Medicina difensiva
9. Linee guida
10. Eventi sentinella

## 2. Recenti sviluppi della responsabilità civile sanitaria

Le leggi che oggi possono essere considerate come riferimento in tema di responsabilità medica sono:

- A) legge n. 189/2012, di conversione del d.l. 158/2012, nota come legge Balduzzi;
- B) legge 8 marzo 2017, n. 24, nota come legge Gelli - Bianco;
- C) legge 22 dicembre 2017, n. 219 in materia di consenso informato, direttive anticipate di trattamento sanitario e testamento biologico;
- D) legge 11 gennaio 2018, n. 3, che ha dettato disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute;
- E) codici di deontologia medica.

Preliminarmente, si segnala che sono trascorsi ormai cinque anni dall'entrata in vigore della legge n. 219 del 22 dicembre 2017: anche in Italia la disposizione in questione ha riconosciuto ai soggetti capaci di intendere e di volere la possibilità di decidere qui ed ora per quando non lo saranno più.

Le norme contenute nella legge si occupano, sostanzialmente, di tre argomenti:

- Consenso informato (art. 1).

Sul punto, una breve indagine di ricerca svolta presso l'Ordine dei Medici e dei Chirurghi di Torino ha evidenziato che su 113 provvedimenti disciplinari dall'anno 2006 all'anno 2018 solo tre riguardano la lesione del consenso informato, a riprova del fatto che i medici piemontesi stanno operando bene sulla questione.

In particolare, le tre decisioni attengono alla mancata sottoposizione al paziente, da parte del

va: la paura di contestazioni per malpractice influenza le decisioni in medicina?, in *Decidere in medicina*, 2010, 4, pp. 22-25, e anche CATTO' - RICCI ed altri, *La medicina difensiva*, in *Rivista Italiana di medicina legale*, 2007, pp. 909-917.

(3) Cfr., ad es., I. Balduzzi, I. Gelli-Bianco e anche I. 219/2017.

(4) SCARCHILLO, *La responsabilità medica: risarcimento o indennizzo? Riflessioni, evoluzioni e prospettive di diritto comparato*, in *Responsabilità Civile e Previdenza*, 2017, pp. 1490-1520.

medico, del modulo di consenso alla prescrizione di preparati galenici per la cura dell'obesità<sup>5</sup>.

- Pianificazione condivisa delle cure (art. 5).
- Direttive anticipate di trattamento, altrimenti note come DAT (art. 4)<sup>6</sup>.

Quanto, poi, alla legge Balduzzi, si tratta di una disposizione approvata a seguito di un ampio dibattito parlamentare e dottrinale poiché, a muovere dai primi anni Duemila, la medicina difensiva era in crescita anche in Italia e, soprattutto, le aziende sanitarie non riuscivano più a sostenere i costi dei risarcimenti.

In altri termini, l'approccio della legge Balduzzi, definitivamente consolidatosi nella legge Gelli-Bianco, è stato quello di ridurre il termine prescrizione per l'azione di risarcimento del danno da parte del paziente da dieci a cinque anni, con l'intento di diminuire i contenziosi e così identificando la responsabilità civile sanitaria come responsabilità extracontrattuale del medico e non contrattuale, in applicazione di un meccanismo risarcitorio che già si era diffuso, seppur minoritariamente, nella giurisprudenza italiana degli anni '70.

La teoria del contatto sociale<sup>7</sup> è stata così sostituita da un nuovo orientamento, non solo legislativo, ma anche giurisprudenziale e dottrinale, portato al riconoscimento della responsabilità extracontrattuale del medico, con particolare riferimento all'art. 2043 c.c.

Anche in considerazione di tale cambio di rotta, si è dunque assistito ad un mutamento di approc-

cio alla responsabilità civile sanitaria, oggi prevalentemente orientato al dialogo tra la medicina ed il diritto<sup>8</sup>.

Infine, mentre in materia di linee guida il legislatore, le comunità scientifiche ed i tribunali stanno prendendo coscienza della loro rilevanza anche in sede processuale<sup>9</sup>, sebbene il sito gestito dall'Istituto Superiore di Sanità non contenga ancora un'elencazione significativa delle suddette linee guida, un tema ancora poco esplorato in ambito giuridico è quello relativo agli eventi sentinella<sup>10</sup>.

Come è stato definito dall'Agenzia Nazionale dei Servizi Sanitari<sup>11</sup> "è un evento sentinella ogni evento avverso che può provocare morte o grave danno al paziente".

A muovere dal 2015, l'Agenas ed il Ministero della Salute hanno provveduto ad un'elencazione esaustiva degli eventi sentinella: se ne possono contare circa una ventina e, tra questi, vi sono ad esempio:

1. la dimenticanza, da parte del medico chirurgo, di materiale nel corpo del paziente;
2. la trasfusione eseguita con sacca di sangue non compatibile;
3. la caduta dal letto del paziente;
4. la morte ovvero il grave danno al paziente conseguente ad una non corretta attribuzione del codice nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso.

Ora, nei processi per risarcimento del danno da responsabilità civile sanitaria, l'evento sentinella non sembra ancora aver trovato adeguata considerazione da parte dei giudici, nel senso che nelle cause per colpa medica, l'evento sentinella po-

(5) Sono farmaci galenici i medicinali che contengono dei principi attivi farmaceutici, mentre si parla di preparazioni galeniche per i preparati che non contengono principi attivi farmaceutici e dunque rientrano nella categoria degli integratori, ma sono pur sempre realizzati dal farmacista. Nella preparazione dei farmaci galenici il farmacista deve attenersi a un protocollo ben preciso dettato dalle norme di buona preparazione della Farmacopea dell'UE e dal decreto ministeriale in merito alle procedure di allestimento dei preparati magistrali e officinali.

(6) In dottrina, ZATTI, *Spunti per una lettura della legge sul consenso informato e DAT*, in *NGCC*, n. 2/2018, CARUSI, *La legge sul biotestamento: una luce e molte ombre*, in *Corriere Giuridico*, n. 3/2018, FELLIS, *Gli atti di disposizione del proprio corpo e DAT*, in *Vita notariale*, n. 1/2018.

(7) SCOGNAMIGLIO, *Il nuovo volto della responsabilità del medico: verso il definitivo tramonto della responsabilità da contatto sociale?*, in *Responsabilità medica*, 2017, f. 1 pp. 35-42.

(8) PIOGGIA, *Salute, diritti e responsabilità medica*, in *Diritto Amministrativo*, n. 3/2018, pp. 517-549.

(9) COLACURCI, *La legge Gelli-Bianco: tra interpretazione correttiva della colpa medica e valorizzazione delle linee guida nella lettura della Suprema Corte* ([Nota a sentenza], Corte di Cassazione, sez. IV penale, sentenza n. 28187 del 20 aprile 2017-7 giugno 2017), in *Rivista Italiana di Medicina legale*, n. 3/2017, pp. 1155-1168.

(10) FLORES - MASTURZIO, *Strumenti e metodi di gestione del rischio clinico*, in *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 2008, p. 1040.

(11) Agenas è un ente pubblico non economico nazionale, che svolge una funzione di supporto tecnico e operativo alle politiche di governo dei servizi sanitari di Stato e Regioni, attraverso attività di ricerca, monitoraggio, valutazione, formazione e innovazione.



trebbe essere d'ausilio in veste di indicatore di un accertamento giudiziale di responsabilità risarcitoria.

In altri termini, laddove non si riesca, in sede giurisdizionale, a risarcire sulla base dell'inosservanza della linea guida, la presenza di un evento sentinella, adeguatamente dimostrata in sede processuale alla luce dei più generali principi di diritto civile in punto di nesso di causalità, potrebbe portare ad un risarcimento del danno da responsabilità civile sanitaria.

Infine, occorre considerare la legge n. 3/2018, di riforma degli ordini delle professioni sanitarie e della dirigenza presso il Ministero della Salute.

Sul punto, significativo è parso il riordino delle professioni sanitarie in particolare per i chimici, i fisici, i biologi e gli psicologi, con l'istituzione delle nuove professioni sanitarie di osteopata e chiropratico.

Inoltre, il suddetto provvedimento ha aggiunto un comma all'art. 61 del codice penale: in particolare si tratta dell'aggravante di cui al comma 11-*sexies*, ovvero sia l'aver, nei delitti non colposi, commesso il fatto in danno di persone ricoverate presso strutture sanitarie o presso strutture sociosanitarie residenziali o semiresidenziali, pubbliche o private, ovvero presso strutture socio-educative, mentre l'art. 15 detta una disciplina specifica per la specialistica e la formazione dei medici extracomunitari.

### 3. Scenari e prospettive della responsabilità civile sanitaria nell'era della Salute Digitale

Con la diffusione dei social media e di tecnologie dirompenti come i sensori di monitoraggio della salute, l'intelligenza artificiale o la robotica, è iniziata nell'ultima decade una nuova era nel settore sanitario.

Il tema della Salute Digitale, divenuto centrale, pone questioni rilevanti anche in ambito legale, sia per gli operatori sia per i cittadini.

La salute digitale è stata definita come "la trasformazione culturale condotta da tecnologie dirompenti che forniscono dati digitali e oggettivi accessibili sia agli operatori sanitari sia ai pazienti", nell'ottica di una relazione medico/paziente di pari livello e di una democratizzazio-

ne delle cure attraverso un processo decisionale condiviso<sup>12</sup>.

La medicina del XXI secolo sta affrontando in tutti gli ambiti, dalle branche specialistiche (Medicina fisica e riabilitativa, Medicina dello sport e dell'esercizio fisico, Medicina interna, Cardiologia, Neurologia, ecc.) all'assistenza primaria (Medicina generale), diverse sfide, su tutte la crescente domanda di gestione ed assistenza sanitaria. La salute digitale può rappresentare parte della risposta a questa domanda trasversale di salute.

I pazienti hanno ormai la possibilità di ricevere rapidamente grandi quantità di informazioni e le tecnologie hanno cambiato lo *status quo* della relazione medico-paziente. Le tecnologie digitali offrono un percorso verso la salute, migliorano la soddisfazione dei pazienti e possono ridurre i costi globali dei sistemi sanitari<sup>13</sup>.

Sulla base di queste novità e del cambiamento dello *status quo*, l'implementazione di strategie di salute digitale porta ad alcune considerazioni etiche e pone sfide senza precedenti ai decisori politici ed ai legislatori.

Infatti, questo nuovo ecosistema potrà prospettare solo se le politiche e le regolamentazioni pertinenti saranno complete, efficienti e risponderanno all'imminente innovazione.

Presto, i *chatbot*<sup>14</sup> potrebbero rispondere a domande mediche di base poste dai pazienti via internet; i biomateriali stampati in 3D potrebbero essere utilizzati per sostituire i trapianti di organi in determinate condizioni; i droni potrebbero fornire riserve di sangue con urgenza anche in zone remote; l'intelligenza artificiale potrebbe supportare su larga scala il lavoro dei medici svolgendo molte azioni ripetitive ed incrementando la precisione su decisioni diagnostiche ed analisi dei dati.

La disponibilità di tecnologie in ambito sanitario cresce a ritmi elevati e con essa i rischi correlati. Le tecnologie mediche tra cui robot chirurgici, *pace-*

(12) MESKO e altri, *Digital health is a cultural transformation of traditional healthcare*, in *Mhealth*, 2017; 3:38.

(13) WHO *Guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening*, World Health Organization, Geneva; 2019.

(14) I *chatbot* sono gli assistenti testuali virtuali.

*maker* e microinfusori per insulina hanno recentemente dimostrato di essere suscettibili ad attacchi di pirateria informatica<sup>15</sup>. I sensori indossabili utilizzati dai pazienti a casa potrebbero non essere precisi e non avere un razionale di funzionamento basato su ricerche scientifiche.

Peraltro, il processo decisionale aperto e condiviso tra medico e paziente apre questioni importanti, anche sui versanti della sociologia, dell'etica e del diritto: chi è in ultima analisi il responsabile delle decisioni individuali in ambito di salute?

Le informazioni errate ottenute da dispositivi sanitari digitali e risorse online inaffidabili potrebbero portare a decisioni che non coinvolgono professionisti medici e mettono in pericolo la vita dei pazienti, così aprendo, sul versante del diritto, scenari insicuri in punto di determinazione del nesso di causalità: in sostanza, nonostante tali dispositivi siano in attività da ormai una ventina di anni, vi è ancora molta strada da fare in punto di responsabilità del terzo per danni al paziente imputabili a congegni meccanici ed artificiali prima ancora che ad errori del personale medico o dell'azienda sanitaria.

Ad esempio, sul tema della *privacy*, la presenza di dispositivi e sistemi informatici che raccolgono e trasmettono i dati sia alle parti interessate sia ai pazienti (fascicoli sanitari elettronici, piattaforme online) potrebbe condurre all'esposizione di informazioni sensibili sulla salute dei pazienti a terze parti non autorizzate. Le aziende che forniscono test genetici diretti al consumatore, misurazioni elettrocardiografiche e altre analisi potrebbero vendere i propri dati ceduti a terzi senza il consenso degli utenti.

Sono state approvate leggi, ad esempio il *Genetic Non Discrimination Act* negli Stati Uniti nel 2008<sup>16</sup>, che dovrebbero difendere i pazienti dai loro datori di lavoro e/o assicuratori i quali possono raccogliere dati dai risultati dei test genetici diretti al consumatore.

Un altro tema cruciale per il prossimo futuro in ambito medico è il processo di implementazione su larga scala delle tecnologie di intelligenza artificiale (IA). L'IA è generalmente definita come "la capacità di un programma per computer di erogare attività o processi di ragionamento che di solito in un essere umano associamo all'intelligenza"<sup>17</sup>.

Le piattaforme di IA sono guidate da sofisticati algoritmi che sono programmati per autoapprendere. Questa tecnologia ha portato alla produzione di computer "super intelligenti", il cui miglior esempio attuale è *Watson* di IBM<sup>18</sup>. Questo sistema, attualmente già adottato da molti ospedali negli Stati Uniti e nel resto del mondo, viene sempre più applicato per svolgere una serie di compiti che in precedenza erano stati di esclusiva competenza dei medici.

L'IA può supportare i medici in ambito diagnostico in quella che può essere definita come una consulenza medica, potenziando la loro capacità di effettuare diagnosi accurate; essa viene anche usata in psicologia, dove gli assistenti virtuali sono programmati per parlare ai pazienti e fornire consigli.

Si è quindi in grado di prevedere con fiducia che il ruolo di tali tecnologie in medicina aumenterà esponenzialmente in futuro.

Dal momento che – come già si è detto – la medicina non è una scienza esatta, è possibile che *Watson*, per esempio, possa commettere errori con conseguenti lesioni ai pazienti. Il problema che si pone a questo proposito è che la legislazione in materia è stata sviluppata per regolare le azioni delle persone fisiche: *Watson* e simili piattaforme di IA non lo sono.

Ciò significa che non si può fare affidamento sulla legge esistente in materia di responsabilità medica: il concetto di negligenza da parte di un medico implica un elemento di consapevolezza che è una qualità che intrinsecamente manca all'IA<sup>19</sup>.

Il medico in cerca di consulenza deve accertarsi che la fonte della consulenza (ad es. *Watson*) abbia un alto tasso di successo nella diagnosi, deve formulare in modo appropriato le domande al sistema

(15) U.S. Food and Drug Administration, 2019, ([www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-warns-patients-and-health-care-providers-about-potential-cybersecurity-concerns-certain](http://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-warns-patients-and-health-care-providers-about-potential-cybersecurity-concerns-certain)).

(16) Public Law 110 - 233 - *Genetic Information Nondiscrimination Act of 2008* ([www.govinfo.gov/app/details/PLAW-110publ233/summary](http://www.govinfo.gov/app/details/PLAW-110publ233/summary)).

(17) Rossi, *European Parliament Report 'Artificial Intelligence: Potential Benefits and Ethical Considerations*, 2016, PE 571.380.

(18) [www.ibm.com/watson/health/](http://www.ibm.com/watson/health/).

(19) MOORE TA, *Medical Malpractice: Discovery and Trial*, 2004.

informatico in modo che esso contribuisca a comprendere al meglio il quadro clinico del suo paziente e infine deve implementare la consulenza ottenuta in modo appropriato.

Laddove un medico utilizzi un sistema di IA a scopo di consulenza, questi avrebbe inoltre il dovere di informare il suo paziente delle alternative alla diagnosi o al trattamento da esso proposti, nonché dei rischi e benefici ragionevolmente prevedibili. Il paziente, da parte sua, dovrebbe richiedere queste informazioni per giungere ad un consenso informato<sup>20</sup>.

L'IA diventerà lo stetoscopio del XXI secolo se si costruirà un alto livello di cooperazione tra la tecnologia, la comunità medica e la giurisprudenza.

Nel frattempo, deve essere affrontata la crescente preoccupazione pubblica per i numerosi rischi a cui sono sottoposti gli individui a seguito di decisioni prese mediante l'uso dei computer.

I sistemi legali di tutto il mondo si confronteranno presto su decisioni fondamentali relative all'impiego dell'IA.

*Watson* ed altri simili sistemi di IA sono già così ben radicati e valorizzati dai medici che non sembra più plausibile la prospettiva di imporre un divieto assoluto a tali sistemi. L'unica opzione ora disponibile per i legislatori di tutto il mondo è quella di sviluppare una forma ragionevole di regolamentazione di tali sistemi per proteggere i diritti di milioni di pazienti che saranno esposti alla diagnosi ed alle terapie suggerite dall'IA.

Pertanto, affinché l'IA possa prosperare nella fornitura di servizi nel campo della medicina, la chiarezza e la certezza del diritto sono essenziali prima che gli ospedali adottino su larga scala questa tecnologia emergente e si consolidi questo nuovo importante patrimonio all'interno della professione medica.

Sarà dunque necessario mediare tra una legislazione che garantisca da un lato un'adeguata protezione ai cittadini per i rischi presentati quando il giudizio informatico sostituisce quello degli umani non soffocando, d'altra parte, l'innovazione.

(20) LUPTON, *Some ethical and legal consequences of the application of artificial intelligence in the field of medicine*, *Trends Med*, 2018.

# L'evoluzione della relazione tecnologia/medico ai tempi del digitale\*

## I due doni di Prometeo all'Uomo

Salvatore Palazzo\*, Monica Loizzo\* e Maria Domenica Iuvaro\*

*L'evoluzione del nostro rapporto con la tecnologia medica, in particolare digitale, può essere interpretata utilizzando il mito di Prometeo, il preveggennte, che etimologicamente prefigura l'avvento delle nuove tecnologie legate all'intelligenza artificiale (AI), compreso il Metaverso, e che implica cambiamenti per un riadattamento dei paradigmi culturali e del modus operandi nella produzione e gestione dei manufatti, da parte degli operatori sanitari. Finché il livello scientifico è rimasto primitivo, non è stato in grado di modificare l'ordine della natura, mentre il livello raggiunto oggi dal progresso scientifico comporta invece una mancata conoscenza del principio di "non oltrepassare il limite", che, proprio grazie alla mitologia, va appreso per pervenire alla consapevolezza dell'effimeratezza della vita.*

### 1. Obiettivo

Scopo di questo articolo è tentare di interpretare l'evoluzione della relazione tra Tecnologia e Uomo, specificamente nel settore della Medicina Digitale, utilizzando i contenuti della mitologia greca in particolar modo il mito di Prometeo. Il titano, simbolo della intermediazione tra Umani e Tecnologia, custodisce già nella sua etimologia [Προμηθεύς: «colui che conosce prima», «preveggennte»] la radice dello sviluppo della *predictive analytics*, la più futuristica delle attuali innovazioni.

L'avvento delle nuove tecnologie, in ispecie quelle legate all'intelligenza artificiale (AI), comporta oggi cambiamenti che necessitano di un riaggiustamento dei paradigmi culturali e dei *modus operandi* nella produzione e gestione degli artefatti, da parte del personale professionale sanitario e della comunità intera, in quanto la tecnologia non è mera macchina e basta, ma totalità unitaria tra utensili, settori disciplinari e individui, e con la loro capacità di recepire ed adattarsi all'innovazione.

Le rivoluzioni tecniche (ruota, motore a vapore, scrittura) si sostanziano quindi come rivoluzioni innanzitutto culturali, e non fa eccezione l'attuale sviluppo delle tecnologie digitali, come dimostra la costituzione di un dibattito particolarmente acceso tra due opposte fazioni, i tecno-apocalittici allarmati per un fosco futuro distopico a partire dalla perdita di posti-lavoro, tra cui militano personaggi di rilievo quali Stephen Hawking: "I robot domineranno

il mondo", ed Elon Musk: "AI è un rischio fondamentale per l'esistenza della civilizzazione umana", e i tecno-utopisti, acriticamente affascinati dallo sviluppo digitale, tra cui Gilberto Corbellini: "AI accelera il processo diagnostico, riduce gli errori, controlla con maggiore accuratezza una quantità di dati che impegnerebbero per mesi un'équipe di medici: vuol dire più vite salvate"<sup>1</sup>.

Una posizione intermedia quella di Bartelan Meskó, direttore del "The Medical Futurist Institute", per il quale "AI non è pensata primariamente per sostituire il medico, ma sarà il medico che usa AI a sostituire chi non lo fa". E circa il paventato pericolo di deresponsabilizzazione del medico nei confronti della macchina, in molti si puntualizza come il ruolo centrale del medico nelle scelte si manterrà, dal momento che nessuna macchina rispondente, ma non responsabile, lo potrà sostituire; anzi, con la velocizzazione e l'automatizzazione delle attività amministrative, AI, restituendo tempo, rafforzerà il rapporto medico-paziente.

### 2. Background

La moderna conoscenza scientifica ha prodotto alcune rivoluzioni concettuali nell'immagine con

(\*) Presentato al Convegno Nazionale Innovazione in Oncologia, Lecce, 24-25 maggio 2022.

(1) <https://ilbolive.unipd.it/it/news/medici-futuro-scuola-algoritmi-anziche-anatomia>.

\*Azienda Ospedaliera di Cosenza.

cui gli esseri umani disegnano il senso della propria identità e della propria collocazione nel cosmo; e che Freud chiama “ferite narcisistiche”, per essere alla base della lacerazione di quell’antropocentrismo che ha dominato per secoli la scena della Storia<sup>2</sup>.

## 2.1. Le 4 rivoluzioni concettuali dell’uomo

Una prima Rivoluzione Cosmologica è databile nella prima metà del XVI secolo ed attribuibile a Niccolò Copernico, con la quale, contraddicendo il modello geocentrico fino allora adottato, si perviene ad un modello eliocentrico, e con cui nella Terra non più al centro dell’universo per come gli uomini finora hanno creduto, essi sono abitanti di un piccolo pianeta periferico all’interno di un’altrettanto periferica galassia, a sua volta parte di infinite galassie<sup>3</sup>.

Una seconda umiliazione dell’Uomo proviene dalla Rivoluzione Biologica che si compie nel XIX secolo, durante il quale le fenomenali ricerche di Charles Darwin sull’evoluzione della specie documentano l’instirpabilità della sua natura animale. Cambia così il modo in cui l’Uomo vede se stesso e in cui si colloca nel mondo: non più attore privilegiato di un Creatore ma esito casuale di una evoluzione dalle molteplici biforcazioni. Egli ora è costretto ad accettare una stretta relazione con quel mondo animale, ritenuto fino a quel momento ‘inferiore’.

Con la scoperta della psicoanalisi di Sigmund Freud, infine, si realizza quella terza ferita narcisistica rappresentata dalla Rivoluzione Psicologica, prodotta quindi dallo stesso Freud, e che dimostra, per la presenza di un Super-lo e di un Inconscio, come l’Uomo, “nonostante tutte le apparenze e le credenze, non sia mai stato il sovrano della sua anima” (Marthe Robert)<sup>4</sup>.

All’Uomo si sottrae cioè la consapevolezza circa il controllo sull’insieme della sua vita psichica: egli, in altre parole, non è padrone delle sue azioni neanche a casa sua<sup>5</sup>.

A metà del XX secolo si aggiunge infine una quarta Rivoluzione Digitale, attribuibile per Luciano Floridi<sup>6</sup> ad Alan Turing, con cui si venne a modificare in maniera sostanziale il concepirci come unici depositari della capacità di riflessione: in altre parole noi non ‘siamo i soli a pensare’, ma dobbiamo iniziare a confrontarci con le attuali macchine pensanti dell’Intelligenza Artificiale.

Parimenti a queste rivoluzioni concettuali, si realizzava la rivoluzione industriale, che fu un processo di evoluzione economica e di industrializzazione di società caratterizzate non più da forza lavoro umana e/o animale, ma da tecnologie azionate da energia inanimata (acqua e combustibili fossili come il carbone e il petrolio).

## 2.2. Le 4 rivoluzioni tecnologiche dell’industria

La prima Rivoluzione detta di Meccanizzazione vide l’introduzione di macchine ad acqua e poi, nella seconda metà del ‘700, a vapore; la seconda rivoluzione industriale viene fatta convenzionalmente partire dal 1870 con l’introduzione della produzione di massa (catena di montaggio e standardizzazione) tramite elettricità e combustibili fossili, mentre la terza rivoluzione industriale, che viene fatta partire dal 1970, si riferisce agli effetti dello svolgimento massiccio dell’elettronica, delle telecomunicazioni e dell’informatica<sup>7</sup>. La quarta rivoluzione industriale vede l’impiego di Artificial Intelligence, Internet delle Cose, full automation (fusione di tecnologie) (The future is now)<sup>8</sup>.

## 3. Il dono della tecnologia

“... il black-box come moderno vaso di Pandora ...”

PROMÈTEO: Ed il fuoco a lor donai.

CORO: Il fuoco, occhio di fiamma, ora posseggono?

PROMÈTEO: E molte altre tecniche dal fuoco apprenderanno.

*Il Promèteo Incatenato (460 a.c.), Eschilo*

Il titano, da sempre considerato amico del genere umano, di cui conosce le fragilità, è intenzionato

(2) S. FREUD, *Una difficoltà in psicoanalisi (1917)*, in *Opere complete - Psicoanalisi*, vol. XV, Parigi: PUF, 1996, pp. 43-51.

(3) Wikipedia, *Rivoluzione Cosmologica*.

(4) R. MARTHE, *Prefazione*, in R. MARTHE, *La rivoluzione psicoanalitica. La vita e l’opera di Freud*, I, Payot, 1964, pp. 26-27.

(5) [https://it.frwiki.wiki/wiki/Blessure\\_narcissique](https://it.frwiki.wiki/wiki/Blessure_narcissique).

(6) L. FLORIDI, *Pensare l’infosfera. La filosofia come design concettuale*, Raffaello Cortina Editore, 2020.

(7) [https://it.wikipedia.org/wiki/Rivoluzione\\_industriale](https://it.wikipedia.org/wiki/Rivoluzione_industriale).

(8) [https://it.wikipedia.org/wiki/Industria\\_4.0](https://it.wikipedia.org/wiki/Industria_4.0).

a farlo uscire dal suo stato di minorità, e per fare ciò gli dona le τέχναι, cioè i diversi strumenti (artefatti) o le numerose abilità manuali e intellettuali che gli consentono di espandere la propria conoscenza, mediante l'esplorazione progressiva del mondo, e le quali instaurano nel tempo modalità di rapporto via via diverse e subentranti con l'Uomo.

Nello sviluppo della ricerca e nella pratica della medicina possiamo riscontrare alcune rivoluzioni come corrispettivo di quelle industriali.

### 3.1. Le 4 rivoluzioni tecnologiche della medicina

La prima rivoluzione la si ebbe con la nascita della semeiotica e con l'impiego di rimedi naturali, che rappresentarono una iniziale *opinion-based medicine*, e dalle cui ceneri nacque poi la medicina *evidence-based* allorquando furono disponibili presidi diagnostici più affidabili e invasivi (esempio radiazioni ionizzanti) e terapeutici più efficaci (antibiotici) e con i quali sorse l'obbligo di rendere più scientifico il processo decisionale e operativo clinico. Il passaggio alla terza rivoluzione della medicina lo si è avuto con la medicina di precisione e con la miniaturizzazione, nonché la chirurgia computer-assistita e più in generale la robotica, mentre nella quarta rivoluzione si assiste all'approdo anche in medicina della AI (*machine learning, deep learning*), di Internet delle Cose Mediche (MIoT). Si assiste così alla fusione di tecnologie fisiche, digitali e biologiche in grado di impattare in tutte le discipline mediche e di sfidare l'idea comune di cosa significhi essere umani (esempio, la radiomica e la radiogenomica)<sup>9,10</sup>, nonché di produrre un nuovo imaging capace di ridurre o abolire, con la costituzione di un *dry-laboratory*, l'invasività classicamente legata alla (ri)esecuzione di biopsie solide o liquide (*wet-laboratory*).

Come sono stati visti nel tempo i rapporti della Tecnologia con gli Umani? Come si sono realizzati?

### 3.2. Le 4 tipologie della relazione tecnologia/uomo

#### Relazione classica o umanista

In questa canonica tipologia di relazione la tecnologia, come insieme di artefatti, assume la forma di protesi manuali o corporali derivanti da un processo trasformativo intenzionale, esterno all'Uomo ma che lo emancipa dai suoi vincoli corporali, assumendo il significato di vere e proprie estensioni corporali, che servono a compensare le difettosità dell'essere umano, e a permettergli di adattarsi meglio al mondo che lo circonda.

Un classico esempio può essere rappresentato dallo stetoscopio o dall'ecografo, che scandagliano in profondità l'organismo del paziente migliorando le *performance* connesse alla semiotica classica legata ai 5 sensi del medico di per sé molto limitati.

L'ampliamento della produzione di informazioni legate a tali tecnologie porta alla produzione di una grande quantità di informazioni (i cosiddetti *big data*) che spesso risultano gravati dalla estrazione di conoscenze nuove e inattese<sup>11</sup>. In tal senso il corpo umano e le patologie che lo attraversano rappresentano una straordinaria fonte di dati: il genoma può essere memorizzato in 3 GB, una singola mammografia richiede 120 MB, una risonanza magnetica 3D 150 MB, una TAC 3D 1 GB. Peraltro oggi l'archiviazione dei dati è essenziale per gli operatori sanitari per vedere la storia completa dell'assistenza di un paziente, e consentire così decisioni più informate al fine di migliorare il trattamento e ottenere risultati più soddisfacenti. Esiste un problema, però: l'incremento esponenziale dei *big data* oggi a disposizione sovrasta la capacità cognitiva umana che di norma non supera la soglia di 5 elementi interagenti per decisione<sup>12,13</sup>.

(11) <http://sites.ieee.org/futuredirections/2018/05/18/the-future-of-health-care-is-tied-to-big-data/>.

(12) A.P. ABERNETHY, L.M. ETHEREDGE, P.A. GANZ, P. WALLACE, R.R. GERMAN, C. NETI, P.B. BACH, S.B. MURPHY, *Rapid-learning system for cancer care*, in *J Clin Oncol*, 2010 Sep 20;28(27):4268-74.

(13) HALFORD, *Psychological Science*, February 2005, DOI: 10.1111/j.0956-7976.2005.00782.x.

(9) P. CAPPELLETTI, M. GOLATO, *Medicina di Laboratorio 4.0*, in *Riv Ital Med Lab* (2018) 14:131-135.

(10) B. WOLF, "Medicine 4.0", in *Curr Dir in Biomedical Engineering*, 2017; 3(2): 183-186.

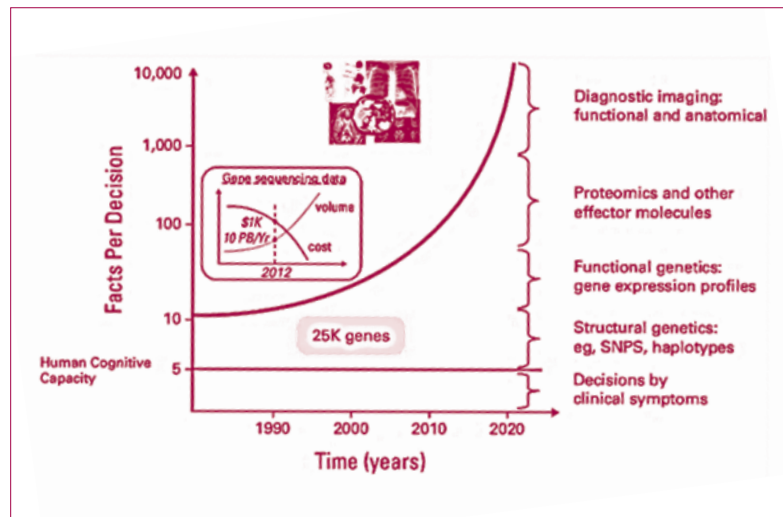


Figura 1

Il vero valore dei Data, anche quelli storici caricati in tutti questi anni, è ancora tutto da scoprire, ma ora abbiamo gli strumenti per sfruttare questo tesoro. Strumenti in grado di correlare dati eterogenei e sfogliare pile di cartelle cliniche o migliaia di articoli scientifici: l'eccedenza informazionale entra nella quotidianità clinica e della ricerca scientifica, ma per dar valore ai data è necessario innanzitutto un cambiamento culturale con cui condividere informazioni e parteciparle tra professionisti. Ad esempio all'Unical di Cosenza già dall'anno scorso è stato attivato un corso di laurea in Medicina e Tecnologie Digitale.

Ma poi è necessario ricorrere a qualche tecnica per la gestione del 'sovraccarico informativo', quale? L'AI, che svolge un'attività quale protesi mentale esterna, che, collegata al computer per cui è detta *cognitive computing*, si rivela fondamentale come Sistema di Supporto alle Decisioni Cliniche (CDSS)<sup>14</sup>. "AI [cognitive computing] represents an exciting potential solution to analysing and extracting meaningful information from Big Data", Fatima Cardoso<sup>15</sup>.

(14) SEÁN WALSH et al., *Decision Support Systems in Oncology*, *JCO Clinical Cancer Informatics* 2019;3, 1-9 *JCO Clinical Cancer Informatics*, February 7, 2019.

(15) F. CARDOSO, *Artificial intelligence (AI) in breast cancer care – Leveraging multidisciplinary skills to improve care*, December 2020, *Breast*, 56(101880).

## Relazione tecnocratica o disumana

In questa visione gli artefatti tecnici si sono aggregati e hanno costituito macrosistemi chiusi, nei quali la tecnica non è più strumento nelle mani dell'uomo ma è l'uomo a trovarsi nella condizione di mero ingranaggio, funzionario di un apparato tecnico: è l'uomo ad abitare il mondo della tecnica, che giunge quindi a incorporarlo.

*"Egemonia sulla cultura, sulla società e sulla natura, la Tecnica riduce ogni realtà a funzioni e scopi privi di un contenuto umano, arrivando a inglobare nel proprio apparato l'uomo come mero ingranaggio funzionale ad esso"*.

Umberto Galimberti.

*"Ormai dipendiamo in tutto dai prodotti della tecnica, siamo costretti senza tregua a perfezionarli sempre di più. Essi ci hanno forgiati a nostra insaputa e ne siamo ormai schiavi"*.

M. Heidegger, *L'abbandono*

## Relazione incarnata o postumana

In questa visione la Tecnologia accorcia viepiù la distanza dal corpo dell'Uomo, anzi cerca di assomigliarsi ad esso in vari modi.

**a)** La Tecnologia che si posiziona nell'organismo: nel caso di chip sottocutanei, ad esempio, essa supera la semplice interazione con l'uomo e finisce per incorporarsi, estendendo così l'area della sensibilità del corpo nei confronti del mondo, con

un'operazione non di semplice mediazione ma di vera e propria costituzione<sup>16</sup>.

**b)** La Tecnologia che modifica l'organismo, come nel caso dei farmaci immunoterapici oncologici che sbloccano i T-linfociti silenziati dal tumore, riattivandoli.

**c)** La Tecnologia che utilizza componenti dell'organismo quali i ribosomi per realizzare la proteina Spike nei vaccini a mRNA impiegati nel Covid e, sperimentalmente, in Oncologia<sup>17</sup>.

**d)** La Tecnologia che modella l'organismo come nel caso del Genome Editing: il sistema CRISPR/Cas, utilizzato nella produzione delle CART + che sono cellule linfocitarie modificate, rese competenti nella funzione immunitaria e da reinoculare nel loro donatore.

## Relazione dematerializzata o immersiva o transumana

Nel viaggio di avvicinamento all'uomo questa è la più recente visione della tecnologia, cui tocca ora cimentarsi nel tentativo di assimilare l'uomo, tentando l'operazione di trasformazione dell'organismo umano da *carbonio-basato* a *silicio-basato*. E nel Metaverso che è "un'esperienza parallela e immersiva in 3D, in cui, utilizzando occhiali di Realtà Aumentata e/o Realtà Visuale, si implementano le funzioni di base di Internet of Things medico (MIoT): 1-percezione globale, 2-trasmissione affidabile, 3-elaborazione intelligente (Chunxue Bai)<sup>18</sup>, gli atomi del nostro corpo si trasformano così in bit di un avatar (Neil Gershenfeld) laddove la rappresentazione computer-grafica transita dai quadrati dei pixel ai cubi dei voxel, che altro non sono che pixel 3D, e si assiste a un collegamento tra diversi silos esperienziali, in cui si realizza l'interazione (per il momento solo visiva, acustica e tattile) tra medico e paziente (e altri *stakeholder*): nell'educazione medica, nella divulgazione scientifica, nella consulenza, nella diagnosi e cure, nella ricerca clinica e nell'assistenza sanitaria.

È solo questione di tempo prima che il Metaverso venga applicato in tutti questi scenari: se ci muoviamo con i tempi e lavoriamo contro il tempo, sare-

mo in grado di accelerare i progressi verso il raggiungimento dei nostri obiettivi.



**Figura 2** – La macchina BRM all-in-one (tecnologia di emulazione olografica) dimostra il danno alveolare causato dal fumo e la sua relazione con l'insorgenza del cancro ai polmoni

## 4. Il dono dell'oblio dell'ora della morte

"... fu un dono o un'ingannevole illusione ...?"

PROMÈTEO: Dal fissare il destin distolsi gli uomini.  
CORO: Quale farmaco a tal morbo trovasti?  
PROMÈTEO: Nei lor petti albergai speranze cieche.  
CORO: Gran beneficio fu questo per gli uomini.  
*Il Promèteo Incatenato (460 a.c.), Eschilo*

Ma perché Prometeo fece all'uomo quest'altro dono dell'"oblio dell'ora della morte", ovvero della capacità di dimenticare che l'esistenza umana ha una durata e un termine?

Una spiegazione riusciamo a darcela ove consideriamo che, se gli individui fossero costantemente consapevoli del momento della propria fine e di quella di tutta l'umanità, sarebbero, di fronte all'ineluttabilità della morte, disperati e impietriti, incapaci di appassionarsi ad alcunché, in preda ad un *countdown* doloroso quanto inibente ogni azione o programmazione. Mentre concedere all'uomo di volgere lo sguardo altrove, vivendo il presente con gli occhi protesi al futuro, permette la rimozione, almeno temporaneamente, della finitudine della propria vita, e questo dono, che precedette quello della Tecnica, le permette di esprimere la sua potenzialità, sempre nella necessità della consapevolezza della morte, che non deve spegnersi, onde evitare di alimentare un'atroce illusione.

Donare invece la 'speranza-che-non-vede', concedere un surrogato temporaneo di immortalità porta l'uomo a darsi una prospettiva, a dirsi 'bugie', e facilita il porsi degli obiettivi la cui conquista gli per-

(16) P. BENANTI, *La condizione tecno-umana*, EDB, 2016.

(17) <https://www.virtuasalute.com/salute-e-dintorni/come-funziona-un-vaccino-mrna-tipo-quello-contro-il-covid-19.html>.

(18) *Expert consensus on the metaverse in medicine, Clinical eHealth 5* (4 February 2022) 1-9.



mette di andare avanti. Però il rischio è chiaro e presente: cadere nell'ὕβρις (dismisura) nella protervia, nell'arroganza di una irreale, fallace immortalità transumanistica. La combinazione tra interconnessione virtualità-realtà e integrazione uomo-computer è la caratteristica più importante e preziosa del Metaverso in Medicina nella pratica clinica, ma questa Tecnologia ultramoderna può esasperare il potere della rimozione, favorendo nelle società moderne l'idea dell'eternità e della lotta contro la stessa natura che invece prevede in sé un inizio e una fine.

La resurrezione tecnologica come risposta alla mortalità umana è una costante familiare nella narrativa; ciò che cambia nel caso del Metaverso è il livello di coinvolgimento empatico sicuramente più elevato rispetto alla lettura. L'alto livello di realismo spiega inoltre la popolarità del videoclip riportato sotto, il quale procura molto disagio in chi l'osserva, nonostante nello stesso si vedano, in continuazione, squadre di operatori, e ciò comporta un sentimento più di manipolazione che di fascinazione.



**Figura 3** – *Nel Metaverso, quale surrogato dell'immortalità, una madre si riunisce (?) con la figlia morta di leucemia*<sup>19</sup>

## 5. Conclusione

Fino a quando il livello scientifico dell'Uomo è rimasto primitivo, tanto che Eschilo sosteneva che "la tecnica è di gran lunga più debole della necessità" (necessità = natura), esso risultava incapace di

modificare l'ordine della natura, per cui se pur ogni innovazione (es. il treno a vapore) veniva accolta con un certo sospetto, questo poi spariva.

Il livello raggiunto oggi dal progresso scientifico comporta invece un superamento del limite, per cui sebbene la resurrezione tecnologica e le sue pretese di realismo potranno all'inizio essere ricondotte ad una semplice forma di tecnica di elaborazione del lutto, c'è da attendere prima o poi la necessità di verificarne l'efficacia e la reale sicurezza secondo i criteri della Evidence-Based Medicine.

Il Metaverso è infatti una tecnologia creativa che va molto al di là della scrittura o della pittura, e che non può certamente essere intesa come una panacea tecnofila, ma per il suo inquietante risvolto, con cui nega la morte, esso comporta una serie di complicazioni interpretative e di considerazioni etiche. Irrinunciabile che i destinatari siano formati ad una sorta di educazione emozionale, che permetta loro di conoscere, riconoscere e gestire certi sentimenti ed esperienze in maniera adeguata<sup>20</sup>, nonché alla consapevolezza di quell'"invalidabilità del limite", che deve accompagnare ogni umana azione.

In tal senso può essere d'aiuto nella formazione dei professionisti d'aiuto la conoscenza di certe mitologie, perché "la Mitologia, cioè la fantascienza degli antichi Greci, può servire come antidoto all'hubris (ὕβρις =dismisura, arroganza) medica dell'odierno delirio di deificazione di una Tecnologia senza regole" (Michele Palazzo)<sup>21</sup>.

Con la Mitologia si impara a pervenire alla consapevolezza dell'effimera della vita, ci si abitua a conoscere il valore di scongiurare la protervia del sapere e la sopravvalutazione di se stessi e dei propri artefatti, e si perviene ad apprezzare il senso della presenza della durata e del termine, in quanto "la certezza della morte dà quel senso del limite, che oggi abbiamo perso poiché il nostro potere di fare è molto superiore alla capacità di prevedere gli effetti delle nostre ideazioni" (U. Galimberti)<sup>22</sup>.

(20) G. RIVA, B.K. WIEDERHOLD, *What the Metaverse is (really) and why we need to know about it*, in *Cyberpsychol Behav Soc Netw*, 2022 Jun;25(6):355-359.

(21) NADARAJAH SREEHARAN, *Medical professionalism and anti hubris*, in *BMJ* 2019; 367 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.l6053> (Published 17 October 2019).

(22) U. GALIMBERTI, *Crederci*, Editore Piemme, 2022.

(19) <https://www.aljazeera.com/news/2020/2/14/mother-reunites-with-dead-daughter-in-virtual-reality>.

## Prospettive future: l'evoluzione della sanità territoriale alla luce della missione 6, componente 1, del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

Angela Simone\*

*Nella società attuale connotata dall'aumento dell'aspettativa di vita, con conseguente crescita dell'anzianità demografica e della diffusione di condizioni di cronicità, multimorbilità e non autosufficienza, si è reso necessario potenziare i servizi sanitari territoriali preposti all'erogazione dell'assistenza primaria. L'articolo prende in esame le più recenti prospettive di riforma nella riorganizzazione della rete di assistenza sanitaria territoriale disposte dalla Missione 6 – Salute – del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.*

### Sommario:

**1. Il Covid-19 e la sanità territoriale.**

**2. Missione Salute del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.**

**3. Il d.m. 77/2022 in merito al regolamento "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale". 3.1. Le Case della Comunità. 3.2. L'Ospedale di Comunità. 3.3. L'infermiere di Famiglia o di Comunità. 3.4. Assistenza domiciliare e Telemedicina. 3.5. Brevi osservazioni in merito alle altre disposizioni contenute nel d.m. 77/2022.**

**Conclusioni.**

### 1. Il Covid-19 e la sanità territoriale

La pandemia da virus Covid-19 insorta a febbraio 2020 ha evidenziato tutte le vulnerabilità del Servizio Sanitario Nazionale succedutesi e sedimentatesi negli anni, in particolare su tre fronti fondamentali<sup>1</sup>; innanzitutto, nel grave ritardo accumulato nell'adeguamento del SSN al mutato quadro demografico ed epidemiologico: secondo i dati demografici, infatti, in Italia il 23,2% della popolazione è ultrasessantacinquenne<sup>2</sup> e il 40,8% soffre di una o più malattie croniche<sup>3</sup>; in secondo luogo, nel deficit

digitale della sanità italiana: nonostante il processo di implementazione della digitalizzazione in sanità sia portato avanti a livello nazionale da anni, la situazione attuale è ancora disomogenea e frammentata, concorrendo così a rendere slegati i singoli processi di assistenza; infine, nell'aumento delle disuguaglianze nell'accesso ai livelli essenziali di assistenza, risultante dalle differenze di offerta assistenziale dei diversi servizi sanitari regionali.

Questi fattori, associati ad una emergenza sanitaria di dimensioni macroscopiche, e, soprattutto, ad una risposta sanitaria quasi esclusivamente ospedaliera, hanno condotto a conseguenze disastrose di sovraccarico degli ospedali e di pregiudizio nell'accesso all'assistenza sanitaria da parte dei cittadini, se non, in alcuni casi, di vera e propria preclusione. Invero, da un'indagine condotta dal Ministero della Salute volta ad analizzare la riduzione dei volumi delle prestazioni sanitarie erogate, sia dalle strutture pubbliche che da quelle private accreditate, nell'anno 2020 rispetto al 2019, è emerso che, nel complesso, nel 2020 vi è stata una riduzione del 17% dei ricoveri (pari a 1,3 milioni) rispetto al 2019, dei quali il 52%

(1) XII Commissione Affari Sociali - Camera dei Deputati, Audizione del Ministro della Salute, on. Roberto Speranza, in merito al tema della riforma dell'assistenza sanitaria territoriale, nell'ambito dell'esame della relazione sullo stato di attuazione del PNRR, Seduta del 15 febbraio 2022.

(2) Osservatorio Nazionale sulla salute nelle Regioni italiane, *Rapporto Osservasalute 2020: Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*, 2021, consultabile all'indirizzo <https://www.osservatoriosullasalute.it/osservasalute/rapporto-osservasalute-2020>, p. 6.

(3) *Ivi*, p. 377.

\*Dottore in Giurisprudenza – Università di Bologna.

medici e il 47,6% chirurgici, rientrando tra questi ultimi anche quelli oncologici, e, sempre in riferimento allo stesso dato, il 42,6% dei ricoveri non avvenuti riguarda prestazioni urgenti, mentre il 57,4% ricoveri programmati; nell'ambito della specialistica ambulatoriale, invece, si conta l'erogazione di 144,5 milioni di prestazioni in meno rispetto all'anno precedente, di cui il 62,6% riguarda esami di laboratorio, il 13,9% gli esami di diagnostica, il 12,9% le visite specialistiche e, infine, il 5,8% quelle riabilitative e il 4,95% terapeutiche<sup>4</sup>.

Tali dati mettono in risalto i c.d. effetti indiretti della pandemia da Covid-19: il sovraccarico ospedaliero e dei servizi sanitari in generale, nonché le politiche restrittive necessarie al contenimento e alla mitigazione del contagio hanno condotto alla cancellazione delle prestazioni non urgenti, ma anche di quelle previste come indifferibili (circa 2 milioni in meno<sup>5</sup>), e alla rinuncia alle prestazioni sanitarie da parte degli stessi cittadini che, per timore di infettarsi, hanno rinviato il ricorso all'assistenza di cui avevano bisogno.

Le ripercussioni non si contano solo sui pazienti affetti da malattie croniche o da multimorbidità, che hanno sofferto dell'interruzione dell'assistenza di cui necessitano regolarmente, unitamente ad un maggiore rischio di esposizione a complicazioni in caso di contagio, ma anche nell'ambito di tutte le altre patologie per le quali è essenziale la tempestività della diagnosi e dell'intervento (malattie oncologiche o quelle tempo-dipendenti, come ictus e infarti), causando così un inevitabile peggioramento dello stato di salute della popolazione generale nei prossimi anni.

## 2. Missione Salute del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

In tale quadro, si sono quindi dimostrati l'importanza e il ruolo cruciale dell'assistenza primaria, nel

limitare gli effetti indiretti del Covid da un lato, assicurando la continuità assistenziale attraverso l'erogazione di cure complete e preventive, e, conseguentemente nel mitigare la pressione sull'intero sistema sanitario fungendo da filtro all'accesso ai livelli di assistenza superiori. Per tale motivo, già durante il periodo emergenziale si è tentato di agire ai fini di un suo potenziamento: la costituzione delle USCA, le Unità Speciali di Continuità Assistenziale, previste dall'art. 8 del d.l. 14/2020, e la sperimentazione delle strutture di prossimità, introdotta dall'art. 1, comma 4-*bis*, del d.l. 34/2020, ne sono un esempio<sup>6</sup>.

Tale maturata consapevolezza in ordine alla necessità di potenziare il servizio sanitario territoriale si è tradotta poi nella predisposizione della Componente 1 della Missione Salute del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, interamente dedicata al suo rafforzamento attraverso una serie di riforme e investimenti, fondati sugli strumenti predisposti dal "Next Generation EU" per il risanamento e la ristrutturazione degli Stati membri a seguito dei danni causati dalla pandemia.

In particolare, al comparto sanitario contenuto nella Missione 6 sono destinati dal PNRR 15,6 miliardi di euro, a cui si devono aggiungere le risorse derivanti dal fondo REACT-EU (1,71 miliardi) e dal Fondo Nazionale Complementare<sup>7</sup> (2,89 miliardi) per un ammontare totale di 20,6 miliardi di euro da investire dal 2021 al 2026 e da dividere tra le due componenti in cui la missione è articolata. Inoltre, il Ministero della Salute, in collaborazione con il Ministero per la coesione territoriale, ha annunciato

(6) Per un maggiore approfondimento si veda E. Rossi, *Le "Case della comunità" del PNRR: alcune considerazioni su un'innovazione che merita di essere valorizzata*, in *Corti Supreme e Salute*, 2021.

(7) Il Fondo complementare al PNRR è stato istituito dal decreto legge 6 maggio 2021, n. 59, poi convertito nella legge 101 del 1° luglio 2021, con una dotazione complessiva di 30,6 miliardi di euro per gli anni dal 2021-2026, al fine di finanziare specifiche azioni che integrano e completano il Piano; tali risorse sono reperite con una variazione di bilancio che aumenta il debito nazionale, per sostenere riforme e investimenti ritenuti strategici per la ripresa del Paese. Infatti, tali finanziamenti non sono interamente destinati al sostegno dei progetti del PNRR, ma intervengono prevalentemente a sostegno della Componente 2 per il rafforzamento di un ospedale sicuro e sostenibile, e per i progetti di ricerca.

(4) Fondazione GIMBE, *Impatto della pandemia COVID-19 sull'erogazione di prestazioni sanitarie*, Report Osservatorio GIMBE n. 1/2021, luglio 2021, Bologna, disponibile all'indirizzo [www.gimbe.org/COVID-19-riduzione-prestazioni](http://www.gimbe.org/COVID-19-riduzione-prestazioni), pp. 7-28.

(5) ISTAT, *Lo shock da pandemia: impatto demografico e conseguenze sanitarie*, in *Rapporto annuale 2021: La situazione del Paese*, 9 luglio 2021, Roma, p. 103.

to l'aggiunta di altri 625 milioni di euro per il finanziamento da parte della Commissione europea, per la prima volta, di un Piano operativo nazionale salute (Pon) per la sanità del Mezzogiorno: si tratta di un progetto con una forte dimensione sociale, che consentirà di attuare ulteriori interventi sulla medicina di genere, sulla salute mentale, sulla povertà sanitaria e, in modo particolare, sugli screening oncologici, al fine di ripristinare maggiore equità nei sistemi sanitari del Meridione che scontano maggiori difficoltà nell'erogazione delle prestazioni di assistenza, soprattutto alle fasce più vulnerabili<sup>8</sup>.

Venendo alla ripartizione della Missione Salute prevista dal Piano nazionale "Italia domani", alla componente 1, intitolata "Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale", sono assegnati 7 miliardi di euro dal PNRR, 1 miliardo e mezzo dal fondo REACT-EU e mezzo miliardo dal Fondo complementare; mentre alla seconda componente, denominata "Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale", sono destinati 8,63 miliardi di euro dal Piano, 200 milioni dal REACT-EU e 2,39 miliardi dal Fondo complementare<sup>9</sup>. Quest'ultima componente necessita infatti di un maggiore sostegno finanziario perché la sua prima area di intervento si concentra sull'attuazione dell'ammodernamento tecnologico e digitale delle infrastrutture del Servizio Sanitario Nazionale, prevedendo investimenti per il rinnovo del parco tecnologico ospedaliero, per l'ammodernamento del patrimonio immobiliare sanitario, e, infine, per il potenziamento delle infrastrutture tecnologiche, attraverso l'implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e degli strumenti di analisi del Ministero della Salute, per il monitoraggio dei LEA e per la programmazione dei servizi di assistenza sanitaria, assorbendo così quasi tutte le risorse del totale assegnato alla componen-

te (7 miliardi); la seconda area di intervento è invece finalizzata alla promozione della ricerca scientifica in ambito biomedico e sanitario, e ad un contestuale processo di potenziamento delle competenze manageriali e digitali del personale sanitario, ritenuti i presupposti essenziali del progresso scientifico e dell'innovazione tecnologica auspicati<sup>10</sup>. Tuttavia, ai nostri fini, ci si limiterà alla più approfondita analisi della sola componente 1, poiché diretta ad attuare la riorganizzazione del sistema sanitario territoriale.

In particolare, la componente 1 è fondata sulla riforma delle "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima", comprendente tre grandi investimenti: "Casa della Comunità e presa in carico della persona", "Casa come primo luogo di cura e telemedicina", e, infine, "Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)".

Invero, la riforma persegue una nuova strategia sanitaria che consenta al Paese di conseguire standard qualitativi di cura adeguati e in linea con i migliori paesi europei, adottando due diversi approcci: per un verso, la definizione di standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l'assistenza territoriale e l'identificazione delle strutture a essa deputate, con l'approvazione di uno specifico decreto ministeriale<sup>11</sup>; per altro verso, invece, la predisposizione di programmi, politiche, norme e ricerche per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico, in coerenza con l'approccio "One Health", fondato sul presupposto per cui la salute delle persone e quella dell'ecosistema sono indissolubilmente legate, al fine di raggiungere migliori risultati per la salute pubblica.

### 3. Il d.m. 77/2022 in merito al regolamento "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale"

Alla riforma sulle "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoria-

(8) XII Commissione Affari Sociali - Camera dei Deputati, Audizione del Ministro della Salute, on. Roberto Speranza, in merito al tema della riforma dell'assistenza sanitaria territoriale, nell'ambito dell'esame della relazione sullo stato di attuazione del PNRR, Seduta del 15 febbraio 2022.

(9) F. PESARESI, *I finanziamenti per la Missione Salute del PNRR. Opportunità e rischi*, in *I luoghi della cura online*, n. 3, 1° giugno 2021.

(10) Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, Missione 6: Salute, pp. 228-233.

(11) Il d.m. 77/2022.

le e rete nazionale della salute, ambiente e clima" è stata data recente attuazione attraverso l'adozione da parte del Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, del decreto ministeriale 23 maggio 2022, n. 77, contenente il "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale", meglio noto come d.m. 71.

La bozza di decreto è stata presentata per la prima volta alla Conferenza Stato-Regioni il 16 marzo 2022 per l'acquisizione dell'intesa, ai sensi dell'art. 1, comma 169 della l. 30 dicembre 2004, n. 311, che, tuttavia, non è stata raggiunta per ben tre volte successive a causa del veto della Regione Campania, la quale ha riservato preoccupazioni circa la copertura finanziaria necessaria per la realizzazione dell'ambizioso progetto riorganizzativo, nonostante l'assenso unanime delle Regioni sull'aspetto tecnico del documento.

La Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome ha quindi condizionato l'intesa all'accoglimento di alcune proposte di modifica: in primo luogo, chiedendo una garanzia di progressività nell'attuazione di tali standard e modelli organizzativi, in relazione anche alla disponibilità delle risorse, con l'obiettivo di renderli operativi e a regime a partire dall'anno 2026, demandando contestualmente che tale progressiva attuazione sia accompagnata da un'appropriata implementazione del fabbisogno del personale necessario, dipendente e convenzionato, nonché da un'adeguata copertura finanziaria; sempre al fine di assicurare la determinazione e la ripartizione delle risorse necessarie per finanziare tali standard e modelli, si è proposta l'istituzione di uno specifico Tavolo di lavoro, costituito da rappresentanti delle Regioni e delle Province autonome, oltre che del Ministero della Salute e di quello dell'economia e delle finanze; un altro aspetto cruciale per le Regioni riguarda la figura dei medici di medicina generale: si richiede la garanzia di una riforma urgente e indifferibile delle disposizioni in materia di MMG, che assicuri al contempo un aggiornamento del percorso formativo finalizzato ad una valorizzazione degli stessi, in coerenza con gli standard della riforma e, soprattutto, in previsione della loro attività all'interno delle Case di Comunità; nell'ottica del funzionamento

di queste ultime, è inoltre invocata la possibilità di consentire l'assunzione di medici di comunità e delle cure primarie e medici dei servizi territoriali, nonché di garantire l'impiego di tutto il personale sanitario e amministrativo necessario al funzionamento di tutte le strutture del PNRR, assicurandone insieme l'integrale copertura finanziaria nell'ambito della dotazione annua del fondo sanitario nazionale e in deroga ai vigenti limiti di spesa del personale; infine, la Conferenza ha sollecitato l'adozione di un successivo provvedimento finalizzato alla definizione degli standard e dei modelli organizzativi con riferimento ad ulteriori *setting* territoriali, come la Salute Mentale, le Dipendenze Patologiche e la Neuropsichiatria infantile.

Nonostante l'accoglimento di tali prerogative, il 21 aprile 2022 non è stata nuovamente raggiunta l'intesa, tenuto quindi conto che l'entrata in vigore di tale provvedimento costituiva una tappa fondamentale da raggiungere entro il 30 giugno 2022, secondo quanto previsto dalla programmazione comunitaria, nonché preso atto che era decorso il termine di 30 giorni dalla prima seduta della Conferenza Stato-Regioni in cui l'oggetto era stato posto all'ordine del giorno<sup>12</sup>, il Consiglio dei Ministri ha provveduto con deliberazione motivata all'autorizzazione del decreto, il quale è stato poi pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* n. 144 del 22 giugno 2022.

Tale provvedimento è stato soprannominato "d.m. 71" per richiamarne la continuità con il d.m. 2 aprile 2015, n. 70, contenente il "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", emanato nell'ambito del più ampio processo di attuazione del d.l. 95/2012 (c.d. *spending review*) sul contenimento della spesa pubblica, con riferimento al ridimensionamento dell'assistenza ospedaliera. Il d.m. 77/2022 si pone, dunque, come attuazione del contestuale procedimento di potenziamento dell'assistenza territoriale che avrebbe dovuto accompagnare quello di riduzione dell'offerta assistenziale ospedaliera.

Con questo regolamento, infatti, per la prima volta si definiscono in modo analitico le strutture di cui

(12) Come previsto dall'art. 3, comma 3, del d.lgs. 281/1997.

deve essere composta la rete dei servizi territoriali, i principali servizi erogati, gli standard in rapporto alla popolazione, i parametri di riferimento per il personale, le modalità organizzative e funzionali, gli obiettivi strategici di riferimento e la *governance*<sup>13</sup>.

Tale decreto rappresenta, in sostanza, la premessa indispensabile per la riorganizzazione dell'assistenza territoriale, attraverso la costruzione di una sanità di prossimità fondata su standard e modelli organizzativi omogenei in tutto il Paese, concorrendo così alla riduzione delle disuguaglianze e dei divari territoriali esistenti. Infatti, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano dovranno provvedere entro 6 mesi dalla data di entrata in vigore del presente regolamento ad adottare il provvedimento generale di programmazione dell'assistenza territoriale, nonché ad adeguare l'organizzazione dell'assistenza territoriale e del sistema di prevenzione sulla base degli standard ivi previsti, in coerenza anche con gli investimenti previsti dalla Missione 6, Componente 1, del PNRR. Il monitoraggio di tali adempimenti e dell'implementazione regionale degli standard delle strutture dedicate all'assistenza territoriale è affidato all'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas) incaricata di redigere e inviare una relazione al Ministero della Salute con cadenza semestrale.

La struttura centrale della riorganizzazione dell'assistenza territoriale sostenuta dal regolamento è il distretto, che costituisce il centro di riferimento per l'accesso a tutti i servizi dell'ASL: nell'ambito della sua funzione di committenza, il distretto è responsabile dell'attività di programmazione, in termini di risposta integrata alle specifiche esigenze di salute della popolazione di riferimento, insieme a quella di erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari e di garanzia di accesso agli stessi, nonché del raggiungimento degli obiettivi di salute. Il distretto costituisce quindi la sede eletta per la gestione e il coordinamento, funzionale e organizzativo, della rete servizi socio-sanitari e sanitari

territoriali, perseguendo l'integrazione tra gli stessi. In termini di standard organizzativi, il regolamento prescrive che un distretto con un bacino di utenza di circa 100mila abitanti, con variabilità a seconda delle caratteristiche geomorfologiche e di densità abitativa, preveda al suo interno: una Casa della Comunità *hub* ogni 40-50 mila abitanti; Case della Comunità *spoke* e ambulatori dei Medici di Medicina Generale (MMG) e dei Pediatri di Libera Scelta (PLS), ricompresi nelle stesse o a queste funzionalmente collegati; la presenza di un infermiere di famiglia o di comunità ogni tremila abitanti; una Unità di Continuità Assistenziale (composta da un infermiere ed un medico) e una Centrale Operativa Territoriale a valenza distrettuale; e, infine, un Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto<sup>14</sup>.

### 3.1. Le Case della Comunità

Le principali protagoniste della riforma della medicina territoriale sono le Case della Comunità, oggetto del primo investimento di 2 miliardi di euro della Componente 1 della Missione 6, impegnate in tutti quei bisogni di assistenza sanitaria e socio-sanitaria che non riguardano le acuzie e l'emergenza-urgenza, ma l'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento. Rappresentano infatti il luogo fisico, facilmente riconoscibile e raggiungibile, dell'integrazione socio-sanitaria, nel quale si promuove un approccio integrato e multidisciplinare al paziente, attraverso la presenza di équipe composte da medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali, infermieri di famiglia o di comunità, e di altri professionisti della salute (come ad esempio psicologi, ostetrici, professionisti dell'area della prevenzione, della riabilitazione e tecnica, nonché assistenti sociali), al fine di garantire la presa in carico della comunità di riferimento secondo il modello della sanità di iniziativa.

Per garantire l'equità di accesso, la capillarità e la prossimità del servizio, in ordine alle differenti esigenze territoriali, si prevede la costituzione di una rete di assistenza territoriale secondo il modello *hub* e *spoke*. In particolare, è prevista la co-

(13) XII Commissione Affari Sociali - Camera dei Deputati, Audizione del Ministro della Salute, on. Roberto Speranza, in merito al tema della riforma dell'assistenza sanitaria territoriale, nell'ambito dell'esame della relazione sullo stato di attuazione del PNRR, Seduta del 15 febbraio 2022.

(14) D.m. 77/2022, Allegato 1 recante "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale".

struzione di una Casa della Comunità *hub* ogni 40-50 mila abitanti, all'interno della quale è garantita una presenza medica h24, 7 giorni su 7, anche attraverso l'integrazione con il servizio di continuità assistenziale, e un'assistenza infermieristica 12 ore/die, 7 giorni su 7; è assicurata inoltre la presenza del Punto Unico di Accesso (PUA), del punto prelievi, del sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale e del servizio di assistenza domiciliare di base; al suo interno sono poi erogati: i servizi di cure primarie da parte del team multiprofessionale, i servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio delle patologie croniche, anche attraverso strumenti di telemedicina, i servizi ambulatoriali specialisti per le patologie più comuni, nonché i servizi infermieristici per la gestione integrata della cronicità e per la risposta ai bisogni occasionali; è invece facoltativa la presenza dei servizi di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica a livello di comunità, comprese attività di profilassi vaccinale, di programmi di screening e, infine, l'integrazione con i servizi sociali. La discrezionalità nell'attivazione di questi ultimi servizi vale anche per le Case della Comunità *spoke*, estendendosi inoltre ai servizi diagnostici di base, al servizio di continuità assistenziale e al punto prelievi; inoltre, nella CdC *spoke* la presenza medica e quella infermieristica sono assicurate almeno 12 ore/die, 6 giorni su 7. È infine fortemente raccomandata, in entrambe le tipologie di CdC, l'attivazione di servizi per la salute mentale, dipendenze patologiche e neuropsichiatria infantile, nonché servizi di medicina dello sport. In questo contesto, gli studi dei medici di medicina generale e le sedi di riferimento delle AFT sono *spoke* delle Case di Comunità *hub*.

La Casa della Comunità pone quindi particolare attenzione alle situazioni di cronicità e fragilità, per un verso, governando la domanda attraverso il modello della sanità di iniziativa, la funzione di accesso unitario ai servizi, di presa in carico e di indirizzo del paziente, e, per altro verso, offrendo servizi assistenziali afferenti a discipline diverse e integrando il settore sanitario con quello sociale. La CdC assume così il ruolo di nodo centrale della rete dei servizi territoriali, in forza del quale adotta meccanismi di coordinamento della rete dei professionisti che svolgono attività nella Casa di Comunità (rete intra-CdC), tra Case di Comunità *hub* e quelle *spoke* (rete

inter-CdC), nonché mettendo in rete la CdC con gli altri settori assistenziali territoriali (ospedali di comunità, RSA, Servizi per la salute mentale), e, infine, attraverso la rete territoriale integrata, la CdC è collegata anche con l'attività ospedaliera, tramite ad esempio l'invio di pazienti selezionati per situazioni assistenziali che richiedono prestazioni ospedaliere.

Lo strumento predisposto per assicurare il coordinamento tra le reti è la Centrale Operativa Territoriale: un modello organizzativo con la funzione di coordinare la presa in carico della persona e di fungere da raccordo tra i servizi e i professionisti coinvolti nei diversi livelli assistenziali (attività territoriali sanitarie e sociosanitarie, attività ospedaliere e rete dell'emergenza-urgenza), con la finalità di assicurare continuità, accessibilità e integrazione dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria.

In particolare, nell'ambito del coordinamento tra i diversi setting assistenziali, la COT si occupa di ottimizzare gli interventi, attivando i soggetti e le risorse della rete territoriale, di tracciare e monitorare le transizioni da un luogo di cura all'altro, di supportare i professionisti della rete dal punto di vista logistico e informativo circa le attività e i servizi distrettuali, occupandosi inoltre di gestire la piattaforma tecnologica per la raccolta, la gestione e il monitoraggio dei dati di salute dei pazienti usata da tutti i presidi del distretto.

A tali fini, è prevista l'istituzione di una COT, operativa 7 giorni su 7 e dotata di tutte le infrastrutture tecnologiche e informatiche necessarie, ogni 100mila abitanti, comprendente almeno 3-5 infermieri, la cui gestione è affidata ad un coordinatore aziendale infermieristico.

In aggiunta a ciò, la COT si interfaccia anche con la centrale operativa 116117, il nuovo Numero Europeo Armonizzato (NEA) per le cure mediche non urgenti, che offre un servizio gratuito alla popolazione 24 ore su 24, 7 giorni alla settimana, per tutte le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a bassa intensità assistenziale. Invero, il numero 116117<sup>15</sup> ha

(15) È stato individuato dalla decisione della Commissione Europea n. 116 del 15 febbraio 2007, che ha riservato l'arco di numerazione nazionale con inizio "116" ai numeri destinati a servizi armonizzati a valenza sociale, e dalla decisione n. 884 del 30 novem-

la funzione di facilitare l'accesso della popolazione ai servizi socio-sanitari territoriali a bassa priorità di cura, per garantire una risposta operativa con trasferimento di chiamata o una risposta di tipo informativo, riguardante ad esempio consigli sanitari non urgenti durante la chiusura del servizio di continuità assistenziale; a tali fini, è necessario il raccordo con il servizio di emergenza-urgenza, con il servizio di continuità assistenziale, con le COT e con gli altri servizi previsti da ciascuna Regione o Provincia Autonoma, stante la previsione di un bacino di utenza non inferiore a 1-2 milioni abitanti<sup>16</sup>.

### 3.2. L'Ospedale di Comunità

Tra gli altri principali presidi coinvolti nella riorganizzazione territoriale rivestono un ruolo fondamentale gli Ospedali di Comunità, strutture sanitarie territoriali di ricovero a degenza breve, dirette a svolgere una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, al fine di assistere i pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica. Tale progetto, che costituisce il terzo investimento della componente 1 a cui sono assegnati 2 miliardi di euro, conta la costruzione di 388 Ospedali di Comunità, nell'ottica di evitare ricoveri ospedalieri impropri e favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni socio-sanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia, più prossimi al domicilio. Per gli stessi motivi, l'istituzione di Ospedali di Comunità era già stata sollecitata dal d.m. 70/2015, nell'ambito del processo di depotenziamento dell'offerta ospedaliera, dal Patto per la Salute per il triennio 2014-2016<sup>17</sup>, e, in

coerenza con quest'ultimo, dall'Intesa intervenuta il 20 gennaio 2020 in sede di Conferenza Stato-Regioni, che ha provveduto a definire i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'auto-rizzazione all'esercizio degli OdC pubblici o privati. Invero, al 2020 si contavano già attivi 163 Ospedali di Comunità su tutto il territorio nazionale (ad esempio, il Veneto ne conta 69, l'Emilia-Romagna 26, Toscana e Lombardia 20)<sup>18</sup>.

Il regolamento interviene in tale quadro prescrivendo l'attivazione di un Ospedale di Comunità dotato di circa 15/20 posti letto ogni 100 mila abitanti, prevedendo, a livello strutturale, che possa essere collocato sia in una sede propria sia all'interno di una Casa della Comunità, oppure in strutture sanitarie polifunzionali o residenziali sociosanitarie, nonché all'interno di una struttura ospedaliera, mantenendo in questo caso la sua afferenza alla rete assistenziale territoriale distrettuale. All'interno dell'OdC devono essere presenti tra i 7 e i 9 infermieri, di cui un coordinatore infermieristico, per un'assistenza infermieristica garantita 24 ore al giorno 7 giorni su 7, supportata dalla presenza di 4/6 operatori socio-sanitari e da una o più unità di altro personale sanitario con funzioni riabilitative, assicurando, infine, anche l'assistenza medica per 4,5 ore al giorno, 6 giorni su 7. Infatti, considerando che l'Ospedale di Comunità accoglie – su proposta del MMG o del PLS, del medico specialista, del medico di continuità assistenziale o del pronto soccorso – in prevalenza pazienti fragili o cronici, affetti da multimorbidità e che necessitano di supporto riabilitativo-rieducativo, è necessario che operi in forte integrazione con tutti gli altri servizi sanitari (le cure domiciliari, i servizi di emergenza-urgenza, i servizi di assistenza specialistica ambulatoriale), pur mantenendo una forte autonomia funzionale<sup>19</sup>.

---

bre 2009, che ha riservato tale numero per il servizio di continuità assistenziale per le cure non urgenti. A livello nazionale con l'accordo Stato-Regioni del 7 febbraio 2013 e il successivo del 24 novembre 2016 sono state individuate le "Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del Numero Europeo armonizzato a valenza sociale 116117".

(16) D.m. 77/2022, Allegato 1 recante "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale".

(17) In particolare al comma 17, dell'art. 5, dedicato all'assistenza territoriale, si conveniva di stipulare un'Intesa tra Stato, Regioni e Province autonome per la definizione dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi di tali presidi, dovendo altresì

---

definire gli appropriati percorsi clinico-assistenziali, autorizzativi e tariffari di tali strutture.

(18) Camera dei deputati - XVIII Legislatura, *Caso della salute ed Ospedali di Comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale*, in *Documentazioni e ricerche*, 1° marzo 2021, dossier n. 144

(19) D.m. 77/2022, Allegato 1 recante "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale".



### 3.3. L'infermiere di Famiglia o di Comunità

L'assistenza infermieristica nelle nuove strutture della riorganizzazione territoriale viene poi assicurata dall'introduzione dell'Infermiere di Famiglia o di Comunità, figura professionale di riferimento che opera in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità (MMG, PLS, assistente sociale, ecc.) ai diversi livelli di complessità, perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti, ponendo al centro la persona. Invero, l'art. 1, comma 5 del d.l. 34/2020 aveva già introdotto la possibilità di ricorrere a tale figura durante il periodo emergenziale della pandemia da Covid-19, al fine di potenziare la presa in carico sul territorio dei soggetti in isolamento.

Ora invece si prescrive la presenza all'interno dell'organizzazione distrettuale di un infermiere di famiglia ogni 3 mila abitanti, con il compito di garantire la risposta assistenziale all'insorgenza di nuovi bisogni espressi e potenziali, per la gestione proattiva della salute. In particolare, l'infermiere di famiglia si occupa di intercettare il bisogno di salute attraverso attività di prevenzione, promozione e gestione della salute, contribuendo a tal fine alla programmazione delle attività; promuove, inoltre, il coinvolgimento attivo e consapevole del singolo e della comunità, organizzando attività di informazione e di *counseling* infermieristico; e, infine, lavora in forte integrazione con le reti socio-sanitarie e con i team di professionisti sanitari, utilizzando gli strumenti digitali e la telemedicina<sup>20</sup>.

### 3.4. Assistenza domiciliare e telemedicina

La telemedicina è infatti parte del secondo investimento della componente 1 denominato "Casa come primo luogo di cura e telemedicina", nato con l'obiettivo finale di intensificare il volume delle prestazioni delle cure domiciliari fino alla presa in carico del 10% della popolazione ultrasessantacinquenne, in particolare affetta da cronicità, a fronte di una media OCSE pari al 6%<sup>21</sup>. Le cure domici-

liari si configurano infatti come servizio in grado di gestire al domicilio del paziente interventi a diverso livello di intensità e complessità di assistenza, nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato: consistono, in particolare, in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, diagnostici, ecc., prestati da personale sanitario e sociosanitario qualificato, per la cura e l'assistenza di persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, al fine di stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana.

In termini di operatività, il servizio di cure domiciliari deve garantire la continuità assistenziale 24 ore su 24, 7 giorni su 7, secondo le modalità indicate dalla normativa nazionale e regionale, comprendendo anche i servizi di telemedicina; la dotazione di personale, sia in termini numerici che di figure professionali, può invece essere definita solo in base alla tipologia di attività erogata e ai bisogni assistenziali personali emersi. A tali fini, i soggetti erogatori delle cure domiciliari devono disporre di una sede organizzativa e operativa per garantire l'accessibilità alle cure, il coordinamento dell'equipe assistenziale, nonché l'integrazione tra professionisti e servizi, che deve avvenire tramite il distretto: infatti, il servizio di assistenza domiciliare costituisce una delle articolazioni distrettuali con cui si deve interfacciare la Centrale operativa territoriale, anche per la raccolta di dati relativi alle persone prese in carico attraverso le piattaforme digitali, da inserire poi nel Fascicolo sanitario elettronico.

In tale contesto, riveste un ruolo fondamentale la telemedicina, cioè la modalità di erogazione di servizi e prestazioni assistenziali, sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria, a distanza, tramite l'uso delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione (*Information and Communication Technologies*) da parte di un professionista sanitario, al fine di fornire assistenza ai pazienti o per prestare consulenza ad altri professionisti sanitari, favorendo la collaborazione multiprofessionale e multidisciplinare sui singoli casi clinici.

Nell'ambito della riorganizzazione della rete territoriale è necessario implementare i servizi di telemedicina perché contribuiscono, innanzitutto, al monitoraggio da remoto dei pazienti cronici assisti-

(20) *Ibidem*.

(21) Bozza d.m. 71, Allegato 1 recante "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale", pp. 30-31.

ti al domicilio, consentendo la tempestività dell'intervento in occasione di episodi di acuzie; al contempo, assicurano equità nell'accesso alle cure anche ai soggetti che vivono in territori remoti difficilmente raggiungibili, predisponendo così un canale di accesso all'alta specializzazione; permettono inoltre una maggiore collaborazione tra operatori appartenenti alle diverse reti assistenziali, ospedaliere e territoriali, per una presa in carico integrata tra ospedale e territorio; e, infine, non è da trascurare il vantaggio che l'uso della telemedicina apporta anche al contenimento della spesa sanitaria, favorendo dimissioni protette ospedaliere, la riduzione delle ospedalizzazioni dei malati cronici, il minore ricorso ai ricoveri in casa di cura e di riposo degli anziani, nonché la riduzione della mobilità dei pazienti alla ricerca di migliori cure.

Invero, la telemedicina rientra nel novero degli interventi privilegiati, a cui fa riferimento il quarto comma dell'art. 21 del d.P.C.M. 12 gennaio 2017, che, nell'ambito dell'assistenza distrettuale territoriale, favoriscono la permanenza delle persone assistite presso il proprio domicilio. L'importanza della telemedicina nel facilitare la gestione domiciliare dei pazienti cronici è stata evidenziata anche nel Piano Nazionale della Cronicità del 2016, potendo infatti valere come mezzo di prevenzione, attraverso servizi dedicati alle persone già classificate a rischio o già affette da patologie, sottoposte a costante monitoraggio per ridurre il rischio di insorgenza di complicazioni; ma la telemedicina può rappresentare anche un mezzo di diagnosi, attraverso la rapida e sicura circolazione delle informazioni diagnostiche tra i diversi operatori sanitari coinvolti, ad esempio, attraverso la trasmissione degli esami diagnostici refertati dallo specialista presso l'ambulatorio del medico di medicina generale, la farmacia o il domicilio del paziente; e, in ultimo, anche uno strumento di cura e riabilitazione: mediante la trasmissione di dati relativi ai parametri vitali del paziente ad una postazione di monitoraggio, per la loro interpretazione e la conseguente adozione delle scelte terapeutiche necessarie<sup>22</sup>.

(22) Piano Nazionale della Cronicità, consultabile all'indirizzo, [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2584\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf), p. 79.

A conferma di ciò, i servizi di telemedicina sono stati adoperati anche durante la fase emergenziale della pandemia da Covid-19, sulla base delle "Indicazioni *ad interim* per servizi assistenziali di telemedicina durante l'emergenza sanitaria Covid-19" predisposte dall'Istituto Superiore di Sanità il 13 aprile 2020<sup>23</sup>, al fine di sorvegliare le condizioni di salute degli assistiti sia in corso di quarantena o di isolamento, che dopo la dimissione dal reparto ospedaliero, o, altresì, per fornire un supporto psicologico a chi ne aveva bisogno.

A fronte quindi della evidente necessità di implementare tali servizi (comprendenti il teleconsulto medico, la televisita specialistica, la teleassistenza, il telemonitoraggio, la teleriabilitazione e la telerefertazione) sia per rispondere alle necessità dei sistemi sanitari, con particolare riferimento alla gestione dell'assistenza domiciliare e delle condizioni di cronicità, che a quelle del singolo assistito con una medicina personalizzata, il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza vi investe 1 miliardo di euro<sup>24</sup>. Tale attuazione deve avvenire sulla base dei requisiti minimi e degli standard di servizio individuati dalle "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina", approvate in sede di Conferenza Stato-Regioni il 17 dicembre 2020<sup>25</sup>. All'interno del documento si individuano le principali finalità sanitarie dell'impiego di servizi di telemedicina, si definiscono le principali prestazioni di telemedicina e si determinano le regole per l'erogazione delle prestazioni a distanza, tra cui l'essenzia-

(23) Disponibile al seguente indirizzo: [https://www.iss.it/rapporti-covid-19/-/asset\\_publisher/btw1J82wtYzH/content/rapporto-iss-covid-19-n.-12-2020-indicazioni-ad-interim-per-servizi-assistenziali-di-telemedicina-durante-l-emergenza-sanitaria-covid-19.-versione-del-13-aprile-2020](https://www.iss.it/rapporti-covid-19/-/asset_publisher/btw1J82wtYzH/content/rapporto-iss-covid-19-n.-12-2020-indicazioni-ad-interim-per-servizi-assistenziali-di-telemedicina-durante-l-emergenza-sanitaria-covid-19.-versione-del-13-aprile-2020); a cui ha fatto seguito il Rapporto dell'Istituto Superiore di Sanità n. 60 del 10 ottobre 2020, contenente le "Indicazioni *ad interim* per servizi sanitari di telemedicina in pediatria durante e oltre la pandemia Covid-19", disponibile al seguente indirizzo: [https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID-19+60\\_2020.pdf/6b4dfc13-fc37-fadd-3388-b93aef43a15d?t=1602864289054](https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID-19+60_2020.pdf/6b4dfc13-fc37-fadd-3388-b93aef43a15d?t=1602864289054).

(24) D.m. 77/2022, Allegato 1 recante "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale".

(25) Il 24 maggio 2022 sono state pubblicate in *Gazzetta Ufficiale* le linee guida organizzative contenenti il "Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare".

le adesione informata del paziente e la necessità di valutazione da parte del sanitario, professionalmente responsabile, come per qualsiasi altro atto sanitario condotto nell'esercizio della professione, dell'efficacia e dell'appropriatezza della soluzione operativa scelta.

### **3.5. Brevi osservazioni in merito alle altre disposizioni contenute nel d.m. 77/2022**

Le altre disposizioni contenute nell'Allegato 1 del d.m. 77/2022 si concentrano su ulteriori aspetti della riorganizzazione territoriale, tuttavia non direttamente collegati agli investimenti previsti nella Componente 1 della Missione 6 del PNRR. Ad esempio, tra le altre articolazioni dell'organizzazione distrettuale si prevede l'attivazione di una unità di cure palliative domiciliari e di un hospice, dotato di 8/10 posti letto ogni 100 mila abitanti, al fine di garantire la presa in carico globale dell'assistito di qualunque età e del suo nucleo familiare, non necessariamente nella fase terminale della vita: possono infatti affiancarsi alle cure attive sin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, o per controllare i sintomi durante le diverse traiettorie della malattia, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale<sup>26</sup>. Al fine poi di comprendere servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie, il regolamento prevede l'attivazione all'interno dell'organizzazione distrettuale di un consultorio familiare ogni 20 mila abitanti, con la possibilità di svolgere l'attività consultoriale anche all'interno delle Case della Comunità, purché ne sia tutelata la riservatezza. L'attività consultoriale è dedicata alla considerazione dello stato complessivo di salute della popolazione, sostenendo programmi di coinvolgimento della comunità attraverso un approccio multidisciplinare, intersettoriale e integrato: al fianco dei diversi professionisti sanitari (ginecologo, ostetrica, infermiere, pediatri di libera scelta, ecc.), afferenti sia ai servizi ospedalieri che territoriali, sono presenti infatti anche professionisti del settore sociale, scolastico e culturale, per fa-

vorire il benessere dell'individuo e della comunità<sup>27</sup>.

In merito poi ai servizi di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico, il principale attore è il Dipartimento di Prevenzione, con il compito di promuovere azioni volte a individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale, mediante iniziative coordinate con i distretti e con i dipartimenti dell'azienda sanitaria locale e delle aziende ospedaliere, prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline. L'azione del Dipartimento di Prevenzione è fondata su un approccio multidisciplinare e intersettoriale per promuovere e tutelare la salute collettiva in tutte le politiche; a tale fine, esso opera in raccordo con gli altri nodi della rete, estendendo gli ambiti di intervento (prevenzione universale, medicina predittiva, prevenzione nella popolazione a rischio, prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia) capillarmente su tutto il territorio, in modo da intercettare precocemente la domanda di salute della popolazione e fornire risposte adeguate, sviluppare strategie e strumenti di gestione di risorse della comunità, e, al contempo, promuovere la consapevolezza e l'autodeterminazione della persona<sup>28</sup>.

Infine, il Regolamento si preoccupa di prescrivere che tutte le unità operative territoriali che compongono il distretto siano dotate di sistemi informativi idonei ad assicurare la produzione nativa dei documenti sanitari in formato digitale e dei dati necessari al monitoraggio dell'assistenza territoriale a livello nazionale. Devono inoltre essere dotate di strumenti idonei ad interoperare con la piattaforma del Sistema Tessera Sanitaria, per garantire la corretta generazione delle ricette dematerializzate e dei Piani Terapeutici Elettronici, con il sistema centrale del Fascicolo Sanitario Elettronico, e con le piattaforme di telemedicina. Analogamente, devono adottare standard di qualità, da documentare, in merito ai protocolli, alle istruzioni operative e alle azioni di miglioramento continuo predisposte, nonché rispetto alle misure adottate per la gestione del rischio clinico<sup>29</sup>.

(26) D.m. 77/2022, Allegato 1 recante "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale".

(27) *Ibidem*.

(28) *Ibidem*.

(29) *Ibidem*.

## Conclusioni

Dalla disamina degli obiettivi e degli investimenti della Componente 1 della Missione Salute del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza risultano evidenti l'unicità e l'irripetibilità dell'opportunità di costruire un sistema sanitario territoriale efficiente, che assurga a primo punto di riferimento e di accesso alle cure per i cittadini, fornendo un'assistenza continua, preventiva e prossima al paziente.

In particolare, il progetto della Componente 1, con la costruzione delle Case della Comunità, degli Ospedali di Comunità e con l'implementazione dell'assistenza domiciliare, appare proiettato oltre il mero ruolo di filtro all'accesso ospedaliero a cui è tipicamente deputata l'assistenza primaria, indirizzandosi piuttosto verso una presa in carico del cittadino completa, perché fondata su un approccio multidisciplinare e integrato con il sociale, e continua, sia in termini temporali che nella diversità di interventi programmati, nonché uniforme sull'intero territorio nazionale. Invero, proprio quest'ultimo aspetto è stato carente nel precedente tentativo di riforma della sanità territoriale compiuto con il decreto Balduzzi, con riferimento al quale sorge la perplessità che l'attuale processo di riforma promosso dal PNRR possa sortire gli stessi effetti di attuazione disomogenea e incompleta sul territorio nazionale; in questo caso, tuttavia, è lecito poter fare affidamento su una differenza sostanziale: il progetto di riforma della Missione 6 non è adottato in un'ottica di contenimento della spesa, ma è anzi sostenuto da copiscuri investimenti finanziari.

Tuttavia, alcune delle preoccupazioni delle Regioni si sono concentrate proprio nell'ambito della copertura finanziaria necessaria alla costruzione dei presidi e all'assunzione delle figure professionali da impiegare all'interno, come è evidentemente emerso dal confronto regionale sull'approvazione del d.m. 71, condizionandone l'approvazione alla richiesta di attuare progressivamente gli standard e i modelli organizzativi previsti dal decreto "attraverso un'adeguata implementazione e potenziamento del fabbisogno del personale necessario, dipendente e convenzionato, ed un'adeguata copertura finanziaria". Tali timori sono stati condivisi anche da *manager*, direttori sanitari e direttori generali, che hanno denunciato come l'articolato piano di investimenti sulle strutture sanitarie non sia stato accom-

pagnato da un contestuale e adeguato piano di investimenti sul personale: secondo gli organismi di rappresentanza, in Italia, mancano circa 60.000 infermieri per mantenere gli attuali standard, e per arrivare a quelli europei ne servirebbero almeno altri 140mila; ritenendo inoltre che il problema non verta solo sulla carenza di personale in termini quantitativi, ma anche sulla formazione dello stesso, rischiano di pregiudicare l'efficienza del sistema, nonché di determinare uno spreco di risorse<sup>30</sup>.

A tale proposito giunge una rassicurazione ulteriore da parte del Governo: durante l'ultimo bilancio approvato, è stata prevista, ai fini di assicurare l'implementazione degli standard organizzativi, quantitativi, qualitativi e tecnologici ulteriori rispetto a quelli previsti per il PNRR per il potenziamento dell'assistenza territoriale, l'autorizzazione della spesa per il personale di 90,9 milioni di euro per il 2022, 150 milioni di euro per il 2023, 328,3 milioni di euro per il 2024, 591,5 per il 2025 e 1 miliardo e 15,3 milioni a decorrere dall'anno 2026 a valere sul finanziamento del SSN; tali risorse sono assegnate in deroga ai tetti di spesa sul personale e sono a sistema, mettendo così finalmente in sicurezza gli investimenti straordinari oggetto del PNRR e rendendo, al contempo, il d.m. 77/2022 un progetto economicamente sostenibile, che sarà possibile implementare nei prossimi mesi e anni<sup>31</sup>.

Dopo la definitiva emanazione del decreto ministeriale recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale, il passo successivo è consistito nella firma dei Contratti Istituzionali di Sviluppo con le Regioni e le Province Autonome, avvenuta il 1° giugno 2022, con ben 30 giorni di anticipo rispetto al termine comunitario prefissato.

Infatti, per far fronte alla natura innovativa del PNRR, programma non basato sulla rendicontazio-

(30) L. CONTI, *PNRR. Per i manager, senza assunzioni rischia di essere una Ferrari senza pilota*, in *quotidianosanità.it*, 25 febbraio 2022.

(31) XII Commissione Affari Sociali - Camera dei Deputati, Audizione del Ministro della Salute, on. Roberto Speranza, in merito al tema della riforma dell'assistenza sanitaria territoriale, nell'ambito dell'esame della relazione sullo stato di attuazione del PNRR, Seduta del 15 febbraio 2022.

ne dei costi ma sul raggiungimento di *milestone* e *target* entro una tempistica inderogabile, è stato necessario definire sin dalla fase progettuale scelte altrettanto innovative per assicurare una gestione coerente con gli impegni assunti, in considerazione del fatto che il Ministero della Salute, in quanto amministrazione centrale titolare, ha la piena ed esclusiva responsabilità anche degli interventi a regia per i quali le Regioni e le PA sono soggetti attuatori. Per tali motivi, è stato scelto di adottare una modalità strumentale che consentisse, a livello regionale, di procedere all'attuazione degli interventi di propria competenza, mantenendo in capo al livello centrale il coordinamento e la capacità di monitoraggio, d'interazione e di eventuale intervento. A tali fini, è stato deciso di sottoscrivere con ciascuna Regione e Provincia Autonoma un Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS), accompagnato da uno specifico piano operativo: si tratta di uno strumento di carattere negoziale, un vero e proprio contratto tra le parti contraenti, che definisce il programma, le schede dei singoli interventi, le localizzazioni, i cronoprogrammi, le responsabilità dei contraenti, i sistemi di valutazione e monitoraggio, e le modalità di soluzione per gli eventuali conflitti e inadempienze, prevedendo meccanismi di definanziamento e le condizioni di attivazione dei meccanismi sovraistitutivi previsti dalla legislazione specifica emanata per l'attuazione del PNRR<sup>32</sup>. Ogni Re-

gione poi, in qualità di soggetto attuatore, dovrà nominare un referente unico del contratto, mentre il Ministero della Salute ha il ruolo di presidiare e vigilare costantemente sull'esecuzione degli interventi che compongono le misure del PNRR, assicurando il raggiungimento dei relativi obiettivi secondo i termini stabiliti, condizione necessaria per il rimborso delle risorse da parte della Commissione europea<sup>33</sup>.

È dunque doveroso riconoscere l'enorme lavoro svolto per porre le più solide premesse in termini di individuazione degli obiettivi e delle finalità da perseguire, a partire dalla ricognizione delle criticità esistenti, nonché di mezzi predisposti per rendere tali obiettivi raggiungibili, e, soprattutto, di strumenti di controllo e di monitoraggio per un'adeguata attuazione del Piano, al fine di non perdere questa importante occasione di rinnovamento del nostro Servizio Sanitario Nazionale. Infatti, nella società attuale, connotata dall'aumento dell'aspettativa di vita, con conseguente crescita dell'anzianità demografica, e dalla diffusione di condizioni di cronicità, multimorbilità e non autosufficienza, la sfida sanitaria verte proprio sulla costruzione di un sistema capace di offrire cure personalizzate per ogni paziente, in linea con il progresso tecnologico e scientifico, in un contesto di prossimità e di comunità<sup>34</sup>. Sfida che con il PNRR, il nostro Servizio Sanitario Nazionale ha tutte le potenzialità di vincere.

(32) *Ibidem*.

(33) L. FASSARI, *PNRR. Dalle Case della Comunità alla Telemedicina. Definite le modalità per i "Contratti istituzionali di sviluppo" e i "Piani operativi regionali"*, in *quotidianosanità.it*, 21 febbraio 2022.

(34) C. BOTTARI, *La tutela della salute: lavori in corso*, Giappichelli editore, Torino, 2020, pp. 46-48.

# Il Coordinatore e gli aspetti gestionali: proposta di una *dashboard* di riferimento

Barbara Gregorio\*

### Background introduttivo

Nel vasto e complesso panorama della Sanità Pubblica Nazionale la figura del Coordinatore Infermieristico è sottoposta a continue sollecitazioni di carattere sia storico che normativo, oltre che prettamente manageriali e organizzative. Insorge, pertanto, l'esigenza di declinare in maniera puntuale le competenze e le responsabilità della figura propria dell'Infermiere-Coordinatore in quanto elemento cardine su cui poggiano le complesse organizzazioni sanitarie (Marra, 2010; Pennini e Barbieri, 2017). Il Coordinatore rappresenta il fulcro cruciale che le organizzazioni sanitarie possono sfruttare a proprio vantaggio come leva di modernizzazione e di miglioramento (Pennini e Barbieri, 2017). Esso si colloca nell'organigramma aziendale e secondo il modello teorizzato da Henry Mintzberg (1996), sulla linea intermedia del *middle management*, instaurando relazioni con il nucleo operativo in basso, il vertice strategico in alto e gli altri professionisti ai lati, che includono la tecnostruttura e lo *staff* di supporto. Il Coordinatore rappresenta il *trait-d'union* formale in grado di favorire la trasformazione degli obiettivi strategici del vertice direttivo aziendale in progetti concreti per il nucleo operativo clinico-assistenziale (Marra, 2010; Pennini e Barbieri, 2017). Per questa sua caratteristica di permanenza a stretto contatto nell'operatività quotidiana, esso rappresenta una potenzialità per il cambiamento e per la condivisione a tutto tondo della politica e degli obiettivi aziendali consentendo all'intero Team Operativo di conseguire in maniera armoniosa gli obiettivi istituzionali (Calamandrei e Orlandi, 2002). In aggiunta, avendo una visuale molto più approfondita e dettagliata delle necessità emergenti dell'*équipe* operativa e dei cittadini, risulta essere la figura più idonea a rispondere in maniera appropriata ai bisogni di salute e alle esigenze dei professionisti coinvolti nel processo. In modo particolare si evidenzia l'importanza di attività e processi rivolti alla gestione del fattore umano, così co-

me la rilevanza di competenze, in aggiunta a quelle organizzative e gestionali, anche e soprattutto economico-finanziarie nell'ambito dell'assistenza: si parla, in effetti, di un Coordinatore responsabile dell'efficienza ed efficacia delle prestazioni sanitarie erogate dall'unità operativa da lui gestita (Zangrandi, 2011). Nella pratica quotidiana di una realtà operativa, questo aspetto viene prontamente sottovalutato sia dall'organizzazione, che non coinvolge l'Infermiere-Coordinatore nel flusso delle informazioni di *budget* espresse sotto forma di *report* dal Controllo di Gestione; sia dal Coordinatore stesso, che, assorbito da innumerevoli e impegnative attività, lo considera un elemento di secondaria importanza. La dimensione economico-finanziaria risulta piuttosto complessa e di difficile lettura ed interpretazione laddove venga applicata alla realtà dell'unità operativa e ai fini del raggiungimento di obiettivi di efficacia e di efficienza (Calamandrei e Orlandi, 2002). Esistono in letteratura studi internazionali che confutano il pensiero secondo il quale la componente finanziaria di una unità operativa risulta essere un argomento tanto complesso da necessitare di supporto formativo aggiuntivo per la figura di coordinamento, e, ancora, nel 2000, Calamandrei e Orlandi con la loro ricerca su 150 coordinatori infermieristici hanno fatto emergere in modo evidente la percezione da parte del *middle manager* di un pesante "fardello" da gestire: per l'appunto le attività di pertinenza economico-finanziaria.

In questi tempi di rinnovamento giuridico e di perfezionamento delle competenze, il Coordinatore è, per usare il recente paradigma metalinguistico della spinta gentile o *nudge*, destinato a divenire il detentore del buon andamento di flusso nel processo delle prestazioni sanitarie erogate dall'unità operativa, grazie a una congrua gestione delle risorse umane, finanziarie e organizzative dell'assistenza. Inoltre, il Coordinatore lavora in stretta collaborazione con il Direttore di Unità Operativa o di Dipartimento nel raggiungimento di obiettivi condi-

\*Responsabile Specialista Infezioni Ospedaliere – ASST Ovest Milanese – Legnano.

visi di efficienza e di efficacia dei processi (Pennini e Barbieri, 2017).

## Obiettivo primario

Il presente articolo si propone lo scopo di fornire supporto al Coordinatore definendo una *dashboard* di riferimento, accurata e di immediata fruibilità, di natura economico-gestionale-finanziaria, che possa sintetizzare sia le *performance* economiche ed esecutive dell'unità operativa, che la valutazione della dotazione organica, in termini di raggiungimento di obiettivi esecutivi, organizzativi, economici e di qualità. Un significativo sostegno empirico sarà fornito dalla presentazione di dati economici e di indicatori in grado di sintetizzare oggettivamente le *performance* dell'unità operativa complessa (UOC) Malattie Infettive dell'ASST Ovest Milanese, sede di Legnano.

## Materiali e metodi

Nei mesi di agosto e settembre 2021 è stata condotta una ricerca della letteratura, incentrata, per buona parte, su *Handbook* e Manuali teorici editi da esperti e specialisti del settore economico-manageriale. Il *focus* iniziale ha contribuito a donare scientificità ai concetti teorici e un *background* legislativo. Le fonti bibliografiche incluse nel presente lavoro sono state individuate tramite stringa di ricerca in banche dati DISCOVERY. Ulteriori banche dati consultate sono state PubMed, Abi. Inform, SCOPUS. A questo riguardo sono stati inclusi studi secondari, articoli su riviste di settore economico-manageriale e *paper* che disponevano dell'*abstract*. In modo particolare si evidenzia che la ricerca è stata effettuata utilizzando in via preferenziale i MESH *Terms* piuttosto che il linguaggio naturale e che in molti casi si è preferito escludere PubMed poiché di taglio eccessivamente bio-medico. Si puntualizza, inoltre, che le *keywords* utiliz-

zate sono volutamente ad ampio spettro per poter allargare la ricerca e comprendere argomenti che si rifanno al *Management* e all'Economia Aziendale in senso puro e non precludere la possibilità all'ambito sanitario di fondarsi sulla consultazione di discipline settoriali. In ogni caso, il contesto delle *healthcare facilities* è insito nella figura stessa del Coordinatore Infermieristico e non necessita di ulteriori specifiche. Ultima considerazione da rendere nota: non esiste un corrispettivo a livello internazionale che sia identico alla figura e al ruolo ricoperto dal Coordinatore Infermieristico nel contesto italiano. Si è usufruito delle figure che sono più simili e che si avvicinano di più alle sue competenze e abilità professionali. È emerso che a livello concettuale i termini più sfruttati per identificarlo sono: *head nurse - chief nurse - nurse manager - nursing unit manager - ward/line manager* nella lingua naturale; *nurse administrator/s* e *nursing administration - nursing supervisory* (di uno o più reparti di qualsiasi *Healthcare Facilities*) nel linguaggio controllato.

## Risultati

Sulla scorta degli strumenti presi in prestito dalla contabilità analitica vengono individuati i parametri funzionali al monitoraggio dell'andamento economico di unità operativa, al fine di non disperdere energie e di avere un supporto obiettivo e concreto al proprio fianco che sia coerente con i quesiti decisionali posti in essere e i percorsi risolutivi da intraprendere.

La *dashboard* operativa di neo-progettazione risulta articolata in tre sezioni: il Conto Economico (CE) gestionale per Centro di Costo (CdC), gli indicatori di *Key Performance* utili al monitoraggio delle *performance* economico-gestionali di unità operativa e la valutazione iniziale del fabbisogno di dotazione organica.

**Tabella 1 – Matrice di Conto Economico Gestionale per CdC**

COSTI E RICAVI	Descrizione	CdC 1	CdC 2
Ricavi interni	Servizi intermedi verso altra UO	Valori monetari	Valori monetari
Ricavi esterni	Tariffe, DRG	Valori monetari	Valori monetari
Ricavi totali	<b>Ricavi interni+esterni</b>	Valori monetari	Valori monetari
Merci	Medicinali, materiali e generi di consumo	Valori monetari	Valori monetari



COSTI E RICAVI	Descrizione	CdC 1	CdC 2
Personale	Teste equivalenti	Valori monetari	Valori monetari
Ammortamenti	Ripartizione dei costi sugli anni di vita utile del bene acquistato	Valori monetari	Valori monetari
Servizi intermedi	Consulenze da altre U.O.	Valori monetari	Valori monetari
Costi diretti totali	<b>Somma di tutti i costi sopra identificati</b>	Valori monetari	Valori monetari
1° margine operativo	<b>Ricavi totali - costi diretti totali</b>	Valori monetari	Valori monetari
Costi indiretti	Servizi sanitari indiretti, servizi generali, servizi alberghieri	Valori monetari	Valori monetari
2° margine operativo	<b>1° margine - costi indiretti → utile o perdita</b>	Valori monetari	Valori monetari

**Tabella 2 – Indicatori di Key Performance di unità operativa - dimensione qualitativa**

Profilo	Nome dell'indicatore	Razionale	Formula
Efficacia	<u>Indice di complicità</u>	Analizza il livello di sicurezza raggiunto dall'Unità Operativa (UO) nella gestione di complicanze come le infezioni correlate all'assistenza, gli eventi sentinella, le cadute	N. di complicanze registrate nei pazienti dimessi/ n. dimissioni effettuate (%)
	<u>Indice di risposta al trattamento</u>	Rappresenta una specifica evidenza dell'efficacia dell'attività assistenziale sulla creazione di salute e benessere dell'assistito	N. di pazienti dimessi con esito positivo al trattamento/n. pazienti dimessi (%)
	<u>Tasso di mortalità intra-ospedaliera</u>	Analizza l'efficacia delle cure di UO sulla popolazione dei ricoverati in UO	(N. decessi/n. ricoverati) x tempo
	<u>Tasso di ripetizione dei ricoveri</u>	Esamina il quantitativo di ricoveri ripetuti nella stessa UO in un arco temporale specifico dando indicazione di efficacia	N. ricoveri ripetuti in UO entro l'anno/n. dimessi
Efficienza e produttività	<u>Grado di appropriatezza dei ricoveri</u>	Valutazione sintetica dell'appropriatezza dei ricoveri effettuati nell'UO	N. ricoveri impropri/n. totali ricoveri
	<u>Peso medio delle prestazioni</u>	Permette di dare indicazioni sulle complessità delle prestazioni erogate	Totale dei punti DRG delle prestazioni erogate nel periodo/n. di pazienti dimessi nel periodo





Profilo	Nome dell'indicatore	Razionale	Formula
	<u>Tasso di utilizzo della struttura</u>	Mette in evidenza le aree su cui intervenire per sfruttare la massima capacità produttiva dell'UO	Giornate di ricovero effettuate/posti letto effettivamente utilizzabili per n. giornate lavorative comprese nel periodo (%)
	<u>Indice di turnover o rotazione</u>	Indica la capacità dell'UO di ottimizzare i tempi e le condizioni di degenza e di accesso, da considerare in correlazione con Peso medio delle prestazioni e Tasso di utilizzo della struttura	N. dimissioni effettuate/posti letto disponibili
	<u>Tasso di occupazione dei posti letto o di saturazione</u>	Dà indicazioni sulla capacità di occupazione dell'UO	Giornate di degenza/posti letto x 365 gg. (%)
	<u>Durata media di degenza per ricovero</u>	Inversamente proporzionale con l'efficienza	Giornate di degenza/n. ricoveri (in giorni)

**Tabella 3 – Indicatori di Key Performance di unità operativa - dimensione di risultato**

Profilo	Nome dell'indicatore	Razionale	Formula
<b>Economico-finanziario</b>	<u>Indice di autosufficienza economica</u>	Capacità dell'UO di reintegrare attraverso il valore delle prestazioni erogate i costi di gestione, ossia valuta i ricavi e i costi di conto economico	Valore delle prestazioni erogate/costo del venduto (%)
	<u>Incidenza del fatturato sul valore della produzione</u>	Incidenza del ricavo di UO sul valore prodotto dalla prestazione, ossia il rapporto tra i ricavi e il valore dell'output	Valore delle prestazioni erogate/valore della produzione (%)
<b>Competitivo</b>	<u>Indice di attrazione</u>	Livello di attrazione extrateritoriale (provinciale o regionale) dell'UO	N. dimissioni "fuori bacino"/n. dimissioni (%)
	<u>Tasso di crescita delle prestazioni</u>	Esprime il livello di crescita nel volume di attività dell'UO	N. dimessi periodo (X)- n. dimessi periodo (X-1)/n. dimessi periodo (X-1) → %

L'implementazione della *dashboard* è affidata al contesto operativo UOC Malattie Infettive - ASST Ovest Milanese - Polo Ospedaliero di Legnano. Ci si limita, per praticità di tempo, spazio e per rile-

vanza economica, ad analizzare l'attività di processo clinico-assistenziale della degenza, tralasciando dalle considerazioni analitiche le attività di tipo ambulatoriale, che meritano un approfondimen-

to in separata sede. È doveroso, inoltre, specificare che gli anni di riferimento effettivi di analisi sono il 2019, confrontato, per il principio di comparabilità, con l'anno precedente 2018, per motivazioni contingenti alla pandemia di SARS-CoV-2. Come spesso volte accade il divario tra teoria e prassi risulta fortemente frustrante e demotivante per i professionisti. Questo spinge alla scelta di porsi

nell'ottica della fattibilità di tutti i percorsi teorici. Pertanto, la raccolta di informazioni è mirata all'effettiva esigenza da parte del Coordinatore di fruire di dati pronti ad un uso diretto, semplificato e immediato da richiedere al servizio di Controllo di Gestione. Date queste premesse, è ora possibile presentare il *check* dello strumento nella sua versione esemplificativa.

**Tabella 4 – Conto Economico per Centro di Costo UOC Malattie Infettive: Attività di Degenza**

COSTI E RICAVI	Anno 2018	Anno 2019	Delta_valore	Delta_%
Ricavi interni	225.059 €	297.354 €	72.295 €	32%
Ricavi esterni	1.859.686 €	1.622.409 €	-237.277 €	-13%
<b>Ricavi totali</b>	<b>2.084.745 €</b>	<b>1.919.763 €</b>	<b>-164.982 €</b>	<b>-8%</b>
Merci	8.370.550 €	7.256.125 €	-1.114.425 €	-13%
Personale	1.590.329 €	1.765.398 €	175.069 €	11 %
Ammortamenti	3.864 €	3.378 €	-486 €	-13%
Servizi intermedi	225.059 €	297.354 €	72.295 €	32%
<b>Costi diretti totali</b>	<b>10.189.802 €</b>	<b>9.322.255 €</b>	<b>-867.547 €</b>	<b>-9%</b>
<b>1° margine operativo</b>	<b>-8.105.057 €</b>	<b>-7.402.492 €</b>	<b>702.565 €</b>	<b>-9%</b>
Costi indiretti	2.037.960 €	1.864.451 €	-173.509 €	-9%
<b>2° margine operativo</b>	<b>-10.143.017 €</b>	<b>-9.266.943 €</b>	<b>876.075 €</b>	<b>-9%</b>

**Tabella 5 – Indicatori di Key Performance UOC Malattie Infettive: Attività di Degenza**

Profilo	Nome dell'indicatore	Anno 2018	Anno 2019	Delta_valore	Delta_%
<b>Efficacia</b>	<u>Tasso di mortalità intra-ospedaliera</u>	4%	2%	-2%	-50%
<b>Efficienza e produttività</b>	<u>Peso medio delle prestazioni</u>	1,531	1,304	-0,227	-15%
	<u>Tasso di utilizzo della struttura</u>	85%	89%	+4%	+5%
	<u>Indice di turnover o rotazione</u>	25	27	+2	+8
	<u>Tasso di occupazione dei posti letto o di saturazione</u>	85%	89%	+4%	+5%
	<u>Durata media di degenza per ricovero</u>	12 gg.	12,2 gg.	+0,2	+2%

**Tabella 6 – Indicatori di Key Performance UOC Malattie Infettive: Attività di Degenza**

Profilo	Nome dell'indicatore	Anno 2018	Anno 2019	Delta_valore	Delta_%
Economico-finanziario	Indice di autosufficienza economica	-17%	-17%	0	0
Competitivo	Tasso di crescita delle prestazioni	Non Valutabile	5%	Non Valutabile	Non Valutabile

**Tabella 7 – Full Time Equivalent (FTE) e posti letto UOC Malattie Infettive-Degenza**

Figure Professionali	Anno 2018	Anno 2019	Delta_valore	Delta_%
Medici	6	5,92	-0,08	-1%
Infermieri	11	11	0	0%
Personale tecnico (OSS)	6	6	0	0%
Posti letto	14	14	0	0%

**Tabella 8 – Dati sintetici di UOC Malattie Infettive-Degenza**

Descrizione	Anno 2018	Anno 2019	Delta_valore	Delta_%
Giornate di degenza	4.332	4.552	220	5%
Tasso di occupazione	85%	89%	1%	1%
Standard di riferimento: minuti assistenziali per degente nelle 24 h	240 minuti	240 minuti	0	0

Una volta ottenuti i dati occorrenti al raggiungimento dell'obiettivo si procede con le seguenti misurazioni:

- A) Calcolo fabbisogno assistenziale annuo → totale giorni di degenza per minuti di assistenza previsti da *standard* = minuti assistenza annua; minuti assistenza annua/60 minuti = fabbisogno orario annuale;
- B) Calcolo fabbisogno giornaliero e settimanale →

fabbisogno annuale/365 gg. = fabbisogno giornaliero; fabbisogno giornaliero per 7 giorni = fabbisogno settimanale;

- C) Calcolo dotazione operatori necessari → fabbisogno settimanale/36 h = numero operatori in turno (complessivo di tutte le qualifiche assistenziali); fabbisogno orario annuale/1500 h effettive annue lavorate da un operatore = numero di operatori unità (complessivo di tutte le qualifiche assistenziali).

**Tabella 9 – Risultati di fabbisogno e dotazione organica UOC Malattie Infettive-Degenza**

	Anno 2018	Anno 2019
Fabbisogno assistenziale annuo	17.328 h	18.208 h
Fabbisogno assistenziale giornaliero	47 h	50 h
Fabbisogno assistenziale settimanale	332 h	349 h
Dotazione operatori in turno	9,23	9,70
Dotazione operatori unità	11,55	12,14

## Discussione

Per quanto le azioni poste in essere dal Coordinatore Infermieristico siano dei piccoli passi, non marginali, ma non in grado di condurre a uno stravolgimento d'impatto sulla situazione generale, l'assunzione di consapevolezza della condizione economico-organizzativa e dell'asse qualitativo riferibile all'unità operativa da parte del Coordinatore risulta essere sempre vantaggiosa in termini di efficacia ed efficienza nelle manovre di miglioramento, potenziamento e/o ri-orientamento delle prestazioni sanitarie erogate.

## Conto Economico Gestionale per Centro di Costo: UOC Malattie Infettive - Attività di Degenza

Il Conto Economico (CE) fornisce una panoramica generale dell'andamento economico-organizzativo afferente alla sfera clinico-assistenziale dell'unità operativa oggetto di analisi. Innanzitutto, a causa della mancata informatizzazione di alcuni elementi, quali i ricavi derivanti dalle prestazioni intermedie, degli anni 2018 e 2019, e verificatasi in epoca successiva al 2019, il Controllo di Gestione non possiede la facoltà di renderli disponibili. La prima criticità da dover affrontare risulta, dunque, quella relativa all'esigenza di non inciuciare in maniera eccessiva l'esito del presente CE. Si decide di valorizzare i ricavi derivanti dalle prestazioni intermedie dell'unità operativa come equivalenti e sovrapponibili ai costi dovuti ai medesimi servizi intermedi. Un'ulteriore difficoltà concerne l'imputazione dei costi indiretti. Questa problematica si risolve con l'accettazione di una condizione universalmente concordata nell'ambito della contabilità analitica, che prevede una loro rendicontazione, per convenzione, pari al 20% dei costi totali. Dal CE si evince che l'UOC di Malattie Infettive nella sua attività di degenza versa in condizioni fortemente compromesse, sia a livello di costi che di ricavi. Questa informazione viene verificata dalla presenza di un primo margine operativo e un margine di secondo livello, su entrambi gli anni di interesse, prepotentemente negativi. Si conviene che l'unità operativa non genera un utile, al contrario, una perdita onerosa. Come giustificazione plausibile alla condizione svantaggiosa si ricorda che il bacino di utenza afferente all'UOC presenta per lo più caratteristi-

che di emarginazione sociale. Inoltre, tramite un'analisi dettagliata delle voci di costo emerge chiaramente la preponderanza di una categoria di farmaci molto dispendiosi inseriti in uno speciale flusso denominato "file F". Sottoposto ad una osservazione più accurata, il CE mostra nel 2019 un calo nei ricavi totali pari all'8%, un incremento dei costi relativi alle risorse umane nell'ordine dell'11% e un'inversione di rotta per quanto riguarda il decrescere dei costi delle risorse materiali (-13%). Sebbene i valori ottenuti siano notevolmente sfavorevoli alla ripresa economica dell'unità operativa con il raggiungimento di un bilancio di pareggio in tempi brevi, si può osservare un marginale *trend* di miglioramento volto all'efficienza economica allorché si effettui una comparazione tra i due anni, 2018 e 2019, se si prendono in considerazione i due margini operativi. In un quadro economico così variegato, complesso e critico, le azioni demandate al Coordinatore Infermieristico rappresentano un granello nel mare tempestoso. Pertanto, pur non ingenerando una sostanziale differenza nella situazione generale, gli interventi correttivi e l'accurata gestione economico-organizzativa da parte del Coordinatore rappresentano un primo passo verso il raggiungimento del benessere e dell'efficienza economica di unità operativa. Il Coordinatore Infermieristico può agire potenzialmente sul primo margine operativo avendo a disposizione due possibili leve su cui incidere con la propria supervisione e il proprio apporto mirato:

- i ricavi;
- i costi diretti.

Per quanto concerne i ricavi, risulta necessario ottimizzare ai massimi livelli la valorizzazione delle prestazioni assistenziali tramite il tariffario DRG, uniformando gli operatori a una compilazione accurata della cartella infermieristica. Questo tipo di azione prevede una stretta collaborazione con la controparte clinico-medica. A livello puramente utopico si porrebbe la necessità di orientarsi verso una specializzazione, una selezione e un potenziamento dei casi più redditizi e promettenti. A questo scopo specifico occorre in soccorso il peso DRG, che dà indicazioni utili alla selezione delle patologie più remunerative. Alcuni esempi sono: le malattie e i disturbi del sistema nervoso, le malattie e i disturbi del sistema cardio-circolatorio, le malattie e i disturbi dell'apparato osteo-muscolare e tes-

suto connettivo, le malattie infettive e parassitarie, le infezioni da HIV.

Guardando ai costi diretti, si rivela fondamentale ridurre ai minimi termini gli sprechi quanto a consumo di materiali, dispositivi e risorse di vario genere, sensibilizzando la responsabilità degli operatori nel processo assistenziale e garantendo *feedback* di rinforzo o ri-orientamento. In definitiva, per dare maggiore visibilità e immediata significatività alle diverse variabili del CE si usufruisce del calcolo del "delta valore" e del "delta percentuale", che, rispettivamente, illustrano una variazione tra valori, nel presente caso specifico, una distinzione tra i dati dei due anni indagati, espressi sotto forma di numero monetario oppure in forma percentuale.

## **Indicatori di Key Performance per Centro di Costo: UOC Malattie Infettive - Attività di Degenza**

Nell'implementazione dell'area degli indicatori di *Key Performance* si sono riscontrate alcune problematiche. L'impedimento di maggior peso, che ha precluso l'opportunità di utilizzare tutti gli indicatori così come presentati nei loro aspetti teorici, è stato l'indisponibilità da parte del Controllo di Gestione di alcuni dati complessi. Secondo il principio della fattibilità, su cui poggia la progettazione della *dashboard* operativa di riferimento, allo scopo di dare al Coordinatore un inquadramento immediato e semplificato della condizione di benessere economico-organizzativo in cui versa l'unità operativa da lui gestita, tutti gli sforzi vengono diretti verso la formulazione di alcuni indicatori, escludendone consapevolmente altri, ovvero quelli che richiedono una raccolta e un'analisi gravose a livello di tempistica e di spazio. Ad esempio vengono tralasciati, sebbene rappresentino un'area di efficacia e di qualità molto interessante da indagare, l'indice di complicità, l'indice di risposta al trattamento e il tasso di ripetizione dei ricoveri. Per la sezione efficienza e produttività viene escluso il grado di appropriatezza dei ricoveri. A sua volta nell'ambito del risultato non viene considerato l'indice di attrazione né l'incidenza del fatturato sul valore della produzione. Nel trattamento della dimensione qualitativa clinico-assistenziale emerge chiaramente la tendenza da parte dell'unità operativa all'ottimizzazione nei termini di efficacia ed efficienza oltre che

di produttività. A sostegno di questo *trend*, diretto al miglioramento economico-organizzativo, vengono in soccorso tutti gli indicatori valutati: il tasso della mortalità intra-ospedaliera si riduce della metà nel passaggio dal 2018 al 2019, il tasso di utilizzo della struttura, perfettamente sovrapponibile con il tasso di occupazione dei posti letto, mostra una crescita del +4% nel 2019 con un uguale incremento dell'indice di rotazione dei posti letto. Quest'ultimo indicatore è correlato con molta probabilità con la riduzione della complessità delle prestazioni erogate nel 2019, sebbene di natura talmente scarsa (-0,227) da risultare pressoché impercettibile. La durata media di degenza per ricovero nell'anno 2019 risulta invariata rispetto all'anno precedente. All'interno dell'ambito delle *performance* di risultato si assiste a una conferma della mancata autosufficienza economico-finanziaria dell'unità operativa, come già dimostrato in precedenza dal Conto Economico per entrambi gli anni di pertinenza. Al contrario, si osserva un potenziamento del volume di attività dell'UOC con un tasso di crescita delle prestazioni nell'anno 2019 pari al +5%. L'UOC nell'anno 2019 non manifesta *performance* di eccellenza e si mantiene su un'erogazione delle prestazioni standard. Si può concludere, pertanto, sottolineando quanto sia rilevante per il Coordinatore venire a conoscenza del quadro generale, in modo tale da poter incidere sul potenziamento, o se non altro sul mantenimento degli aspetti clinico-assistenziali positivi in termini di efficacia, efficienza, qualità e risultati economico-finanziari. In collaborazione con la classe dirigenziale medica, il Coordinatore ha la facoltà, inoltre, di procedere nel dare una forte spinta all'ottimizzazione della saturazione della struttura, aumentando l'indice di *turnover* e riducendo le giornate medie di degenza.

## **Dotazione organica assistenziale: UOC Malattie Infettive - Attività di Degenza**

L'unità operativa di Malattie Infettive viene considerata una specialità a elevata assistenza, caratterizzata da una quota assistenziale, come previsto dagli *standard* di riferimento di Regione Lombardia, dell'ordine di 240 minuti per degente e nelle 24 ore. Nella sua valutazione si procede a calcoli numerici accurati che sinteticamente riguardano l'area del fabbisogno assistenziale annuo, del fabbi-

sogno giornaliero e settimanale, della dotazione degli operatori necessari. Sulla scia dei valori ottenuti dalle misurazioni effettuate si può affermare, con cognizione di causa, e con risultati pressoché sovrapponibili per entrambi gli anni considerati, che l'unità operativa di Malattie Infettive soddisfa appieno i criteri di dotazione assistenziale prestabiliti dalla Regione Lombardia, superando di gran lunga le aspettative. Nonostante tutti i limiti che un tale approccio mette in evidenza, in quanto risulta eccessivamente riduttivo, non prendendo in considerazione le molteplici e variegate dimensioni implicate nel conteggio dell'effettivo fabbisogno organico da soddisfare nell'unità operativa, il Coordinatore ne può usufruire per ottenere una panoramica iniziale delle eventuali carenze organiche da colmare e su cui incidere con richieste oggettivamente e, pertanto, meritevoli di ascolto da parte della direzione.

## Conclusioni

Sebbene il Coordinatore Infermieristico nella realtà italiana non sia il titolare autonomo del *budget* di unità operativa, ma ne sia in via limitata il collaboratore per quel che riguarda la gestione della linea clinico-assistenziale, non si possono continuare a ignorare il suo stato di avanzamento nel ruolo manageriale e la sua responsabilità nel raggiungimento di obiettivi economici. La concezione, ormai obsoleta, secondo cui le competenze di natura puramente economica della linea intermedia di unità operativa debbano essere demandate ad altre figure professionali, tipicamente mediche, deve essere abbandonata in favore di una visione moderna e attuale del Coordinatore, un *manager* operativo a tutto tondo. Il Coordinatore non può più nascondersi dietro a giustificazioni limitanti, ma deve obbligatoriamente cogliere l'opportunità di acquisire con sempre maggiore competenza un raggio di azione esteso anche all'ambito economico-manageriale, per quanto ostico esso si dimostri. Nell'ottica della razionalizzazione delle risorse di un ambito, quello sanitario, dominato dalle ristrettezze di fondi monetari, il Coordinatore, importante ingranaggio per il raggiungimento dell'efficienza economica, non può più permettersi di affidare alla gestione economico-finanziaria di unità operativa un ruolo marginale. Il Coordinatore Infermieristico dei tempi moderni è chiamato non solo a occupare un ruolo di rilievo nello sviluppo

delle proprie competenze manageriali-economiche, quanto anche a una funzione di guida, sostegno, accrescimento e valorizzazione delle capacità dei propri collaboratori. Ecco quindi che si delinea la prima possibile integrazione: l'approfondimento della tematica sulla *leadership*, di cui il Coordinatore deve essere provvisto in abbondanza, e che, in sinergia con le attitudini di *management*, rappresenta la formula del successo in un ambiente organizzativo in continua e costante evoluzione. La qualità dell'assistenza, intesa anche come clima di benessere che il Coordinatore contribuisce a instaurare tra i professionisti, e la rilevazione degli indicatori più idonei alla sua valutazione rappresentano un'ulteriore occasione di indagine e integrazione futura alla *dashboard* presentata. Inoltre, sarebbe interessante, in uno scenario successivo, riproporre lo strumento e valutarne, tra i componenti della fascia cui la *dashboard* è rivolta, l'applicabilità. L'assunzione di consapevolezza dei suoi punti deboli risulterebbe elemento imprescindibile al ri-orientamento delle azioni verso gli interventi correttivi da porre in atto e possibilmente verso gli approfondimenti da integrare alla presente opera di ricerca.

## Bibliografia

- ALBERY L.R. (2001), *The effects of reengineering on hospital performance indicators. A dissertation*, Western Michigan University. [Consultato il 26 novembre 2021]. Disponibile da: [search.proquest.com](http://search.proquest.com).
- ASST Ovest Milanese (2019), *Funzionigramma POAS 2016-2018* [online]. Sistema Socio-Sanitario Regione Lombardia. [Consultato il 19 novembre 2021]. Disponibile da: <http://asst-ovestmi.it>.
- ASST Ovest Milanese (2019), *Organigramma POAS 2016/2018* [online]. Sistema Socio-Sanitario Regione Lombardia. [Consultato il 19 novembre 2021]. Disponibile da: <http://asst-ovestmi.it>.
- ASST Ovest Milanese (2019), *Relazione sulla performance anno 2019. Redatto ai sensi dell'art. 10, comma 1, lett. b) del d.lgs. 150/2009 s.m.i.* [online]. Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia. [Consultato il 19 novembre 2021]. Disponibile da: <http://asst-ovestmi.it>.
- BARRESI G. (2004), *La misurazione della performance nelle aziende ospedaliere*, I ed., Torino: Giappichelli G. Editore.

- BASU A., HOWELL R. e GOPINATH D. (2010), *Clinical performance indicators: intolerance for variety?*, in *International Journal of Health Care Quality Assurance* [online], 23(4), 436-449. [Consultato il 26 novembre 2021]. Disponibile da: doi: 10.1108/09526861011037489.
- CALAMANDREI C. e ORLANDI C. (2002), *La dirigenza infermieristica: manuale per la formazione dell'infermiere con funzioni manageriali*, II ed., Milano: McGraw-Hill.
- CALAMANDREI C. (2015), *Manuale di management per le professioni sanitarie*, a cura di Carlo Orlandi, IV ed., Milano: McGraw-Hill.
- CHEN J., RADFORD M.J., WANG Y., MARCINIAK T.A. e KRUMHOLZ H.M. (1999), *Performance of the '100 top hospitals': what does the report card report*, in *Health Affairs* [online], 18(4), 53-68. [Consultato il 26 novembre 2021]. Disponibile da: doi: 10.1377/hlthaff.18.4.53.
- DIERS D., HENDRICKSON K., RIMAR J. e DONOVAN D. (2013), *Understanding nursing units with data and theory*. *CNE Series* [online]. 31(3), 110-117. [Consultato il 26 novembre 2021]. Disponibile da: search.proquest.com.
- DUFFIELD C. (1994), *Nursing unit managers: Defining a role*, in *Nursing Management* [online]. 25(4), 63. [Consultato il 26 novembre 2021]. Disponibile da: <https://www-proquest-com.liuc.idm.oclc.org/scholarly-journals/nursing-unit-managers-defining-role/docview/231400274/se-2?accountid=35281>.
- GRIFFITH J.R. e ALEXANDER J.A. (2002), *Measuring comparative hospital performance*, in *Journal of Healthcare Management* [online]. 47(1), 41-57. [Consultato il 26 novembre 2021]. Disponibile da: doi: 10.1097/00115514-200201000-00009.
- GRISI G. (1997), *Introduzione alle misure di efficienza nelle aziende ospedaliere*, I ed., Trieste: Edizioni Goliardiche.
- HOLT H.D. (2012), *Hospital performance: an empirical examination of organizational predictors and moderators*. A dissertation, The Pennsylvania State University. [Consultato il 26 novembre 2021]. Disponibile da: search.proquest.com.
- Italia. ARAN, (2016), *Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro relativo al personale del comparto sanità triennio 2016-2018*. CCNL [online], 1° gennaio 2016-31 dicembre 2018. [Consultato il 14 novembre 2021]. Disponibile da: <http://aranagenzia.it>.
- Italia. Il Presidente della Repubblica (1992), *Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 42*, decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. [online], 1° gennaio 1993. G.U. 30 dicembre 1992. [Consultato il 14 novembre 2021]. Disponibile da: <http://normattiva.it>.
- Italia. Il Presidente della Repubblica (2009), *Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni*, decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150. [online], 15 novembre 2009. G.U. 31 ottobre 2009. [Consultato il 14 novembre 2021]. Disponibile da: <http://normattiva.it>
- LEGA F. e VENDRAMINI E. (2008), *Budgeting and performance management in the Italian National Health System (INHS)*. *Journal of Health Organization and Management* [online]. 22(1), 11-22. [Consultato il 26 novembre 2021]. Disponibile da: doi: 10.1108/14777260810862371.
- LIN L.-M., WU, J.-H. e WHITE L.P. (2005), *Managerial activities and skills of nurse managers: an exploratory study*, *Hospital Topics* [online]. 83(2), 2-9. [Consultato il 26 novembre 2021]. Disponibile da: doi: 10.3200/htps.83.2.2-9.
- MAGGI D. (2003), *Sistemi di controllo di gestione nelle aziende sanitarie*, I ed., Milano: Giuffrè Editore.
- MARRA F. (2010), *Le funzioni di coordinamento delle professioni sanitarie: aspetti contrattuali e management*, I ed., Milano: FrancoAngeli.
- McFARLAN S. (2020), *An experiential educational intervention to improve nurse managers' knowledge and self-assessed competence with health care financial management*, in *The Journal of Continuing Education in Nursing* [online]. 51(4), 181-188. [Consultato il 30 ottobre 2021]. Disponibile da: doi: 10.3928/00220124-20200317-08.
- Ministero della Salute (2012), *Manuale di formazione per il governo clinico: monitoraggio delle performance cliniche* [online]. Salute.gov.it. [Consultato il 12 novembre 2021]. Disponibile da: [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1688\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1688_allegato.pdf).
- MINTZBERG H. (1996), *La progettazione dell'organizzazione aziendale*, II ed., it. Bologna: Il Mulino.

- MULLEN P.M. (2004), *Using performance indicators to improve performance*, in *Health Services Management Research* [online]. 17(4), 217-.228. [Consultato il 26 novembre 2021]. Disponibile da: doi: 10.1258/0951484042317723.
- NARANJEE N., NGXONGO T.S.P. e SIBIYA M.N. (2019), *Financial management roles of nurse managers in selected public hospitals in KwaZulu-Natal province, South Africa*, *Afr J Prm Health Care Fam Med* [online]. 11(1), a1981. [Consultato il 26 novembre 2021]. Disponibile da: doi: org/10.4102/phcfm.v11i1.1981.
- PENNINI A. e BARBIERI G. (2017), *Le responsabilità del coordinatore delle professioni sanitarie*, II ed. Milano: McGraw-Hill.
- PENNINI A. (2013), *Strumenti di management per i coordinatori delle professioni sanitarie*, I ed., Milano: McGraw-Hill.
- SULLIVAN E.J. (2012), *Effective leadership and management in nursing*, 8<sup>th</sup> ed., international ed. Boston: Pearson.
- VENDRAMINI E. (2004), *Il sistema di budget per le aziende sanitarie pubbliche*, I ed., Milano: McGraw-Hill.
- WALSH A.P., HARRINGTON D. e HINES P. (2020), *Are hospital managers ready for value-based healthcare?*, in *International Journal of Organizational Analysis* [online]. 28(1), 49-65. [Consultato il 26 novembre 2021]. Disponibile da: doi: 10.1108/ijoa-01-2019-1639.
- YOUNG D.W. (2008), *Management accounting in health care organizations*, 2nd ed., international ed. San Francisco: A Wiley Imprint.
- ZANGRANDI A. (a cura di) (2011), *Economia e management per le professioni sanitarie*, Milano: McGraw-Hill.



# Dati, flussi informativi e territorio: spunti per la sanità del domani

Paolo Barletta<sup>1</sup>, Edoardo Croce<sup>2</sup>, Davide Croce<sup>1</sup>, Corrado Scolari<sup>3</sup>, Peter Assebergs<sup>4</sup>, Walter Bergamaschi<sup>5</sup>, Anna Maria Maestroni<sup>6</sup>, Lorenzo Maffiolì<sup>7</sup>, Paola Mosa<sup>8</sup>, Flavia Simonetta Pirola<sup>4</sup>, Ettore Presutto<sup>9</sup>, Giovanni Palazzo<sup>10</sup>, Paola Lattuada<sup>6</sup>, Franco Milani<sup>3</sup>, Gianluca Bracchi<sup>8</sup>, Massimo Lombardo<sup>11</sup>, Salvatore Gioia<sup>12</sup>

### Introduzione: la transizione digitale

Gli ultimi due anni di pandemia da Covid-19 hanno segnato una svolta per il nostro Servizio Sanitario Nazionale (SSN), ora esigente di nuovi bisogni, ai quali, tramite il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), si è cercato di dare risposta. Tra i principali, sicuramente possiamo trovare la necessità di una transizione digitale che rappresenta una delle priorità maggiormente enfatizzate dal Piano ed è il fulcro più promettente delle profonde trasformazioni in corso nella società. La digitalizzazione, difatti, viene ritenuta un mezzo attraverso il quale si possa fornire una risposta adeguata alle problematiche evidenziate durante la fase acuta dell'evento pandemico come, ad esempio, l'impossibilità di avere contatti interpersonali e relazioni tradizionali. A tal proposito, il PNRR ha individuato tre assi strategici, condivisi a livello europeo, per la modernizzazione del Paese, cui è destinato circa il 27% delle risorse disponibili: (1) transizione digitale e innovazione (2), transizione ecologica e (3) inclusione sociale (Governo Italiano, 2021). In particolare, nell'ambito della Missione 6, dedicata alla salute, sono previsti 15,63 miliardi di euro e, relativamente all'intervento M6C1 ("Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale"), un miliardo è allocato per lo sviluppo della telemedicina e circa tre miliardi per l'assistenza domiciliare integrata (ADI) con l'obiettivo di rafforzare l'assistenza sul territorio e al domici-

lio del paziente. Il Piano prevede la definizione di linee guida per l'implementazione della telemedicina definite dal Ministero della Salute, cui si aggiungeranno finanziamenti regionali *ad hoc* per valorizzare esperienze virtuose già in corso o nuove proposte, purché coerenti con gli indirizzi di cui sopra: l'interoperabilità con il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) è resa condizione necessaria per ottenere i finanziamenti.

A tale contesto si aggiungono le risorse della missione M6C2 ("Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale") che costituisce un altro importante tassello affinché innovazioni come la telemedicina possano esprimere a pieno il loro potenziale. Gli interventi previsti vanno nella direzione della creazione delle condizioni necessarie per consolidare e innovare la struttura tecnologica e digitale del SSN a livello centrale e regionale, ammodernare il parco tecnologico e digitale ospedaliero, rafforzare l'infrastruttura tecnologica e gli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione, sviluppare le competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario. Ma l'utilizzo di tecnologie digitali nei servizi sanitari e sociosanitari non rappresenta, di per sé, una garanzia di innovazione dell'assistenza; è necessario, infatti, che all'investimento in ICT faccia seguito una revisione dei modelli organizzativi di erogazione dei servizi, sia territoriali che ospedalieri, orientati alla medicina di iniziativa

(1) Centro sull'Economia ed il Management nella Sanità ed il Sociale – LIUC Business School.

(2) IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi.

(3) ATS Montagna.

(4) ASST Bergamo Ovest.

(5) ATS Milano Città Metropolitana.

(6) ASST Pini – CTO.

(7) ASST Sette Laghi.

(8) ASST Cremona.

(9) ATS Insubria.

(10) ASST Nord Milano.

(11) ASST degli Spedali Civili di Brescia.

(12) ASST Lodi.

cui corrispondano rinnovate modalità di riconoscimento dell'attività svolta. L'investimento in tecnologie deve poi essere vincolato ad un parallelo investimento in formazione e specializzazione per la digitalizzazione, attraverso nuove competenze, sia tecniche sia organizzative, del personale del SSN. La formazione specifica dedicata a sviluppare competenze nel campo della telemedicina nel personale sanitario deve prevedere anche una pari crescita e sensibilità da parte dei cittadini fruitori del sistema nei confronti di questa modalità di approccio alla salute: oggi le persone che dovrebbero trovare maggior beneficio, anziani e pazienti cronici comorbidi, non scelgono volentieri la modalità da remoto, per i limiti oggettivi nella relazione medico-paziente che l'accompagna. Sarà inoltre imprescindibile accompagnare questo percorso con la revisione dei modelli organizzativi di erogazione dei servizi, sia territoriali che ospedalieri.

## L'utilizzo di nuove tecnologie in sanità e la telemedicina

Gli interventi sopra riportati verrebbero supportati attraverso l'utilizzo di sistemi di Intelligenza Artificiale (IA) sia come Automazione Intelligente (AI) sia come sistemi di Apprendimento automatico - quali Machine Learning (ML) e Deep Learning (DL). Senza entrare ora nei dettagli di queste nuove tecnologie, basti ricordare che, grazie ad esse, viene incrementata l'efficienza dei sistemi (Optimized hardware) tramite l'automazione dei processi che porta ad una riduzione i costi, così come a liberare tempo e risorse per altre priorità. I sistemi di ML e DL (Amodeo *et al.*, 2021) potranno permettere invece, utilizzando anche i dati provenienti dal FSE, di migliorare di molto la diffusione della medicina predittiva e diagnostica medica (De Gobbi e Collecchia, 2021), della medicina personalizzata e di precisione, nonché, a livello di popolazione, di indirizzare verso modalità di approccio "One Health" per la sorveglianza epidemiologica e per la rimodulazione dei servizi sanitari.

L'utilizzo, anche se ancora parziale, di questi sistemi nel corso della pandemia da Covid-19 ha permesso la realizzazione in tempo reale delle previsioni di espansione dell'epidemia in funzione dei comportamenti della popolazione e della valutazione dell'impatto della campagna vaccinale.

La combinazione dell'utilizzo dell'IA, dell'apprendimento automatico (Machine Learning e Deep Learning) per migliorare l'integrità dei dati e ridurre l'errore umano, permetterebbe di ottenere decisioni migliori basate su dati migliori con riduzione dei rischi per il paziente (Bennett and Hauser, 2013; Shahid, Rappon and Berta, 2019). La loro introduzione in medicina e sanità avrebbe, dunque, un ampio impatto sul miglioramento dell'accuratezza della diagnosi e della cura, grazie all'ampia disponibilità di dati a cui l'IA può attingere e la capacità di processazione degli stessi che può adottare; nel contempo, l'introduzione dei sistemi di automazione ("automazione intelligente") permetterà (e, in alcuni casi, risulta già implementata con ottime *performance*) l'esecuzione automatizzata di attività che, ad oggi, vengono svolte ancora manualmente.

Una transizione digitale viene resa oggi ancor più necessaria a causa della situazione attuale che vede un generale congestionamento delle strutture che offrono prestazioni sanitarie, con un elevato volume di domanda di servizi che rimane inevaso per lungo tempo, una difficile (se non a volte impossibile) individuazione da parte del servizio sanitario delle priorità con prevedibili impatti negativi sulle possibilità di cura e sulla soddisfazione dell'utente.

Ciò è dovuto principalmente alla progressiva carenza di personale sanitario in tutti gli ambiti del servizio sanitario e sociosanitario. Coloro che hanno una età più avanzata ricorderanno che molti anni fa in Italia era abbastanza frequente e normale che il medico di famiglia si recasse al domicilio dei propri pazienti in caso di malattia. Questo oggi non avviene più, ma proprio la telemedicina può offrire risposta a queste problematiche e carenze. La telemedicina prevede una modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria, attraverso il ricorso a tecnologie innovative, in particolare alle Information and Communication Technologies (ICT), in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente (o due professionisti, in questo caso si parla di teleconsulto) non si trovano nello stesso luogo. La telemedicina comporta la trasmissione sicura di informazioni e dati di carattere medico nella forma di testi, suoni, immagini o altre forme necessarie per la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e il successivo *follow up* dei pazienti. I servizi di telemedicina rappresentano un formidabile mezzo

per contribuire a ridurre gli attuali divari geografici e territoriali in termini sanitari grazie all'armonizzazione degli standard di cura garantiti dalla tecnologia, nonché garantisce una migliore "esperienza di cura" per gli assistiti, migliorando altresì i livelli di efficienza dei sistemi sanitari regionali, tramite la promozione dell'assistenza domiciliare e di protocolli di monitoraggio da remoto. È necessario evidenziare che la prestazione in telemedicina non sostituisce la prestazione sanitaria tradizionale nel rapporto personale medico-paziente, ma la integra migliorandone l'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza. L'innovazione tecnologica contribuisce alla riorganizzazione delle modalità assistenziali, in particolare allo sviluppo di percorsi di continuità assistenziale ospedale-territorio relativamente alla presa in carico di cittadini cronici e fragili. Tra gli aspetti ritenuti prioritari per l'uso della telemedicina si evidenzia l'integrazione della piattaforma informatica che permetterà l'erogazione delle prestazioni sanitarie da remoto, quale presupposto all'interoperabilità dei servizi offerti.

## L'importanza del "nuovo FSE"

Riguardo al sopracitato Fascicolo Sanitario Elettronico – che diventerà dunque l'infrastruttura digitale contenente l'intera storia clinica degli assistiti, su tutto il territorio nazionale, grazie al costante aggiornamento da parte degli operatori sanitari – sono stati emessi i decreti legislativi già pubblicati in *Gazzetta Ufficiale (G.U.)*; in particolare, attraverso la conversione nella legge n. 25 del 28 marzo 2022 (in *G.U.* n. 73 del 2022) del d.l. n. 4 del 27 gennaio 2022 e la successiva pubblicazione delle linee guida che sintetizzano ed emendano le precedenti raccomandazioni circa l'attuazione del "nuovo FSE" che avverrà nel periodo 2022-2026, è stato deciso che il Fascicolo Sanitario Elettronico verrà alimentato obbligatoriamente con i dati relativi ad ogni prestazione erogata da operatori pubblici e privati accreditati e autorizzati, entro cinque giorni dalla loro effettuazione, con le prime possibili sanzioni in caso di inadempimento.

Una delle novità introdotte dalla legge in commento è dunque rappresentata dall'ampliamento dei soggetti obbligati ad alimentare il FSE, peraltro coinvolti in tutte le fasi di diagnosi, cura e riabilitazione.

Tale accorgimento è stato previsto con la fina-

lità di risolvere una delle maggiori criticità legate al funzionamento attuale del FSE, cioè quella relativa al tardivo caricamento dei dati sanitari all'interno dello stesso.

Oltre alle tempistiche di fruibilità di dati, altre cause che provocano un limitato utilizzo del FSE, sia da parte dei pazienti sia da parte dei professionisti, possono essere sintetizzate come segue:

1. complessità all'accesso al fascicolo: dovrebbe essere garantita una maggior semplicità per l'accesso al FSE. Un report de Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità (2022) della School of Management del Politecnico di Milano ha dimostrato che nel 2021 solo il 38% dei cittadini ne aveva conoscenza e solo il 12% lo utilizzava;
2. incompletezza dei dati attualmente contenuti all'interno del FSE, che dovrebbero poter includere, per esempio, anche gli esiti di prestazioni svolte in regime di solvenza;
3. limitata interoperabilità tra i vari fascicoli elettronici regionali: qualunque sia il luogo dove si sia verificato il contatto con il medico;
4. inadeguatezza della rete informativa a sostenere milioni di connessioni svolte in contemporanea.

Se da una parte vi sono limitazioni all'utilizzo dell'attuale versione del FSE, risulta doveroso anche illustrare gli obiettivi da perseguire per renderlo uno strumento utile ed efficace.

L'importanza epocale della modernizzazione della gestione della documentazione sanitaria è basata sulla possibilità di fruire del potenziale della medicina predittiva e dell'intelligenza artificiale. Tuttavia, il passaggio alla digitalizzazione prevede la necessità della standardizzazione terminologica e semantica, associata alla progressiva scomparsa della documentazione cartacea e al salto qualitativo legato al superamento dei documenti in formato immagine (che sono la rappresentazione attuale dell'archiviazione documentale). Le direttrici d'azione lungo le quali sarebbe necessario operare per raggiungere gli intenti di una digitalizzazione del Servizio (che saranno finanziati dai fondi previsti dal PNRR) sono state elencate nelle Linee guida pubblicate in data 11 luglio 2022 (*Gazzetta Ufficiale*, 2022):

1. garantire servizi essenziali per un'offerta di prestazioni di sanità digitale omogenea e uniforme su tutto il territorio nazionale;

2. uniformare i contenuti, in termini di dati e codifiche adottate, per assicurare la coerenza semantica nel produrre le informazioni che alimentano il FSE, la possibilità di impiego delle stesse nei processi di prevenzione e cura e l'interoperabilità tra organizzazioni e sistemi sanitari;
3. rafforzare l'architettura, per realizzare una infrastruttura di FSE composita di dati e documenti clinici, capace di interoperare con i sistemi informativi in uso presso le diverse strutture sanitarie del territorio;
4. potenziare la governance per garantire la definizione e gestione delle regole di attuazione delle tre dimensioni (servizi, contenuti, architettura).

Le Linee Guida hanno definito i requisiti raccomandati e obbligatori da attuare nel breve, medio e lungo termine necessari a raggiungere gli obiettivi di cui sopra e sono definite partendo dagli obiettivi fissati dal PNRR per il FSE. In particolare, il FSE deve diventare il punto unico ed esclusivo di accesso per i cittadini ai servizi del SSN, nonché un ecosistema di servizi basati sui dati per i professionisti sanitari per la diagnosi e cura dei propri assistiti e uno strumento per le strutture ed istituzioni sanitarie che potranno utilizzare le informazioni cliniche del FSE per effettuare analisi di dati clinici e migliorare la erogazione dei servizi sanitari.

Si riconosce inoltre la necessità di adottare un sistema per il controllo ed il monitoraggio della qualità delle informazioni cliniche e del dimensionamento del FSE.

L'*output* atteso prevede che i dati del FSE, 'pseudo-anonimizzati' (cioè privati degli elementi identificativi, ma che permettano comunque il *data linkage* con altre fonti normative su base individuale), dovranno confluire in un *data lake* centrale (ossia una piattaforma clinico-sanitaria di tutti i dati clinici della popolazione) per finalità di ricerca scientifica e di programmazione sanitaria e in un *repository* clinico per supportare *governance* e modello predittivo delle malattie assieme al Nuovo Sistema Informativo Sanitario - NSIS - (il sistema 'amministrativo' tuttora vigente e gestito da Ministero della Salute e MEF). I dati contenuti all'interno del FSE, inoltre, dovranno consentire di alimentare l'EDS - Ecosistema dei Dati Sanitari; quest'ultimo è una banca dati che ha la finalità di garantire il coor-

dinamento informatico e assicurare servizi omogenei sul territorio nazionale.

Gli interventi sopraelencati rappresentano obiettivi ambiziosi per un sistema che vede la transizione digitale quale elemento fondante. Rimane il dubbio se si riuscirà a svolgere tali azioni nel tempo prefissato, tenuto conto dell'eterogeneità tra i vari servizi sanitari regionali.

## Il framework di Regione Lombardia per il Sistema di Gestione Digitale del Territorio

Lo sviluppo di sistemi territoriali efficienti, che comprendono la telemedicina e l'integrazione con l'ospedale, passa attraverso l'utilizzo di tecnologie digitali innovative.

Regione Lombardia, al fine di individuare i sistemi e le tecnologie digitali che possano supportare il processo di trasformazione del nuovo modello di gestione dei servizi sociosanitari, ha svolto un'attività di analisi dettagliata di tutti i sistemi di gestione attualmente in uso alle strutture del SSR. Questa analisi, condotta attraverso gruppi di lavoro multidisciplinari, ha messo in evidenza la necessità di progettare e realizzare un nuovo ecosistema digitale regionale (Regione Lombardia 2022 A). Il sistema individuato supporta l'erogazione dei servizi sociosanitari sul territorio, rendendo così disponibili gli strumenti informatici e le tecnologie digitali per la gestione delle Case della Comunità e delle Centrali Operative Territoriali.

Condizione essenziale affinché il sistema sia pienamente operativo sono la disponibilità dei dati in tempo reale e una stratificazione della popolazione, già prevista dal d.m. 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale del SSN" (G.U. 22 giugno 2022, n. 144).

In particolare, in Lombardia, dopo la DGR XI/5872 del 24 gennaio 2022 "Determinazioni relative al nuovo sistema per la gestione digitale del territorio" (Regione Lombardia 2022 B), si prevedono le seguenti prospettive nei processi di sviluppo dei servizi sanitari territoriali:

- raccolta, sistematizzazione dei dati sanitari e amministrativi di ciascun paziente;
- utilizzo della digitalizzazione quale strumento di service *redesign* (per esempio, per i processi di medicina di iniziativa);

- utilizzo della digitalizzazione per consentire la re-ingegnerizzazione dei processi inter-professionali;
- la stratificazione della popolazione, scelta delle priorità e supporto alla *compliance* del paziente (es. proposta del PAI – Piano Assistenziale Individuale).

## Disponibilità dei dati sanitari in *real time*, perché è così importante?

In questo momento storico decisori politici e manager del Servizio Sanitario hanno la necessità di reperire soluzioni sempre più efficienti e affidabili che permettano di rispondere ai nuovi e crescenti bisogni di salute di una popolazione sempre più anziana e profondamente segnata dall'esperienza pandemica. Per far fronte a queste necessità, devono essere implementati nuovi modelli di cura al fine di prevenire il rischio di decadimento delle condizioni cliniche e ridurre i costi associati alla gestione delle conseguenti complicazioni delle condizioni di salute.

Possibili soluzioni che potrebbero permettere al Servizio Sanitario di fornire una risposta ai nuovi bisogni potrebbero essere raggiunte attraverso un monitoraggio costante dei dati sanitari ed una loro analisi organizzata e strutturata. Tali soluzioni risultano essenziali nei seguenti ambiti del percorso di cura del paziente.

- a) In ambito di prevenzione. La possibilità da parte del Medico di Medicina Generale (MMG) di visionare tutti i dati sanitari dei suoi assistiti in tempo reale ed in formato elettronico comporterebbe una miglior comprensione del rischio di insorgenza di forme di cronicità e, di conseguenza, interventi più tempestivi. Un'altra attività di prevenzione che potrebbe essere svolta attraverso un monitoraggio e un'analisi accurata dei dati è la creazione di *gruppi* territoriali per sviluppare una stratificazione del *case-mix* della popolazione in base alle malattie co-presenti in ogni persona, mappando la distribuzione e l'assorbimento di risorse sanitarie nel territorio di riferimento.
- b) In ambito di assistenza specialistica o di ricovero in strutture ospedaliere. Gli specialisti potrebbero rapidamente disporre della completa storia clinica del paziente in formato digitale, comprese eventuali terapie in corso, senza la

necessità di eventuali documenti integrativi o di informazioni trasmesse oralmente dal paziente;

- c) In ambito di follow up. Un'analisi organizzata e strutturata dei dati sanitari garantisce una continuità dell'assistenza fornita attraverso il monitoraggio costante dei segni vitali dei pazienti dopo la dimissione e stabilendo un migliore coordinamento della cura tra i diversi soggetti coinvolti: l'ospedale, i MMG, le strutture territoriali, i *caregiver* e la comunità in generale.

Per riassumere quanto precedentemente affermato, è possibile sostenere che la disponibilità dei dati in tempo reale per le finalità di valutazione clinica e di approccio per percorsi è senz'altro un vantaggio generato per l'intero sistema, che tuttavia deve tener conto dei tempi di latenza nell'acquisizione delle informazioni "certe" in particolare ai fini diagnostici e di programmazione. I cittadini, dunque, potranno avere accesso non solo alle prestazioni di carattere amministrativo (ticket, esenzioni, ritiro di certificati INPS/INAIL, referti, gestione delle deleghe, ecc.) ma anche e soprattutto ai dati anamnestici e ai documenti clinici strutturati (visite specialistiche, esami diagnostici di laboratorio e di radiologia, ricoveri ospedalieri, accessi di pronto soccorso, vaccinazioni).

Altro assunto fondamentale è che la clusterizzazione della popolazione per livelli di rischio offre interessanti spunti di programmazione nelle attività di prevenzione (Johns Hopkins Medicine, 2021), in particolare perché consente la "precisione"/personalizzazione degli interventi di promozione della salute.

## Conclusioni

L'invecchiamento della popolazione ha comportato un aumento del numero di cittadini non autosufficienti e/o cronici. Queste patologie affliggono 23,5 milioni di cittadini in Italia, di cui 12,5 milioni affetti da multi-cronicità, e sono responsabili di una spesa sanitaria a carico del SSN pari a circa 67 miliardi di euro (circa il 60% della spesa complessiva). Tra le armi messe in campo per ridurre l'impatto di questa criticità si annoverano diverse azioni, tra cui il potenziamento delle attività di prevenzione, una maggiore integrazione ospedale-territorio, attraverso la condivisione delle informazioni clini-

che tra gli operatori del settore e una maggiore personalizzazione delle cure basata sull'utilizzo di dati relativi alle caratteristiche e condizioni di salute del paziente.

In questo scenario, dunque, il digitale rappresenta l'elemento abilitante di una nuova Sanità basata sui dati e sull'informazione, sull'interoperabilità dei sistemi, sui servizi fruibili ed accessibili ai cittadini in tempi rapidi e in base alle necessità.

Si tratta, quindi, di rendere disponibili a ciascun Distretto, anche nell'ambito dei Servizi Regionali, infrastrutture tecnologiche ed informatiche integrate e interoperabili sia con i sistemi dell'ecosistema di sanità digitale nazionali (ANA, NSIS, TS, PAGOPA, SPID, ecc.) e regionali (FSE, CUP, ecc.), nonché con le soluzioni di telemedicina. I sistemi informativi del Distretto dovranno essere in grado di:

- a) integrarsi ed interoperare con la piattaforma del Sistema TS del Ministero dell'economia e delle finanze;
- b) produrre i dati necessari al monitoraggio a livello nazionale dell'assistenza territoriale, al fine di assicurare la produzione nativa ed in tempo reale dei dati che oggi sono presenti in quelli relativi ai flussi informativi nazionali già attivi (SDO, FAR, SIAD, EMUR, HOSPICE, ecc.);
- c) interoperare con il *repository* centrale del FSE al fine di utilizzare servizi applicativi di interesse per la prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione degli assistiti del Distretto;
- d) interoperare con le piattaforme di telemedicina adottate a livello regionale/nazionale. Per la certificazione degli standard di produzione dei dati relativi ai punti a) e b) le Regioni/Province autonome adottano le specifiche tecniche pubblicate dal Ministero della Salute.

In conclusione, è possibile affermare che una riorganizzazione dei sistemi informativi del SSN e una raccolta organizzata e condivisa dei dati sanitari sono due soluzioni necessarie per raggiungere la totale integrazione ospedale-territorio ma anche tra le varie strutture territoriali, nell'ottica di un raggiungimento di un'effettiva continuità di cura del paziente.

## Bibliografia

- AMODEO I. *et al.* (2021), *A machine and deep Learning Approach to predict pulmonary hypertension*

*in newborns with congenital diaphragmatic Hernia (CLANNISH): Protocol for a retrospective study*. PLoS ONE 16(11): e0259724. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259724>.

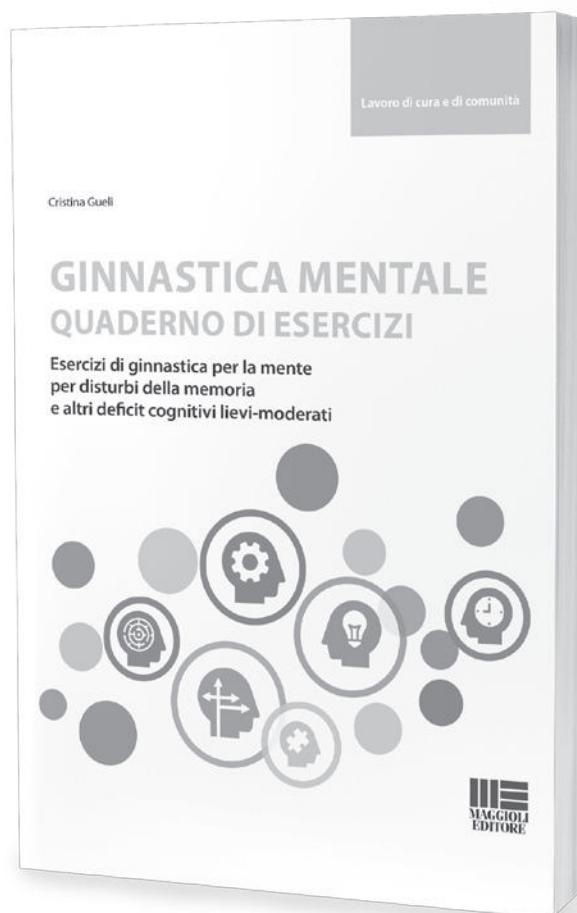
- BENNETT C.C. & HAUSER K. (2013), *Artificial intelligence framework for simulating clinical decision-making: A Markov decision process approach*, in *Artificial Intelligence in Medicine*, 57(1), pp. 9-19. <https://doi.org/10.1016/j.artmed.2012.12.003>.
- CASONATO C. (2019), *Potenzialità e sfide dell'intelligenza artificiale*, in *BioLaw Journal - Rivista di BioDiritto*, n. 1/2019, pp. 177-182.
- Consiglio Superiore di Sanità (2022), *Proposta per lo schema di Riforma dei Sistemi Informativi Sanitari*. [Online]. Accesso da: [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_3223\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3223_allegato.pdf).
- DE GOBBI R. e COLLECCHIA G. (2021), *L'intelligenza artificiale applicata alla medicina: potenzialità, limiti e rischi*. Network Digital 360. [Online]. Accesso da: <https://www.healthtech360.it/salute-digitale/intelligenza-artificiale/l-intelligenza-artificiale-applicata-alla-medicina/>.
- Diritto al Digitale (2022), *Il nuovo Fascicolo sanitario elettronico ed i rischi per la privacy degli assistiti*. [Online]. Accesso da: <https://dirittoaldigitale.com/2022/04/27/fascicolo-sanitario-elettronico-privacy/>.
- Gazzetta Ufficiale (2022), *Linee Guida per l'Attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico*. [Online]. Accesso da: <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1657618838.pdf>.
- Governo Italiano (2021), *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. #NEXTGENERATIONITALIA*. [Online]. Accesso da: <https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf>.
- Johns Hopkins Medicine (2021), *Johns Hopkins ACG® System*. [Online]. Accesso da: <https://www.hopkinsacg.org/>.
- KESKINBORA K.H. (2019), *Medical ethics considerations on artificial intelligence*, in *Journal of Clinical Neuroscience*, n. 64, pp. 277-282.
- MASTROMATTEO A. (2022), *Fascicolo sanitario elettronico, spunta la legge per farlo funzionare davvero*. [Online]. Accesso da: <https://www.agendadigitale.eu/sanita/fse-aria-di-svolta-interoperabilita-ecosistema-dei-dati-e-governance-cosa-cambia/>.

- Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità Politecnico di Milano (2022), *La sanità digitale vale 1,69 miliardi di euro, ora serve un cambio di marcia*. [Online]. Accesso da: <https://www.osservatori.net/it/ricerche/comunicati-stampa/sanita-digitale-italia>.
- Regione Lombardia (2022 A), *Regione Lombardia per "E015 – Ecosistema Digitale"* [Online]. Accesso da: <https://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/istituzione/attivita-istituzionali/comunicazione-istituzionale/ecosistema-digitale-e015>.
- Regione Lombardia (2022 B), *DGR Regione Lombardia XI/5872 del 24 gennaio 2022 "Determinazioni relative al nuovo sistema per la gestione digitale del territorio"*.
- SHAHID N., RAPPON T., BERTA W. (2019), *Applications of artificial neural networks in health care organizational decision-making: A scoping review*. PLoS ONE 14(2): e0212356. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212356>.
- Supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 73 del 28 marzo 2022 (2022). Art. 21. [Online]. Accesso da: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/2022/03/28/73/so/13/sg/pdf>.

# GINNASTICA MENTALE QUADERNO DI ESERCIZI

## Esercizi di ginnastica per la mente per disturbi della memoria e altri deficit cognitivi lievi-moderati

Novembre 2019 - Codice 88.916.3793.2  
F.to 17x24 - Pag. 120 - € 18.00



La stimolazione cognitiva di persone affette da disturbi cognitivi lievi- moderati ha un ruolo terapeutico benefico su molti aspetti, e se viene presentata in forma di gioco è molto più facile da proporre e può anche divertire. **Questo quaderno è stato realizzato su richiesta di alcuni pazienti e famigliari** dopo aver utilizzato il primo libro della stessa autrice, intitolato Ginnastica Mentale, che ha avuto un successo strepitoso. **Pazienti e famigliari hanno infatti apprezzato e constatato l'utilità di esercizi proposti in forma di gioco e hanno espresso la necessità di nuovo materiale.** Così è nato questo quaderno. Non è il proseguimento del primo libro, e può essere utilizzato anche senza averlo usato. **È semplicemente una raccolta di nuovi esercizi stimolanti da poter fare a domicilio.** Ci sono giochi diversi e innovativi, sempre semplici, ma che richiedono una leggera attenzione. Lo scopo è sempre quello di fornire strumenti adatti alle esigenze e alle abitudini del singolo individuo. Mettere a proprio agio è la chiave di una partecipazione attiva e duratura. A chi si rivolge questo libro – Alle persone con disturbi della memoria e altri deficit cognitivi sia iniziali che moderati. **Come è strutturato** – I vari esercizi attivano prevalentemente alcune specifiche zone del cervello. Sono stati appositamente mescolati per stimolare complessivamente tutte le funzioni e anche per non scoraggiare quelle persone che hanno difficoltà in alcune aree specifiche. **Come usarlo** – Non è necessario il primo volume. Il testo può essere utilizzato in autonomia o con l'aiuto di un famigliare o di un caregiver. Si colloca nell'ambito della riabilitazione cognitiva, ma al di fuori dei classici schemi didattici e può essere utilizzato a casa. Basta una sola matita, ed ecco qui uno strumento che intrattiene e allo stesso momento stimola chi è affetto da disturbi cognitivi lievi-moderati. Può migliorare l'autostima. Di certo crea un canale comunicativo.



### CRISTINA GUELI

Dirigente medico U.O. Geriatria Ospedale Maggiore, Bologna Medico del Centro esperto dei Disturbi Cognitivi e Demenze, Azienda USL di Bologna.

SERVIZIO CLIENTI Tel +39 0541 628200 - clienti.editore@maggioli.it

**MAGGIOLI  
EDITORE**



# Il servizio di trasporto sanitario di emergenza e urgenza tra convenzioni e criteri di valutazione

*Nei procedimenti di selezione finalizzati ad individuare le organizzazioni di volontariato incaricate di svolgere il servizio di trasporto sanitario di emergenza e di urgenza, le amministrazioni procedenti sono legittimate a fissare, in conformità alle previsioni di cui all'art. 56 del Codice del Terzo Settore, criteri di valutazione in grado di valorizzare le proposte progettuali dei candidati, che non contemplano l'elemento prezzo.*

**TAR Piemonte, sez. I, 29 agosto 2022, n. 719**

*Omissis*

### Fatto

*Omissis*

### Diritto

1. Viene all'esame del Collegio una fattispecie contenziosa avente ad oggetto l'affidamento in convenzione ai sensi dell'art. 57 d.lgs. 117/2017 alle organizzazioni di volontariato ed ai Comitati di Croce Rossa del servizio di trasporto sanitario di emergenza 118 per l'anno 2022 in forma continuativa, relativamente alla postazione di V.

2. Con la prima doglianza, dedotta con il ricorso introduttivo, parte ricorrente lamenta l'illegittimità dell'esclusione disposta nei suoi confronti con la deliberazione del 9 dicembre 2021, n. 1193, in quanto posta in violazione delle previsioni della *lex specialis* e del principio di tassatività delle cause di esclusione, nonché del principio del *favor participationis* in considerazione del fatto che la necessaria presentazione del preventivo dei costi all'interno di una busta chiusa non sarebbe stata prevista a pena di esclusione dall'avviso di selezione.

2.1. Sul punto occorre preliminarmente puntualizzare come dagli atti della procedura di affidamento, e segnatamente dal verbale dell'8 novembre 2021, emerga con chiarezza come l'odierna società ricorrente sia stata esclusa dalla procedura di affidamento esclusivamente per aver presentato la busta contenente il preventivo dei costi aperta all'interno del plico sigillato, in violazione delle prescrizioni previste dall'avviso di affidamento alla stregua delle quali era espressamente richiesta la presentazione in busta chiusa in ottemperanza al principio di segretezza dell'offerta economica.

Non è stata, pertanto, valutata negativamente, diversamente da quanto ricostruito da parte ricorrente, ai fini dell'esclusione, l'erronea indicazione del codice sul plico sigillato e sulla busta contenente il preventivo, essendo stata la rettifica, comunicata dalla concorrente, riconosciuta dalla Commissione di valutazione.

3. Fatta questa premessa, la censura dedotta da parte ricorrente non è, comunque, suscettiva di favorevole scrutinio per i motivi che si illustrano dappresso.

3.1. Segnatamente l'avviso di selezione disponeva, nella sezione recante le "modalità di partecipazione", che l'associazione interessata al convenzionamento "dovrà presentare, in busta chiusa, un idoneo preventivo dei costi per un periodo di mesi 12 a valere per l'anno 2022, redatto secondo quanto previsto dalla D.G.R. n. 48-7791 del 30.10.2018 e s.m.i., utilizzando lo schema riportato in allegato al presente avviso (Allegato 3) e certificato e sottoscritto da un Revisore legale iscritto al relativo Registro tenuto presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze-MEF. [...] Le associazioni interessate dovranno far pervenire, per ciascuna postazione di interesse, un plico sigillato riportante all'esterno le informazioni relative all'Associazione (denominazione, codice fiscale, indirizzo PEC per le comunicazioni) e la dicitura "procedura per l'affidamento in convenzione attività trasporto sanitario di emergenza e di emergenza urgenza anno 2022 in forma continuativa - codice postazione "XX-XX (indicare il codice identificativo della postazione come indicato nel presente avviso)".

L'avviso precisava, inoltre, che "per sigillatura deve intendersi una chiusura ermetica recante un qualsiasi segno o impronta, apposto su materiale plastico come striscia incollata o ceralacca, tale da rendere chiusi il plico e le buste, attestante l'autenticità della chiusura originaria proveniente dal mit-

tente, nonché garantire l'integrità e la non manomissione del plico e delle buste".

3.2. Le previsioni si pongono in linea con quanto sancito dall'art. 56 d.lgs. 117/2017, come richiamato dall'art. 57 d.lgs. 117/2017, il quale dispone che "l'individuazione delle organizzazioni di volontariato e delle associazioni di promozione sociale con cui stipulare la convenzione è fatta nel rispetto dei principi di imparzialità, pubblicità, trasparenza, partecipazione e parità di trattamento, mediante procedure comparative riservate alle medesime".

3.3. Ed invero, a presidio dei richiamati principi di imparzialità, trasparenza e parità di trattamento soggiace il principio di segretezza dell'offerta economica, il quale si traduce nel divieto di commistione tra l'offerta tecnica e l'offerta economica in considerazione del fatto che, come chiarito da consolidata giurisprudenza, "la conoscenza di elementi economici dell'offerta da parte della commissione aggiudicatrice può, invero, essere di per sé potenzialmente idonea a determinare un condizionamento, anche in astratto, da parte dell'organo deputato alla valutazione dell'offerta, alterandone la serenità ed imparzialità valutativa; di conseguenza nessun elemento economico deve essere reso noto alla commissione stessa prima che questa abbia reso le proprie valutazioni sull'offerta tecnica" (cfr. Cons. Stato, sez. III, 24.2.2022, n. 1327; Cons. Stato, sez. V, 29.4.2020, n. 2732; 24.1.2019, n. 612; sez. III, 26.2.2019, n. 1335).

3.4. La *ratio* sottesa al consolidato orientamento giurisprudenziale appare estendibile al caso di specie di affidamento in convenzione ai sensi degli artt. 56 e 57 d.lgs. 117/2017 in ragione della netta separazione nella procedura *de qua* tra la fase di valutazione dell'offerta tecnica e della successiva offerta economica, pedissequamente a quanto avviene in materia di appalti, rispetto ai criteri di aggiudicazione di cui all'art. 95 del d.lgs. 50/2016.

Più nello specifico, l'avviso di selezione disponeva che "terminata la fase di valutazione qualitativa dei progetti presentati la Commissione di valutazione procederà all'apertura, in seduta pubblica secondo il calendario che verrà reso noto sul sito internet aziendale, delle rispettive buste contenenti i preventivi certificati e sottoscritti dai Revisori Legali iscritti al Registro dei Revisori Legali. La commissione di valutazione procederà alla valutazione del

preventivo anno 2022 rispetto agli standard di riferimento, come da tabella sotto riportata, nei seguenti casi: 1. progetti che raggiungono un punteggio complessivo della valutazione tecnica con scostamento inferiore di 5 punti rispetto al punteggio maggiore; 2. progetto che raggiunga un punteggio complessivo della valutazione tecnica superiore di 5 punti rispetto agli altri progetti; 3. unico progetto presentato".

3.5. Appare, pertanto, evidente come, alla luce della puntuale scansione temporale sottesa ai due distinti momenti di valutazione, nonché della subordinazione della valutazione dell'offerta economica al verificarsi di determinate condizioni, la conoscenza preventiva dei costi offerti derivante dall'apertura della busta avrebbe consentito di modulare il giudizio sull'offerta tecnica in modo non conforme alla parità di trattamento dei concorrenti, e tale possibilità, ancorché remota ed eventuale, inficia la regolarità della procedura.

3.6. Alla luce di tali considerazioni non appare pertanto predicabile, in tale contesto fattuale, l'applicabilità del principio di massima partecipazione in considerazione del fatto che l'apertura della busta contenente il preventivo, ancorché inserita nel plico sigillato, consentiva *in abstracto* la presa visione del contenuto della medesima, non garantendo la piena imparzialità dello scrutinio connotato da profili di discrezionalità tecnica afferente agli elementi qualitativi dell'offerta, a danno della *par condicio* dei partecipanti.

3.7. La ricostruzione di parte ricorrente non coglie nel segno neppure laddove deduce l'illegittimità dell'esclusione stante la mancata indicazione nell'avviso di selezione della previsione concernente la chiusura delle buste "a pena di esclusione".

Ebbene, come sopra chiarito, il principio di segretezza dell'offerta economica è posto a presidio del regolare e trasparente andamento della procedura di affidamento, ovvero dell'attuazione dei principi costituzionalmente tutelati di immediata applicazione, quali il principio di imparzialità e buon andamento dell'azione amministrativa di cui all'art. 97 Cost., sicché gli stessi in qualità di principi di immediata applicazione non necessitano di una specifica previsione a pena di esclusione nella *lex* di gara nell'ipotesi di violazione (cfr. Cons. Stato, sez. V, 8.9.2010, n. 6509).

3.8. Le considerazioni svolte portano il Collegio

a disattendere, in definitiva, il primo ed il secondo mezzo di gravame dedotti con il ricorso introdotto, in ragione del fatto che l'amministrazione resistente ha correttamente proceduto all'esclusione della ricorrente con la deliberazione n. 1193/2021, in guisa da escludere l'illegittimità del nuovo avviso di indizione della gara disposto con la deliberazione n. 1225/2021.

4. Il Collegio deve procedere ora allo scrutinio delle censure dedotte con il ricorso per motivi aggiunti.

5. Con la prima doglianza parte ricorrente lamenta l'illegittimo affidamento della nuova procedura indetta disposto a favore della contro-interessata Croce Blu Italia con deliberazione n. 1304/2021.

In buona sostanza la ricorrente contesta la mancata esclusione della contro-interessata a fronte della falsità delle dichiarazioni rese in tema di ambulanze effettivamente disponibili per lo svolgimento del servizio affidato in quanto dichiarate anche per l'aggiudicazione di altre postazioni di soccorso, nonché, contestualmente, l'illegittima attribuzione del punteggio di 10 punti per la valutazione positiva dei relativi criteri.

5.1. Ebbene, l'avviso di selezione disponeva che la *"valutazione di qualità viene effettuata sulla base dei sottoelencati criteri fino al raggiungimento del punteggio massimo di 70"*, segnatamente alla lett. b): a *"garanzia di una continuità di servizio se richiesto dalla natura dell'attività da convenzionare"* venivano enucleati, tra gli altri, i criteri inerenti alla *"valutazione delle risorse materiali: autoambulanze (5 punti) 1 punto per ogni autoambulanza o idroambulanza disponibile immatricolata in classe B, A e A1, nei cinque anni precedenti la data di presentazione del progetto (2016-2020), fino ad un massimo di 5 punti [...]; valutazione delle risorse materiali: autoambulanze disponibili per la convenzione (5 punti) 1 punto per ogni autoambulanza, idroambulanza, automedica o motomedica disponibile immatricolata in classe A e A1 fino ad un massimo di 5 punti (anche in uso in altre convenzioni continuative di emergenza e urgenza) [...]"*.

5.2. Dal tenore letterale della prescrizione non può che desumersi che l'interesse dell'amministrazione perseguito con siffatte previsioni è da riscontrare nella necessità di vagliare la capacità delle associazioni concorrenti in termini di disponibilità

numerica di automezzi al fine di assicurare la continuità del servizio, declinata, da un lato, nella valutazione della disponibilità complessiva di cui al requisito *sub. 1*, dall'altro, nell'allocazione delle autoambulanze preposte a copertura dello svolgimento della singola convenzione di cui al requisito *sub. 2*.

5.3. Né appare condivisibile la ricostruzione di parte ricorrente laddove ritiene che la previsione di siffatti criteri sia da interpretare in termini di esclusiva disponibilità delle autoambulanze dichiarate per ciascuna postazione di soccorso, stante l'espresso riferimento alla possibilità che le stesse siano in uso anche in altre convenzioni continuative di emergenza e urgenza.

5.4. Ad ulteriore conforto di quanto argomentato preme considerare che l'avviso di selezione all'attribuzione subordinava la valutazione di siffatti criteri all'attribuzione di un punteggio *"fino ad un massimo di 5 punti"*; di qui l'impossibilità di ritenere, come affermato dalla ricorrente, che gli stessi siano stati previsti a pena di esclusione, essendo deputati a consentire da parte della Commissione una valutazione modulata, sulla base di un ventaglio di punteggio, corrispondente alla effettiva disponibilità numerica delle risorse materiali possedute dalle singole associazioni concorrenti.

5.5. Sulla scorta del travisamento operato dalla ricorrente sulle modalità di valutazione enucleate nell'avviso di indizione non può, pertanto, ritenersi che alcuna falsa dichiarazione sia stata resa ai sensi dell'art. 75 d.P.R. 445/2000.

5.6. Correttamente, quindi, la contro-interessata Croce Blu Italia, per la postazione di V.VC-B4, ha ottenuto il punteggio complessivo di 10 avendo dichiarato la disponibilità per entrambi i criteri di sei autoambulanze.

5.7. Per quanto concerne la contestata dichiarazione, contenuta nel preventivo della contro-interessata Croce Blu Italia, dell'automezzo specificamente deputato allo svolgimento del servizio per la postazione di V. VC-B4, ma tuttavia diverso rispetto a quelli indicati nel progetto di gestione, non può che rilevarsi l'inconsistenza della contestazione.

Ebbene, sul punto occorre chiarire che l'avviso di indizione richiedeva per la postazione di soccorso di V. VC-B4 l'indicazione di *"n. 1 mezzo di soccorso base in forma continuativa H12 diurna nel territorio del Comune di V."* da indicare nel preventivo.

5.8. La circostanza che l'ambulanza preposta allo svolgimento del servizio non fosse indicata nell'offerta tecnica tra quelle disponibili non appare rilevante a fronte del fatto che, non essendo prevista alcuna limitazione in tal senso nella *lex* di gara, la stessa, essendo stata immatricolata nel 2021, risponde all'esigenza, di carattere eminentemente pubblico, di assicurare lo svolgimento del servizio tramite la disponibilità di autoambulanze di immatricolazione ancora più recente rispetto ai parametri indicati nell'avviso di selezione alla stregua del quale erano ritenute adeguate le autoambulanze immatricolate negli ultimi 8 anni antecedenti la data di presentazione del progetto, ovvero nell'arco temporale 2013-2020.

Viepiù considerato che, come rilevato dalla difesa dell'amministrazione, la stessa deliberazione della giunta regionale 30 ottobre 2018, n. 48-7791 prevede espressamente che *"per la postazione convenzionata l'Associazione individua il mezzo principale e ne comunica la targa nel preventivo"*.

5.9. Alla luce di quanto argomentato la prima censura dedotta con il ricorso per motivi aggiunti deve, quindi, ritenersi infondata.

6. Parimenti deve essere rigettata la seconda doglianza con cui parte ricorrente lamenta l'illegittimità derivata della deliberazione 1304/2021 a fronte dell'infondatezza delle censure dedotte con il ricorso introduttivo avverso la deliberazione di esclusione della ricorrente n. 1193/2021, nonché la deliberazione di indizione della nuova selezione n. 1225/2021.

7. In via subordinata la ricorrente contesta puntualmente talune disposizioni contenute nella delibera D.G. n. 1225/2021, nonché nella deliberazione della Giunta regionale 30 ottobre 2018, n. 48-7791 recante *"LR 42/1992. Approvazione, per il periodo 2019-2022, degli schemi di Accordo regionale per lo svolgimento delle attività di trasporto sanitario di emergenza e urgenza interospedaliero e delle attività di trasporto sanitario interospedaliero programmato e di trasporto su patologie autorizzabili e continuazione di cure"*.

7.1. Con una prima censura la ricorrente stigmatizza la previsione di un criterio di affidamento che subordina la valutazione economica dei preventivi alla sussistenza di uno scarto inferiore di 5 punti tra i progetti tecnici.

8. Con la seconda doglianza la ricorrente lamenta, invece, la violazione del divieto di commistione tra i requisiti soggettivi di partecipazione alla gara e i criteri di valutazione dell'offerta tecnica laddove l'avviso di indizione della nuova procedura valuta con favore le esperienze precedentemente maturate.

9. Ebbene, le predette censure possono essere trattate congiuntamente in quanto attinenti a profili strettamente connessi alla peculiare disciplina dettata per gli affidamenti del Terzo settore *ex artt.* 56 e 57 d.lgs. 117/2017.

9.1. Come noto, la direttiva 2014/24/UE in materia di appalti pubblici al considerando n. 28 chiarisce che *"la presente direttiva non dovrebbe applicarsi a taluni servizi di emergenza se effettuati da organizzazioni e associazioni senza scopo di lucro, in quanto il carattere particolare di tali organizzazioni sarebbe difficile da preservare qualora i prestatori di servizi dovessero essere scelti secondo le procedure di cui alla presente direttiva. La loro esclusione, tuttavia, non dovrebbe essere estesa oltre lo stretto necessario. Si dovrebbe pertanto stabilire esplicitamente che i servizi di trasporto dei pazienti in ambulanza non dovrebbero essere esclusi. In tale contesto è inoltre necessario chiarire che nel gruppo "Servizi di trasporto terrestre" del CPV non rientrano i servizi di ambulanza, reperibili nella classe 8514. Occorre pertanto precisare che i servizi identificati con il codice CPV 85143000-3, consistenti esclusivamente in servizi di trasporto dei pazienti in ambulanza, dovrebbero essere soggetti al regime speciale previsto per i servizi sociali e altri servizi specifici ("regime alleggerito"). Di conseguenza, anche gli appalti misti per la prestazione di servizi di ambulanza in generale dovrebbero essere soggetti al regime alleggerito se il valore dei servizi di trasporto dei pazienti in ambulanza fosse superiore al valore di altri servizi di ambulanza"*.

Il successivo art. 10 della direttiva stabilisce che quest'ultima non si applica agli appalti pubblici di servizi concernenti *"servizi di difesa civile, di protezione civile e di prevenzione contro i pericoli forniti da organizzazioni e associazioni senza scopo di lucro identificati con i codici CPV 75250000-3, 75251000-0, 75251100-1, 75251110-4, 75251120-7, 75252000-7, 75222000-8; 98113100-9 e 85143000-3 ad eccezione dei servizi di trasporto dei pazienti in"*

*ambulanza*". La previsione dell'esclusione dei servizi di trasporto di emergenza e urgenza dall'applicazione della direttiva 2014/24/UE è contenuta pertanto nell'art. 10 della direttiva, che contiene un'eccezione e una contro-eccezione.

La disciplina eurounitaria ha, dunque, introdotto la distinzione tra servizio di soccorso sanitario in emergenza da attuarsi mediante ambulanza (consistente nel trasporto e nell'attività di prima cura del paziente che versa in una situazione emergenziale), eccezionalmente sottratto, se fornito da organizzazioni e associazioni senza scopo di lucro, ai sensi dell'art. 10, par. 1, lett. h) della direttiva 2014/24/UE, alla regola della gara, e servizio di solo trasporto in ambulanza (consistente nel trasporto ordinario di pazienti privo della connotazione dell'urgenza) che, invece, è soggetto alle procedure ad evidenza pubblica, anche se con un "regime alleggerito".

Tale disposizione esclude dall'ambito delle regole classiche di aggiudicazione gli appalti pubblici di servizi relativi a servizi di difesa civile, protezione civile e prevenzione contro i pericoli, alla duplice condizione che tali servizi corrispondano ai codici CPV menzionati in tale disposizione e siano forniti da organizzazioni o associazioni senza scopo di lucro. La norma di carattere eccezionale contiene tuttavia una "contro-eccezione", nel senso che essa non si applica ai servizi di trasporto dei pazienti in ambulanza, i quali, in base alle disposizioni sopra menzionate, rientrano nel regime semplificato di aggiudicazione degli appalti pubblici di cui agli articoli da 74 a 77 della direttiva n. 2014/24/UE. All'affidamento dei servizi di trasporto dei pazienti diversi da quelli di emergenza e urgenza, dunque, ai sensi delle disposizioni sopra menzionate, deve trovare applicazione la disciplina dettata al Titolo III "Particolari regimi di appalto", Capo I "Servizi sociali e altri servizi specifici" della direttiva.

9.2. A livello nazionale la richiamata disposizione è stata recepita dall'art. 17, comma 1, lett. h) d.lgs. 50/2016 ai sensi del quale le disposizioni del codice dei contratti non trovano applicazione agli appalti e alle concessioni di servizi "concernenti servizi di difesa civile, di protezione civile e di prevenzione contro i pericoli forniti da organizzazioni e associazioni senza scopo di lucro identificati con i codici CPV75250000-3, 75251000-0, 75251100-1, 75251110-4, 75251120-7, 75252000-7, 75222000-8; 98113100-9 e

*85143000-3 ad eccezione dei servizi di trasporto dei pazienti in ambulanza*".

Nell'ordinamento interno, i servizi di ambulanza identificati con il codice "CPV 85143000-3" rientrano tra i servizi sanitari che, ai sensi degli articoli 140, 142, 143 e 144 del codice dei contratti, possono formare oggetto di appalti pubblici secondo il c.d. "regime alleggerito" di cui all'art. 142 o secondo il sistema della gara "riservata" a determinate categorie di operatori no-profit, ai sensi dell'art. 143.

Più nello specifico, l'art. 142, comma 5-*sexies* del d.lgs. n. 50/2016 prevede che, per i servizi individuati dall'allegato IX (tra i quali è ricompreso il servizio di trasporto dei pazienti in ambulanza), che siano – come quello in oggetto – di valore superiore alla soglia comunitaria di cui all'articolo 35, comma 1, lettera d), "Si applicano le procedure di aggiudicazione di cui agli articoli da 54 a 58 e da 60 a 65". Mentre l'art. 143, rubricato "Appalti riservati per determinati servizi", al comma 2 precisa che "Gli affidamenti di cui al comma 1 devono soddisfare tutte le seguenti condizioni:

a) l'organizzazione ha come obiettivo statutario il perseguimento di una missione di servizio pubblico legata alla prestazione dei servizi di cui al comma 1;

b) i profitti dell'organizzazione sono reinvestiti al fine di conseguire l'obiettivo dell'organizzazione. Se i profitti sono distribuiti o redistribuiti, ciò dovrebbe basarsi su considerazioni partecipative;

c) le strutture di gestione o proprietà dell'organizzazione che esegue l'appalto sono basate su principi di azionariato dei dipendenti o partecipativi, ovvero richiedono la partecipazione attiva di dipendenti, utenti o soggetti interessati;

d) l'amministrazione aggiudicatrice interessata non ha aggiudicato all'organizzazione un appalto per i servizi in questione a norma del presente articolo negli ultimi tre anni" e che "La durata massima del contratto non supera i tre anni".

In tali settori viene individuata una soglia di rilevanza comunitaria più elevata rispetto agli appalti dei settori ordinari e viene riconosciuta un'ampia discrezionalità agli Stati membri nell'organizzazione della scelta dei fornitori dei servizi, pur nel rispetto dei principi di trasparenza e parità di trattamento.

In sintesi, sulla base delle disposizioni – nazionali ed europee – da ultimo citate, l'esclusione dall'applicazione delle regole classiche di aggiudi-

cazione degli appalti pubblici “dovrebbe applicarsi a taluni servizi di emergenza se effettuati da organizzazioni e associazioni senza scopo di lucro”, mentre restano soggetti alla disciplina generale (sebbene nella specifica versione “alleggerita” prevista dagli articoli da 74 a 77 della direttiva 2014/24/UE e, a livello nazionale, dagli articoli da 140 a 143 del d.lgs. n. 50 del 2016) i restanti “servizi di trasporto dei pazienti in ambulanza”.

Giova ricordare che la deroga di cui all’art. 10, lett. h) della direttiva 2014/24/UE opera solo ove l’affidamento diretto venga effettuato in favore di un’organizzazione o un’associazione senza scopo di lucro, che, pertanto, abbia l’obiettivo di svolgere funzioni solidaristiche, prive di finalità commerciale e che investa eventuali utili al fine di raggiungere l’obiettivo dell’organizzazione o dell’associazione (sul punto, cfr. Corte di giustizia UE, sezione VIII, sentenza 7 luglio 2022, cause riunite C-213/21 e C-214/21, Italy Emergenza Cooperativa Sociale ed altri, alla stregua della quale si è precisato che l’art. 10, lettera h), della direttiva 2014/24 deve essere interpretato nel senso che esso non osta a una normativa nazionale che prevede che i servizi di trasporto sanitario di urgenza ed emergenza possano essere attribuiti mediante convenzione, in via prioritaria, soltanto a organizzazioni di volontariato e non a cooperative sociali che possono distribuire ai soci ristorni correlati alle loro attività).

9.3. La disciplina sopra richiamata deve essere coordinata con il d.lgs. 3 luglio 2017, n. 117 (Codice del Terzo Settore) che detta la disciplina degli Enti del Terzo Settore, a norma dell’articolo 1, comma 2, lettera b) della l. 6 giugno 2016, n. 106, e segnatamente con gli artt. 55, 56 e 57 che stabiliscono le modalità di coinvolgimento degli Enti del Terzo Settore.

In via preliminare, si evidenzia che il considerando 114 della direttiva 2014/24/UE e nell’analogo considerando 120 della direttiva 2014/25/UE stabilisce che: “Certe categorie di servizi, per la loro stessa natura, continuano ad avere una dimensione limitatamente transfrontaliera, segnatamente i cosiddetti servizi alla persona quali taluni servizi sociali, sanitari e scolastici... I contratti per servizi alla persona al di sopra di tale soglia dovrebbero essere improntati alla trasparenza, a livello di Unione. In ragione dell’importanza del contesto culturale e della

sensibilità di tali servizi, gli Stati membri dovrebbero godere di un’ampia discrezionalità così da organizzare la scelta dei fornitori di servizi nel modo che considerano più adeguato. Le norme della presente direttiva tengono conto di tale imperativo, imponendo solo il rispetto dei principi fondamentali di trasparenza e di parità di trattamento”.

Ebbene, l’approvazione del Codice del Terzo Settore ha rappresentato un importante punto di svolta nel nostro ordinamento poiché, attraverso tale decreto, il legislatore è riuscito nel difficile intento di sistematizzare in modo organico la materia di cui trattasi, caratterizzata da ampia fluidità, nonché di colmare le lacune ancora presenti.

Il Consiglio di Stato, nel parere n. 2052 del 2018, ha evidenziato che “il provvedimento, nel contesto di una dichiarata valorizzazione del ruolo degli enti non profit anche alla luce dell’art. 118, comma 4, Cost., attende ad una regolamentazione del settore di impronta e finalità dichiaratamente sistematica, pur non disponendo l’espressa abrogazione di tutta la pregressa normativa stratificatasi in materia”.

L’importanza di tale novità normativa emerge in modo chiaro dalla sentenza della Corte Costituzionale 26 giugno 2020, n. 131, la quale evidenzia che l’art. 55, che apre il Titolo VII del Codice del Terzo Settore, disciplinando i rapporti tra Enti del Terzo Settore e pubbliche amministrazioni, rappresenta una delle più significative attuazioni del principio di sussidiarietà orizzontale valorizzato dall’art. 118, quarto comma, della Costituzione, norma che ha esplicitato nel testo costituzionale “le implicazioni di sistema derivanti dal riconoscimento della “profonda socialità” che connota la persona umana... e della sua possibilità di realizzare una “azione positiva e responsabile” (in termini, Corte Cost. 26 giugno 2020, n. 131).

Si evidenzia sin da subito che, dopo la pronuncia della Corte Costituzionale sopra richiamata, il legislatore, al fine di prevedere un coordinamento tra il Codice dei contratti pubblici e il Codice del Terzo Settore, ha introdotto con la legge di conversione 11 settembre 2020, n. 120 del c.d. decreto semplificazioni (art. 8, comma 5 del d.l. 16 luglio 2020, n. 76, recante “Misure urgenti per la semplificazione e l’innovazione digitale”) – all’interno del d.lgs. n. 50 del 2016 specifici riferimenti al Titolo VII del d.lgs. n. 117 del 2017.

Si ricorderà che il Consiglio di Stato, già con il parere n. 1405/2017 reso sullo schema di decreto legislativo recante “Codice del Terzo Settore”, aveva ravvisato la necessità (imposta dal diritto europeo) di mediare le due contrapposte esigenze: valorizzare le organizzazioni non lucrative e, al contempo, salvaguardare gli equilibri funzionali del libero mercato e che, con il successivo parere n. 2052/2018, aveva ritenuto che, in considerazione della primazia del diritto euro-unitario, la disciplina recata dal Codice dei contratti pubblici dovesse prevalere in ogni caso sulle difformi previsioni del Codice del Terzo Settore, ove queste non potessero in alcun modo essere interpretate in conformità al diritto euro-unitario, che, in tali casi, avrebbe dovuto trovare applicazione il meccanismo della disapplicazione normativa, costituente un dovere sia per il giudice sia per le amministrazioni e che fosse ragionevole ritenere che le amministrazioni dovessero volta per volta motivare la scelta di ricorrere agli stilemi procedurali delineati dal Codice del Terzo Settore, in luogo dell’indizione di una ordinaria gara d’appalto. Il Consiglio di Stato aveva precisato che l’amministrazione avrebbe dovuto evidenziare la maggiore idoneità di tali procedure a soddisfare i bisogni *lato sensu* “sociali” ricorrenti nella fattispecie, alla luce dei principi di adeguatezza, proporzionalità ed efficacia ed in comparazione con gli esiti che verosimilmente avrebbe prodotto l’alternativa del ricorso al mercato.

9.4. Ebbene, preme osservare che il legislatore, con il d.l. n. 76 del 2020, ha introdotto, all’interno dell’art. 140 del codice dei contratti pubblici, una clausola di salvezza in favore del Codice del Terzo Settore, prevedendo espressamente che “*gli appalti di servizi sociali e di altri servizi specifici di cui all’allegato IX sono aggiudicati in applicazione degli articoli 142, 143, 144, salvo quanto disposto nel presente articolo e fermo restando quanto previsto dal titolo VII del decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117*”.

Non solo, il legislatore ha integrato anche l’art. 59, comma 1, del d.lgs. n. 50 del 2016 inserendo la seguente premessa: “*Fermo restando quanto previsto dal titolo VII del decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117,*” e l’art. 30, recante “*Principi per l’aggiudicazione e l’esecuzione di appalti e concessioni*”, nel modo seguente: “*Per quanto non espressamente previsto nel presente codice e negli atti attuativi, al-*

*le procedure di affidamento e alle altre attività amministrative in materia di contratti pubblici nonché di forme di coinvolgimento degli Enti del Terzo Settore previste dal titolo VII del decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117 si applicano le disposizioni di cui alla legge 7 agosto 1990, n. 241, alla stipula del contratto e alla fase di esecuzione si applicano le disposizioni del codice civile*”.

9.5. Infine, il Ministero del lavoro, nelle Linee Guida sul rapporto tra pubbliche amministrazioni ed Enti del Terzo Settore adottate con decreto del 31 marzo 2021, n. 72, ha evidenziato che “*le disposizioni introducono, di fatto, per via legislativa, una serie di condizioni che sono state definite per via giurisprudenziale nel corso del tempo (soprattutto, da parte della Corte di Giustizia dell’Unione europea: CGUE 11 dicembre 2017, C-113/13, c.d. Spezzino e 28 gennaio 2016, C-50/2014 c.d. Casta). L’attenzione del Giudice europeo è posta sul tema della gratuità e del principio del rimborso delle spese effettivamente sostenute e documentate; ciò pare da leggere e interpretare come “presidio” avverso l’ipotesi di riqualificare le convenzioni come contratti di appalto. L’ammissibilità del sistema convenzionale si fonda, inoltre, sulla circostanza che esso concorre al raggiungimento di una finalità sociale e al perseguimento degli obiettivi di solidarietà ed efficienza di bilancio. Al contempo, rileva la circostanza che le organizzazioni coinvolte – nel rispetto della legislazione nazionale in materia – non traggono alcun profitto dalle loro prestazioni, fatto salvo il rimborso di costi variabili, fissi e durevoli nel tempo, necessari per fornire le medesime, e non procurano alcun profitto ai loro membri, né direttamente né indirettamente*”.

Inoltre, al fine di effettuare una distinzione tra i rapporti di collaborazione con i soggetti del Terzo Settore e l’affidamento di appalti di servizi, il decreto ha chiarito che “*laddove un ente pubblico agisce quale stazione appaltante, attivando una procedura concorrenziale finalizzata all’affidamento di un contratto pubblico per lo svolgimento di un servizio, definito dall’ente stesso nel relativo bisogno e nelle obbligazioni e relative prestazioni, economiche e contrattuali, con il riconoscimento di un corrispettivo, idoneo ad assicurare un utile di impresa, determinato sulla base dell’importo a base d’asta – si applicherà il CCP, venendo ad esistenza un rapporto a*

*prestazioni corrispettive. A fronte, invece, dell'attivazione di una procedura ad evidenza pubblica, ai sensi del Titolo VII del CTS, finalizzata alla selezione degli ETS con i quali formalizzare un rapporto di collaborazione per lo svolgimento di "altre attività amministrative in materia di contratti pubblici", nelle quali PA ed ETS vengono in relazione (come previsto dal richiamato art. 30, comma 8, CCP), anche a seguito dell'iniziativa degli stessi ETS, si applicheranno le disposizioni previste sul procedimento amministrativo, di cui alla legge n. 241/1990 e ss.mm., oltre che quelle specifiche del CTS".*

Per quanto interessa in questa sede, emerge dunque che, comunque, sempre ed in ogni caso, dovranno essere rispettati i principi di imparzialità, trasparenza, concorsualità e parità di trattamento.

9.6. Ciò premesso in termini di coordinamento tra il Codice dei contratti pubblici e il Codice del Terzo Settore, giova soffermarsi sull'esegesi della normativa pertinente al caso di specie.

Ai sensi dell'art. 55 del d.lgs. n. 117 del 2017 le amministrazioni pubbliche, nell'esercizio delle proprie funzioni di programmazione e organizzazione a livello territoriale nei settori delle attività di interesse generale, assicurano il coinvolgimento attivo degli Enti del Terzo Settore attraverso forme di co-programmazione e co-progettazione e accreditamento, poste in essere nel rispetto dei principi della legge 7 agosto 1990, n. 241, nonché delle norme che disciplinano specifici procedimenti ed in particolare di quelle relative alla programmazione sociale di zona.

Inoltre, ai sensi dell'art. 56 del d.lgs. n. 117 del 2017, esse possono sottoscrivere con le organizzazioni di volontariato e le associazioni di promozione sociale, iscritte da almeno 6 mesi nel Registro unico nazionale del Terzo Settore, convenzioni finalizzate allo svolgimento in favore di terzi di attività o servizi sociali di interesse generale, se più favorevoli rispetto al ricorso al mercato.

Questa è la fattispecie che ha determinato maggiori problemi ermeneutici. Infatti, da un lato, tale norma sembra richiamare una modalità organizzativa sottratta *tout court* alla disciplina degli appalti pubblici, laddove prevede che *"Le convenzioni di cui al comma 1 possono prevedere esclusivamente il rimborso alle organizzazioni di volontariato e alle associazioni di promozione sociale delle spese effettivamente sostenute e documentate"*.

Sul punto, il Consiglio di Stato, con il parere n. 2058/2018, ha chiarito che *"occorre intendersi su tale locuzione, atteso che [...] il rimborso che esclude la remunerazione di tutti i fattori della produzione altrui (capitale e lavoro) e copra solamente le spese vive, nega l'onerosità della prestazione ed enuclea un contesto di servizio di interesse generale non economico, non interferente, in quanto tale, con la disciplina del codice dei contratti pubblici. A questo riguardo, la stessa disposizione del quarto comma dimostra l'impossibilità di pervenire, sul piano dello stretto diritto positivo, ad un approdo sicuro... Per tentare una sintesi, sembra far propendere per la onerosità del servizio sociale di interesse generale oggetto della convenzione la riconduzione tra le spese rimborsabili dei costi indiretti e forse anche degli oneri relativi alla copertura assicurativa, ma è indubbio che si tratta di ipotesi limite, non costruite con previsioni di portata generale, che si collocano quasi in una terra di nessuno"*.

Ebbene, più di un elemento porta a ritenere che siamo di fronte ad uno strumento che si colloca a cavallo tra la logica della sussidiarietà e quella della concorrenzialità.

Invero, l'art. 56, da un lato, limita la possibilità delle amministrazioni pubbliche di sottoscrivere con le organizzazioni di volontariato e le associazioni di promozione sociale, iscritte da almeno sei mesi nel Registro unico nazionale del Terzo Settore, convenzioni finalizzate allo svolgimento in favore di terzi di attività o servizi sociali di interesse generale, solo al caso in cui ciò sia *"più favorevole rispetto al ricorso al mercato"*.

Sul punto, il già citato parere del Consiglio di Stato n. 2052/2018 osserva che *"La clausola finale induce a ritenere, sul piano sistematico, che siano deducibili nella convenzione servizi economici di interesse generale, in quanto, altrimenti, cioè nella prospettiva della non onerosità, non si porrebbe, sul piano logico prima ancora che giuridico, il problema della comparazione di convenienza della scelta tra ricorso al mercato e convenzione"*.

Sul punto, ha cercato di fare chiarezza il citato decreto ministeriale n. 72/2021 evidenziando che *"l'art. 56 del CTS pone in capo alle pubbliche amministrazioni l'obbligo di verificare che il ricorso alle convenzioni risulti «più favorevole rispetto al ricorso al mercato». Si tratta di una locuzione inserita*



su richiesta del Consiglio di Stato in sede di espressione del parere sullo schema di decreto legislativo (si veda il già citato parere n. 1405/2017) al fine di enucleare il «giusto punto di equilibrio» fra «la tutela della concorrenza [quale] principio eurounitario cui deve uniformarsi sia l'attività legislativa sia quella amministrativa di ciascuno Stato nazionale» ed il favor espresso dal principio di sussidiarietà orizzontale». Una lettura condivisibile della prescrizione induce a ritenere che non si tratti di una mera valutazione economica di riduzione dei costi gravanti sulle PP.AA. bensì che si richieda di verificare l'effettiva capacità delle convenzioni di conseguire quegli obiettivi di solidarietà, accessibilità e universalità che la giurisprudenza europea ha evidenziato come fondamento della disciplina.

Pertanto, occorre "leggere" la prescrizione del "maggior favore rispetto al mercato" come formula sintetica che compendia una valutazione complessiva svolta dalla P.A. sugli effetti del ricorso ad una convenzione, in luogo dell'applicazione della disciplina di diritto comune per l'affidamento dei servizi sociali (in tal senso, TAR Puglia, Lecce, sez. II, n. 2049/2019, che valorizza il profilo motivazionale)".

Inoltre, al comma 3 il legislatore precisa che "L'individuazione delle organizzazioni di volontariato e delle associazioni di promozione sociale con cui stipulare la convenzione è fatta nel rispetto dei principi di imparzialità, pubblicità, trasparenza, partecipazione e parità di trattamento, mediante procedure comparative riservate alle medesime. Le organizzazioni di volontariato e le associazioni di promozione sociale devono essere in possesso dei requisiti di moralità professionale, e dimostrare adeguata attitudine, da valutarsi in riferimento alla struttura, all'attività concretamente svolta, alle finalità perseguite, al numero degli aderenti, alle risorse a disposizione e alla capacità tecnica e professionale, intesa come concreta capacità di operare e realizzare l'attività oggetto di convenzione, da valutarsi anche con riferimento all'esperienza maturata, all'organizzazione, alla formazione e all'aggiornamento dei volontari".

Il Consiglio di Stato, con il parere n. 2052/2018, ha cercato di chiarire il significato di tale norma, evidenziando che "assume rilievo il terzo comma dell'art. 56, a mente del quale "l'individuazione delle organizzazioni di volontariato e delle associazioni

di promozione sociale con cui stipulare la convenzione è fatta nel rispetto dei principi di imparzialità, pubblicità, trasparenza, partecipazione e parità di trattamento, mediante procedure comparative riservate alle medesime". Sono enunciati principi essenzialmente riconducibili nell'ambito dell'imparzialità e della trasparenza e costituenti il contenuto imprescindibile di ogni procedimento di valutazione comparativa, o, potrebbe dirsi con diversa terminologia, ad evidenza pubblica in senso ampio. Appare peraltro chiaro che non è affermato il principio di concorrenzialità (libera concorrenza), che specifica, di regola, il procedimento finalizzato all'aggiudicazione (ed anche all'esecuzione) degli appalti e delle concessioni. Di tale diversità si ha contezza anche raffrontando i principi individuati nella norma oggetto di disamina con quelli enucleati dall'art. 30 del d.lgs. n. 50 del 2016. Ciò significa che il procedimento volto alla scelta dell'organizzazione di volontariato o dell'associazione di promozione sociale per la stipula di una convenzione finalizzata allo svolgimento in favore di terzi di attività o servizi sociali di interesse generale non è permeato dal principio di concorrenzialità, ma solamente da quello di parità di trattamento. Potrebbe, al più, ritenersi che sia garantito il principio interno di concorsualità, valorizzando il secondo periodo del comma 3, che richiede alle organizzazioni di volontariato ed alle associazioni di promozione sociale il possesso dei requisiti di moralità professionale, di idoneità professionale e di capacità tecnica professionale, seppure non con l'intensità inferibile, rispettivamente, dalla disciplina dettata dagli artt. 80 ed 83 del d.lgs. n. 50 del 2016, ma in senso relativo, da valutare cioè, sul piano oggettivo, con riferimento alla struttura ed all'attività svolta e, sul piano soggettivo, con riferimento all'esperienza maturata, all'organizzazione, alla formazione ed all'aggiornamento dei volontari".

Infine, l'art. 57 del suddetto decreto è dedicato in modo specifico al "Servizio di trasporto sanitario di emergenza e urgenza", prevedendo quanto segue: "I servizi di trasporto sanitario di emergenza e urgenza possono essere, in via prioritaria, oggetto di affidamento in convenzione alle organizzazioni di volontariato, iscritte da almeno sei mesi nel Registro unico nazionale del Terzo Settore, aderenti ad una rete associativa di cui all'articolo 41, comma 2, ed accreditate ai sensi della normativa regionale in

*materia, ove esistente, nelle ipotesi in cui, per la natura specifica del servizio, l'affidamento diretto garantisca l'espletamento del servizio di interesse generale, in un sistema di effettiva contribuzione a una finalità sociale e di perseguimento degli obiettivi di solidarietà, in condizioni di efficienza economica e adeguatezza, nonché nel rispetto dei principi di trasparenza e non discriminazione. 2. Alle convenzioni aventi ad oggetto i servizi di cui al comma 1 si applicano le disposizioni di cui ai commi 2, 3, 3-bis e 4 dell'articolo 56".*

Anche la norma da ultimo citata ancora l'"affidamento diretto" al fatto che il servizio di trasporto sanitario sia caratterizzato dai requisiti di "emergenza-urgenza".

In relazione all'art. 57, il già citato decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali n. 72/2021 ha chiarito che esso "rappresenta la "codificazione" della giurisprudenza euro-unitaria (si vedano le già richiamate sentenze c.d. Casta e Spezzino) ed ha fondamento nella stessa direttiva sugli appalti pubblici (direttiva 2014/24/UE) che, al considerando n. 28, afferma che essa non trova applicazione in ordine "a taluni servizi di emergenza se effettuati da organizzazioni e associazioni senza scopo di lucro, in quanto il carattere particolare di tali organizzazioni sarebbe difficile da preservare qualora i prestatori di servizi dovessero essere scelti secondo le procedure di cui alla presente direttiva", che "proprio il dettato dell'art. 57 rende evidente che non sussiste, nell'ordinamento, alcuna «obbligatorietà della gara per l'affidamento dei servizi in questione, ma al contrario deve ritenersi oramai codificato il principio dell'affidamento in convenzione alle organizzazioni di volontariato dei servizi di trasporto sanitario di emergenza e urgenza» (TAR Puglia, Lecce, sez. II, 12 gennaio 2018, n. 32)" e che "La locuzione «in via prioritaria» indica – se letta nella prospettiva dell'ipotesi generale di cui all'art. 56 del CTS – una sorta di presunzione di «maggior favore rispetto al mercato»: al soddisfacimento delle condizioni previste nella disposizione, è il legislatore stesso che individua un punto di «bilanciamento» fra le esigenze solidaristiche, di equilibrio dei bilanci pubblici, e di tutela della concorrenza".

Il servizio di trasporto sanitario di emergenza-urgenza è, pertanto, l'unico servizio chiaramente ed espressamente sottratto all'applicazione della

normativa eurounitaria e nazionale in tema di appalti pubblici.

La preordinazione del trasporto mediante ambulanza a far fronte ad una situazione di emergenza (attuale o potenziale) costituisce un connotato ineludibile del servizio, al fine di dimostrare la coerenza del relativo affidamento diretto, disposto dall'amministrazione in applicazione delle eventuali norme nazionali o regionali, con le regole-cardine dell'ordinamento sovranazionale (sul punto, Consiglio di Stato, sez. III, 3 agosto 2020, n. 4905).

9.7. Alla luce dell'ampia ricostruzione esegetica del plesso normativo sopra richiamato deve pertanto concludersi che sono esclusi dall'applicazione del codice dei contratti i servizi di trasporto sanitario di emergenza e urgenza, di qui l'impossibilità di procedere ad un'applicazione *sic et simpliciter* dei principi generali dettati in materia di appalti, tra cui campeggia il principio di concorrenzialità, dovendosi far luogo alla sola applicazione dei principi di imparzialità, pubblicità, trasparenza, partecipazione e parità di trattamento nella prospettiva applicativa di una procedura comparativa riservata alle organizzazioni di volontariato e delle associazioni di promozione sociale.

Sul punto il sopra richiamato decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali n. 72 del 31 marzo 2021 ha conclusivamente rimarcato che "il Codice dei contratti pubblici di cui al d.lgs. 24 aprile 2016, n. 50 (in avanti anche solo "CCP"), infatti, muove dal generale presupposto che i soggetti privati debbano concorrere, fra loro, per acquisire la qualità di controparte contrattuale della P.A. ai fini della conclusione di un contratto pubblico per l'affidamento o la concessione di un servizio. Al contrario, il CTS muove dalla considerazione che le finalità perseguite dagli ETS siano fra loro omogenee (finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale) e distinte da quella lucrativa e che le loro attività siano convergenti con quelle svolte dalla P.A. (attività di interesse generale): ne discende, quindi, la non automatica applicabilità di schemi che prevedano la competizione e lo scambio sinallagmatico, e la necessità di prevederne altri che partano da tale carattere genetico degli ETS. In tal modo, l'amministrazione pubblica sarà posta in grado di scegliere, in base alle concrete situazioni, lo schema procedimentale preferibile, assumendo come criterio-guida la ne-

*cessità di assicurare il “coinvolgimento attivo” degli ETS”.*

9. Ebbene, sulla scorta delle esaustive considerazioni che precedono, il Collegio ritiene che, nel caso di specie, venendo appunto in rilievo servizi di interesse generale, strettamente connessi alla soddisfazione del diritto fondamentale della collettività alla tutela della salute, sia la previsione di un criterio di valutazione che conferisca prevalenza agli aspetti tecnico-qualitativi – rispetto a quelli prettamente economici – con la conseguente giustificata recessione della concorrenza sul fattore prezzo, sia la valutazione dell’offerta tecnica sulla base di requisiti afferenti alla sfera soggettiva-esperienziale del concorrente, rispondano propriamente all’esigenza di dover dare prevalenza alla valutazione di parametri inerenti alla qualità del servizio, all’organizzazione e alla qualifica professionale, nonché all’esperienza del personale effettivamente utilizzato nell’affidamento, in linea con quanto disposto dall’art. 56 d.lgs. 117/2017.

9.1 Più nello specifico, alla luce di quanto sopra chiarito, a parere del Collegio appare ragionevole la scelta di procedere alla valutazione dell’offerta economica solo laddove i progetti di gestione presentati dai concorrenti si collochino su un piano di equiparazione dal punto di vista tecnico, vagliando per contro l’offerta economica solo dove sussista uno scarto irrilevante tra i punteggi tecnici ottenuti.

Fermo restando quanto sin qui considerato, occorre, altresì, rilevare come siffatta scelta, afferente alla sfera discrezionale dell’amministrazione, appare porsi sulla scia della più recente giurisprudenza consolidatasi in tema di offerta economicamente più vantaggiosa, a seguito dell’entrata in vigore del codice dei contratti pubblici di cui al decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50, e delle Linee Guida n. 2 dell’ANAC, in virtù della quale si riscontra un’attenuazione della concorrenza sul fattore prezzo atteso che ai sensi dell’art. 95, comma 7, d.lgs. 50/2016 “l’elemento relativo al costo, anche nei casi di cui alle disposizioni richiamate al comma 2, può assumere la forma di un prezzo o costo fisso sulla base del quale gli operatori economici competeranno solo in base a criteri qualitativi”. Siffatto orientamento ritiene, pertanto, ragionevole la possibilità di impiegare formule matematiche in funzione dissuasiva rispetto ad una competizione eccessiva sul prezzo

zoo e dunque in funzione correttiva del metodo tradizionale dell’interpolazione lineare.

9.2. *In limine* non può non considerarsi come l’esigenza di attenuare la concorrenza sul fattore prezzo favorendo – in fase valutativa – la componente tecnico-qualitativa dell’offerta appaia nell’ipotesi di affidamenti in convenzione ex artt. 56 e 57 d.lgs. 117/2017 pienamente conforme al paradigma normativo considerato, peraltro, che l’offerta economica in tale settore ha ad oggetto esclusivamente il rimborso dei costi necessari per fornire il servizio oggetto dell’affidamento, non essendo in essa ricompreso alcun profitto per l’associazione concorrente.

10. Parimenti, per le superiori considerazioni, non appare meritevole di favorevole scrutinio quanto contestato in punto di commistione tra i requisiti soggettivi di partecipazione alla gara e i criteri di valutazione dell’offerta tecnica – laddove l’avviso di indizione dispone l’attribuzione di 10 punti per i servizi in convenzione svolti negli ultimi dieci anni e 5 punti per l’esperienza maturata in relazione all’anno di fondazione – stante la necessaria considerazione ai fini della valutazione dell’offerta tecnica dei profili attinenti all’esperienza maturata, all’organizzazione, alla formazione e all’aggiornamento dei volontari, espressamente richiamati dall’art. 56, comma 3, d.lgs. 117/2017.

Fattori questi ultimi che, in considerazione dell’oggetto del servizio, assurgono a comporre il *background* di competenze tecniche a comprova degli elevati standard qualitativi offerti e che, pertanto, non possono essere svincolati da una siffatta valutazione.

10.1. Risulta, peraltro, determinante sul punto la considerazione che anche in materia di appalti è stato superato il tradizionale orientamento teso a vietare l’inclusione, tra i criteri di valutazione delle offerte, di elementi attinenti alla capacità tecnica dell’impresa (in particolare, pregressa esperienza e certificazione di qualità) promuovendo un’applicazione attenuata del divieto di commistione fra i criteri soggettivi di qualificazione e i criteri oggettivi di valutazione dell’offerta.

10.2. È stato evidenziato, in particolare, che “il principio della netta separazione tra criteri soggettivi di prequalificazione e criteri di aggiudicazione deve essere interpretato cum grano salis nelle proce-

*dure relative ad appalti di servizi, consentendo alle stazioni appaltanti, nei casi in cui determinate caratteristiche soggettive del concorrente, in quanto direttamente riguardanti l'oggetto del contratto, possano essere valutate anche per la selezione della offerta, di prevedere nel bando anche elementi di valutazione della offerta tecnica di tipo soggettivo (cfr. Cons. Stato, sez. V, 23 agosto 2019, n. 5808). La giurisprudenza ha messo in risalto che il dogma di un'assoluta ed invalicabile incomunicabilità tra requisiti soggettivi di pre-qualificazione ed elementi oggettivi di valutazione può dirsi tramontato, nel nuovo diritto dei contratti pubblici, ma se e solo nella misura in cui la valutazione dei profili di carattere soggettivo, senza favorire indebitamente operatori economici che li posseggano a scapito di altri, serva a lumeggiare la miglior qualità tecnica, sul piano oggettivo, dell'offerta.*

*È emersa, dunque, un'impostazione meno rigida dell'affermazione incondizionata del divieto, tuttavia mantenuta entro rigorosi limiti applicativi: in particolare, nel riconfermare il fondamento del divieto*

*di commistione tra requisiti soggettivi di partecipazione e requisiti oggettivi di valutazione dell'offerta, la giurisprudenza ha specificato che ne è tuttavia consentita un'applicazione attenuata, secondo criteri di proporzionalità, ragionevolezza ed adeguatezza, quando sia dimostrato, caso per caso, che per le qualificazioni possedute il concorrente offra garanzie di qualità nell'esecuzione del contratto apprezzabili in sede di valutazione tecnica delle offerte" (TAR Sicilia, sez. I, 15.2.2022, n. 467).*

11. Tutto ciò considerato il ricorso introduttivo ed il ricorso per motivi aggiunti sono infondati e devono essere complessivamente respinti.

12. La specificità della controversia giustifica la compensazione delle spese.

P.Q.M.

Il Tribunale Amministrativo Regionale per il Piemonte (Sezione Prima), definitivamente pronunciando sul ricorso e sui motivi aggiunti, come in epigrafe proposti, li respinge.

(Omissis)

## Commento a cura di Alceste Santuari\*

La sentenza *de qua*, coerentemente con la recente giurisprudenza della Corte di Giustizia dell'Unione europea, conferma la piena legittimità dell'affidamento diretto del servizio di trasporto sanitario di emergenza e urgenza alle organizzazioni di volontariato e della previsione di criteri di valutazione non ancorati alla pura dimensione economica.

### 1. Brevi cenni alla configurazione giuridica del servizio di trasporto sanitario di emergenza e urgenza

Nell'ambito dei moderni sistemi di protezione socio-sanitaria a livello europeo, l'attività di trasporto sanitario di urgenza ed emergenza, avuto riguardo alla finalità che detta attività persegue, segnatamente, quella di affermare e garantire il diritto alla salute, inteso quale diritto fondamentale dei cittadini, può legittimamente risultare oggetto di

convenzionamento diretto tra amministrazioni precedenti (in particolare, enti del sistema sanitario) ed organizzazioni di volontariato<sup>1</sup>.

(1) Come noto, la direttiva 2014/24/UE in materia di appalti pubblici al considerando n. 28 chiarisce che "la presente direttiva non dovrebbe applicarsi a taluni servizi di emergenza se effettuati da organizzazioni e associazioni senza scopo di lucro, in quanto il carattere particolare di tali organizzazioni sarebbe difficile da preservare qualora i prestatori di servizi dovessero essere scelti secondo le procedure di cui alla presente direttiva. La loro esclusione, tuttavia, non dovrebbe essere estesa oltre lo stretto necessario. Si dovrebbe pertanto stabilire esplicitamente che i servizi di trasporto dei pazienti in ambulanza non dovrebbero essere esclusi. In tale contesto è inoltre necessario chiarire che nel gruppo "Servizi di trasporto terrestre" del CPV non rientrano i servizi di ambulanza, reperibili nella classe 8514. Occorre pertanto precisare che i servizi identificati con il codice CPV 85143000-3, consistenti esclusivamente in servizi di tra-

\*Professore associato - Diritto dell'Economia - Dipartimento di Sociologia e Diritto dell'economia – Università di Bologna.

Nella disciplina giuridica nazionale, l'art. 17, comma 1, lett. h) d.lgs. 50/2016 prevede che le disposizioni del Codice dei contratti pubblici non trovano applicazione agli appalti e alle concessioni di servizi "concernenti servizi di difesa civile, di protezione civile e di prevenzione contro i pericoli forniti da organizzazioni e associazioni senza scopo di lucro identificati con i codici CPV 75250000-3, 75251000-0, 75251100-1, 75251110-4, 75251120-7, 75252000-7, 75222000-8; 98113100-9 e 85143000-3 ad eccezione dei servizi di trasporto dei pazienti in ambulanza". La deroga di cui all'art. 10, lett. h) della direttiva 2014/24/UE opera solo ove l'affidamento diretto venga infatti effettuato in favore di un'organizzazione o un'associazione senza scopo di lucro, che, pertanto, abbia l'obiettivo di svolgere funzioni solidaristiche, prive di finalità commerciale e che investa eventuali utili al fine di raggiungere l'obiettivo dell'organizzazione o dell'associazione<sup>2</sup>.

La deroga stabilita all'art. 10 della direttiva sopra citata ha trovato una propria disciplina a livello

---

sporto dei pazienti in ambulanza, dovrebbero essere soggetti al regime speciale previsto per i servizi sociali e altri servizi specifici ("regime alleggerito"). Di conseguenza, anche gli appalti misti per la prestazione di servizi di ambulanza in generale dovrebbero essere soggetti al regime alleggerito se il valore dei servizi di trasporto dei pazienti in ambulanza fosse superiore al valore di altri servizi di ambulanza". Il successivo art. 10 della direttiva stabilisce che quest'ultima non si applica agli appalti pubblici di servizi concernenti "servizi di difesa civile, di protezione civile e di prevenzione contro i pericoli forniti da organizzazioni e associazioni senza scopo di lucro identificati con i codici CPV 75250000-3, 75251000-0, 75251100-1, 75251110-4, 75251120-7, 75252000-7, 75222000-8; 98113100-9 e 85143000-3 ad eccezione dei servizi di trasporto dei pazienti in ambulanza". La previsione dell'esclusione dei servizi di trasporto di emergenza e urgenza dall'applicazione della direttiva 2014/24/UE è contenuta pertanto nell'art. 10 della direttiva, che contiene un'eccezione e una contro-eccezione.

(2) Sul punto, cfr. Corte di Giustizia UE, sez. VIII, sentenza 7 luglio 2022, cause riunite C-213/21 e C-214/21, Italy Emergenza Cooperativa Sociale ed altri, alla stregua della quale si è precisato che l'art. 10, lettera h), della direttiva 2014/24 deve essere interpretato nel senso che esso non osta a una normativa nazionale che prevede che i servizi di trasporto sanitario di urgenza ed emergenza possano essere attribuiti mediante convenzione, in via prioritaria, soltanto a organizzazioni di volontariato e non a cooperative sociali che possono distribuire ai soci ristorni correlati alle loro attività.

nazionale nell'art. 57 del Codice del Terzo Settore<sup>3</sup>.

Dalla disposizione di cui all'art. 57 discendono due conseguenze: la prima riguarda la legittimità per gli enti del servizio sanitario di convenzionarsi "in via prioritaria" direttamente con le organizzazioni di volontariato per l'espletamento dell'attività di trasporto sanitario di emergenza e urgenza. La seconda attiene, invece, alla necessità che il convenzionamento diretto sia preceduto da una valutazione fondata su criteri obiettivi, trasparenti e di non discriminazione.

Nel commento che segue, particolare attenzione sarà dedicata al tema dei criteri di valutazione che le amministrazioni procedenti sono chiamate ad applicare nella selezione delle organizzazioni di volontariato potenzialmente interessate a svolgere l'attività di trasporto sanitario di emergenza e urgenza.

## 2. I fatti oggetto della pronuncia e l'importanza dei criteri di valutazione nella selezione delle organizzazioni di volontariato

Un'associazione ha impugnato la delibera di un ente sanitario, con la quale è stato assegnato il servizio di trasporto sanitario di emergenza e urgenza, contestando, per quanto di interesse della presente nota, i criteri di valutazione indicati nell'avviso pubblico. Nello specifico, l'associazione ricorrente ha censurato il criterio di affidamento che subordinava la valutazione economica dei preventivi alla sussistenza di uno scarto inferiore di 5 punti tra

---

(3) Che recita come segue: "1. I servizi di trasporto sanitario di emergenza e urgenza possono essere, in via prioritaria, oggetto di affidamento in convenzione alle organizzazioni di volontariato, iscritte da almeno sei mesi nel Registro unico nazionale del Terzo settore, aderenti ad una rete associativa di cui all'articolo 41, comma 2, ed accreditate ai sensi della normativa regionale in materia, ove esistente, nelle ipotesi in cui, per la natura specifica del servizio, l'affidamento diretto garantisca l'espletamento del servizio di interesse generale, in un sistema di effettiva contribuzione a una finalità sociale e di perseguimento degli obiettivi di solidarietà, in condizioni di efficienza economica e adeguatezza, nonché nel rispetto dei principi di trasparenza e non discriminazione.

2. Alle convenzioni aventi ad oggetto i servizi di cui al comma 1 si applicano le disposizioni di cui ai commi 2, 3, 3-bis e 4 dell'articolo 56".

i progetti tecnici e la violazione del divieto di commistione tra i requisiti soggettivi di partecipazione alla gara e i criteri di valutazione dell'offerta tecnica laddove l'avviso di indizione della nuova procedura valutava con favore le esperienze precedentemente maturate.

Il TAR Piemonte, sez. I, con la sentenza 29 agosto 2022, n. 719, ha ribadito alcuni profili di indubbio interesse in ordine ai criteri di valutazione che le amministrazioni procedenti possono utilizzare nella selezione delle organizzazioni di volontariato potenzialmente interessate a svolgere il servizio.

I richiami operati nel secondo comma dell'art. 57 ai principi di cui all'art. 56 in materia di convenzioni con le organizzazioni di volontariato e di promozione sociale impongono alle amministrazioni procedenti di individuare i criteri per valutare le proposte avanzate dagli Enti di Terzo Settore.

In quest'ottica, i giudici amministrativi piemontesi, dopo aver escluso che le comparazioni di cui al Codice del Terzo Settore si possano fondare sull'elemento prezzo, hanno ribadito che è legittima la valutazione comparativa basata sia su criteri che conferiscano "prevalenza agli aspetti tecnico-qualitativi – rispetto a quelli prettamente economici – con la conseguente giustificata recessione della concorrenza sul fattore prezzo, sia la valutazione dell'offerta tecnica sulla base di requisiti afferenti alla sfera soggettiva-esperienziale del concorrente". A giudizio del TAR, si tratta di valutazioni che "rispondano propriamente all'esigenza di dover dare prevalenza alla valutazione di parametri inerenti alla qualità del servizio, all'organizzazione e alla qualifica professionale, nonché all'esperienza del personale effettivamente utilizzato nell'affidamento, in linea con quanto disposto dall'art. 56 d.lgs. 117/2017".

In questa prospettiva, è degno di nota un altro passaggio della sentenza *de qua*, laddove i giudici amministrativi sostengono che "appare ragionevole la scelta di procedere alla valutazione dell'offerta economica solo laddove i progetti di gestione presentati dai concorrenti si collochino su un piano di equiparazione dal punto di vista tecnico, vagliando per contro l'offerta economica solo dove sussista uno scarto irrilevante tra i punteggi tecnici ottenuti". Ancora una volta, il criterio che deve guidare le valutazioni delle amministrazioni procedenti è l'e-

lemento qualitativo, inteso quale garanzia del particolare servizio in oggetto, che risponde al fondamentale diritto alla salute, singolo e collettivo.

I giudici amministrativi collegano questa discrezionalità amministrativa in capo agli enti pubblici alla previsione dell'art. 95, comma 7, d.lgs. n. 50/2016, in virtù della quale si riscontra un'attenuazione della concorrenza sul fattore prezzo atteso: "L'elemento relativo al costo, anche nei casi di cui alle disposizioni richiamate al comma 2, può assumere la forma di un prezzo o costo fisso sulla base del quale gli operatori economici competeranno solo in base a criteri qualitativi".

La legittimità di prevedere valutazioni quali quelle sopra riportate è legittimata – secondo il *reasoning* dei giudici amministrativi piemontesi – dallo specifico "paradigma normativo" sotteso agli artt. 56 e 57 del Codice del Terzo Settore, in conformità ai quali l'offerta economica nelle convenzioni relative "ha ad oggetto esclusivamente il rimborso dei costi necessari per fornire il servizio oggetto dell'affidamento, non essendo in essa ricompresa alcun profitto per l'associazione concorrente".

Il TAR, dunque, sembra riconoscere la piena e legittima convergenza (*rectius*: coesistenza) del perseguimento di finalità di interesse generale con una dimensione economica del servizio reso, ancorché essa non si configuri quale corrispettivo di una prestazione resa.

Questo è il motivo per il quale i giudici amministrativi non hanno riscontrato una contraddizione nella previsione dell'avviso pubblico oggetto di ricorso laddove ha inteso prevedere una "commistione tra i requisiti soggettivi di partecipazione alla gara e i criteri di valutazione dell'offerta tecnica". Conseguentemente, la previsione di un punteggio riconosciuto per i servizi in convenzione svolti negli ultimi dieci anni e di un ulteriore punteggio da attribuire in ragione dell'esperienza maturata in relazione all'anno di fondazione rappresentano criteri di valutazione rientranti nelle disposizioni di cui all'art. 56, comma 3, d.lgs. 117/2017.

Proprio in considerazione dell'oggetto del servizio, i criteri di valutazione sopra richiamati – afferma il TAR – "assurgono a comporre il *background* di competenze tecniche a comprova degli elevati standard qualitativi offerti e che, pertanto, non possono essere svincolati da una siffatta valutazione".

In questo senso, la sezione ha ricordato che anche nel settore degli appalti “è stato superato il tradizionale orientamento teso a vietare l’inclusione, tra i criteri di valutazione delle offerte, di elementi attinenti alla capacità tecnica dell’impresa (in particolare, pregressa esperienza e certificazione di qualità) promuovendo un’applicazione attenuata del divieto di commistione fra i criteri soggettivi di qualificazione e i criteri oggettivi di valutazione dell’offerta” (cfr. TAR Sicilia, sez. I, 15.2.2022, n. 467).

### 3. Brevi considerazioni finali

La sentenza in argomento traccia una linea importante ai fini del consolidamento dei rapporti giuridici non competitivi tra pubbliche amministrazioni e soggetti del Terzo Settore. Il TAR conferma la legittimità di ingaggiare le organizzazioni di volontariato nello svolgimento di un servizio strutturato, essenziale ed organizzato, quale è il servizio di trasporto sanitario di emergenza e urgenza<sup>4</sup>.

L’ingaggio di cui trattasi può realizzarsi al ricorrere di tre condizioni essenziali: in primo luogo, le organizzazioni di volontariato devono operare nel comparto del servizio sanitario di trasporto

di emergenza e urgenza per realizzare le loro finalità di solidarietà. In secondo luogo, il trasporto sanitario deve svolgersi a causa di un’emergenza che, sebbene riferibile ad un singolo individuo e non ad una collettività, come nel caso della protezione civile, deve nondimeno essere caratterizzato dall’emergenza, il che presuppone l’assistenza sanitaria a bordo. In terzo luogo, infine, il beneficiario dell’intervento deve versare in condizioni di emergenza che richiedano quel tipo di trasporto.

In quest’ottica, dunque, le organizzazioni di volontariato, in forza della loro specifica qualificazione giuridica e in funzione delle finalità solidaristiche perseguite, possono legittimamente essere convenzionate direttamente con le aziende sanitarie locali per l’affidamento del servizio di trasporto sanitario di emergenza e urgenza<sup>5</sup>.

In considerazione del delicato, complesso e articolato servizio di cui trattasi, gli enti del servizio sanitario sono legittimati a valorizzare, sulla base di criteri oggettivi, non discriminatori e trasparenti, gli assetti organizzativi delle associazioni di volontariato che meglio assolvono alla funzione pubblica perseguita dal servizio di trasporto sanitario di emergenza e urgenza.

(4) Sul punto, cfr. TAR Piemonte, sez. I, sentenza del 3 marzo 2022, n. 171, che ha riconosciuto la compatibilità dell’art. 56 del Codice del Terzo Settore con i principi giuridici europolitari: come evidenziato nella sentenza della Corte di Giustizia dell’11.12.2014 in causa C-113/13, il diritto dell’Unione non incide sulla competenza di cui dispongono gli Stati membri per configurare i loro sistemi di sanità pubblica e previdenziali. Nella sfera di autonomia dei singoli Stati membri rientrano anche le procedure in ordine all’affidamento del servizio di trasporto sanitario.

(5) Cfr. TAR Campania, sez. V, 1° aprile 2021, n. 2227.

# Nuovi servizi digitali per gli abbonati alle riviste: **periodicimaggioli.it** cambia veste!

Il sito di riferimento delle riviste Maggioli Editore è ancora più semplice e immediato e con nuove funzionalità, per essere sempre più vicini alle esigenze degli abbonati.



## Nuove funzionalità:

### Motore di ricerca potenziato

per consultare tutti i contenuti presenti in 15 anni di archivio storico



### Biblioteca personale

per salvare gli articoli preferiti e creare un archivio personalizzato



### Servizio di notifica

dei nuovi contenuti e dei videocorsi per essere sempre aggiornato su tutte le novità pubblicate



### Pagina riservata dell'abbonato

per monitorare lo stato degli abbonamenti, le scadenze e tutte le offerte in corso



Accedi alla tua rivista  
e ai servizi digitali inclusi su

[www.periodicimaggioli.it](http://www.periodicimaggioli.it)

**MAGGIOLI  
EDITORE**



## I determinanti di salute della popolazione

Sofia Silvola<sup>1,2</sup>, Umberto Restelli<sup>1,3</sup>

Gli stili di vita e le condizioni ambientali sono determinanti di salute e, come tali, possono influenzare non solo la qualità di vita, ma anche l'aspettativa di vita stessa e la capacità di risposta agli eventi dirompenti, come la pandemia da CoVID-19.

Il fumo, il consumo eccessivo di alcol e il sovrappeso sono la principale causa di molte condizioni croniche e tali condizioni possono accrescere il rischio di decesso. Pertanto, nel presente contributo, risulta di interesse analizzare i dati relativi a questi determinanti di salute che potranno influire sulle condizioni sanitarie della popolazione nel prossimo futuro.

I dati più recenti pubblicati dall'OECD (2022) in relazione ai determinanti di salute della popolazione vanno incontro a questo interesse, fornendo statistiche che riportano la percentuale di popolazione che fuma giornalmente, anche in relazione all'uso di sigarette elettroniche, i litri di alcolici *pro capite* consumati annualmente e la percentuale di popolazione sovrappeso e obesa.

Di seguito vengono riportati i dati relativi ai "big five" europei (Francia, Germania, Italia, Regno Unito e Spagna), Paesi Bassi, Australia, Canada, Stati Uniti e i "BRICS" (Brasile, Russia, India, Cina e Sudafrica), in modo da analizzare il cambiamento di queste abitudini dal 2015 al dato più recente a disposizione (2019 o 2020).

Per quanto concerne il fumo, dai dati emerge che la percentuale di popolazione con età superiore o uguale a 15 anni che consuma sigarette quoti-

dianamente è diminuito nella totalità dei Paesi indagati. Una diminuzione maggiore è registrata nella fascia di età tra i 15 e i 24 anni rispetto alla totalità dei soggetti con età uguale o superiore ai 15 anni (con l'esclusione del Brasile, unico Paese che ha visto un incremento negli anni nella popolazione tra 15 e 24 anni). Il dato maggiore in termini di consumo resta stabile ed è riferito alla Francia, che passa da 29,4% nel 2015 a 25,5% nel 2020, per quanto concerne il contesto europeo, e alla Repubblica Popolare Cinese, che passa da 25,8% nel 2015 a 25,3% nel 2020, in riferimento al resto dei Paesi OCSE (**Tabella 1, Tabella 2**). Il decremento maggiore negli anni nella popolazione con 15 anni o più è osservabile in Canada (-28,2%), India (-25,7%) e Paesi Bassi (-24,2%), mentre nella popolazione con età compresa tra 15 e 24 anni è osservabile in Canada (-60,5%), Paesi Bassi (-44,8%) e Regno Unito (-35,3%).

Un andamento opposto è registrato invece dalla percentuale di popolazione che utilizza quotidianamente sigarette elettroniche che vede un andamento crescente nel tempo (unico Paese in controtendenza sono i Paesi Bassi (**Tabella 3, Tabella 4**)). L'incremento maggiore negli anni nella popolazione con 15 anni o più è osservabile in Australia (+133,3%), Italia (+108,3%) e Francia (+72,0%), mentre nella popolazione con età compresa tra 15 e 24 anni in Italia (442,9%), Regno Unito (150,0%) e Australia (128,6%).

In entrambe le popolazioni gli uomini che consumano sigarette e sigarette elettroniche sono percentualmente superiori rispetto alle donne.

**Tabella 1** – Percentuale di popolazione che fuma quotidianamente sigarette (15+ anni)

Nazione	% fumatori							% fumatrici donne			% fumatori uomini		
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Δ % (primo anno disponibile / ultimo anno disponibile)	2015	2020	Δ %	2015	2020	Δ %
Australia	N/D	12,4%	N/D	N/D	11,2%	N/D	-9,7%	10,8%*	10,0%^	-7,4%	14,0%	12,4%	-11,4%
Canada	13,1%	12,5%	12,0%	11,3%	10,3%	9,4%	-28,2%	11,3%	7,6%	-32,7%	14,9%	11,3%	-24,2%

(1) Centro sull'Economia e il Management nella Sanità e nel Sociale, LIUC – Università Cattaneo, Castellanza (VA), Italia.

(2) Department of Public Health Medicine, School of Health System & Public Health, Faculty of Health Sciences University of Pretoria, South Africa.

(3) School of Public Health, Faculty of Health Sciences, University of the Witwatersrand, Johannesburg, South Africa.

# Uno sguardo ai numeri

I determinanti di salute della popolazione

Nazione	% fumatori							% fumatrici donne			% fumatori uomini		
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Δ % (primo anno disponibile / ultimo anno disponibile)	2015	2020	Δ %	2015	2020	Δ %
Francia	29,4%	29,4%	26,9%	25,4%	24,0%	25,5%	-13,3%	25,8%	22,0%	-14,7%	33,1%	29,1%	-12,1%
Germania	N/D	N/D	18,8%	N/D	N/D	N/D	N/D	15,3%*	N/D	N/D	22,3%*	N/D	N/D
Italia	19,8%	20,0%	19,9%	19,2%	18,6%	18,8%	-5,1%	15,8%	15,4%	-2,5%	24,9%	22,5%	-9,6%
Paesi Bassi	19,0%	18,0%	16,8%	15,5%	15,4%	14,4%	-24,2%	16,9%	13,1%	-22,5%	21,2%	15,7%	-25,9%
Spagna	N/D	N/D	22,1%	N/D	N/D	19,8%	-10,4%	18,8%*	16,5%	-12,2%	25,6%*	23,3%	-9,0%
Regno Unito	17,8%	16,1%	16,8%	16,6%	15,8%	14,5%	-18,5%	16,6%	13,7%	-17,5%	19,1%	15,3%	-19,9%
Stati Uniti	11,4%	11,8%	10,5%	10,3%	10,9%	9,4%	-17,5%	10,7%	8,6%	-19,6%	12,2%	10,3%	-15,6%
Brasile	10,4%	10,2%	10,1%	9,3%	9,8%	9,5%	-8,7%	8,3%	7,6%	-8,4%	12,8%	11,7%	-8,6%
Repubblica Popolare Cinese	25,8%	N/D	N/D	25,4%	25,4%	25,3%	-1,9%	2,2%	2,1%	-4,5%	48,6%	47,8%	-1,6%
India	10,9%	N/D	N/D	9,1%	8,6%	8,1%	-25,7%	2,1%	1,4%	-33,3%	19,1%	14,4%	-24,6%
Russia	N/D	30,3%	27,5%	26,7%	25,8%	N/D	-14,9%	14,4%*	13,3 <sup>^</sup>	-7,6%	49,5%	43,2%	-12,7%
Sudafrica	20,6%	N/D	N/D	20,3%	20,2%	20,2%	-1,9%	7,4%	6,5%	-12,2%	34,5%	34,6%	0,3%

\* Primo anno disponibile  
<sup>^</sup> Ultimo anno disponibile

**Tabella 2 – Percentuale di popolazione che fuma quotidianamente sigarette (15-24 anni)**

Nazione	% fumatori							% fumatrici donne			% fumatori uomini		
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Δ % (primo anno disponibile / ultimo anno disponibile)	2015	2020	Δ %	2015	2020	Δ %
Australia	N/D	9,1%	N/D	N/D	7,5%	N/D	-17,6%	8,3%*	6,4% <sup>^</sup>	-22,9%	9,8%*	8,5 <sup>^</sup>	-13,3%
Canada	8,6%	7,6%	7,4%	6,3%	4,3%	3,4%	-60,5%	6,9%	1,9%	-72,5%	10,1%	4,6%	-54,5%
Francia	N/D	36,7%	32,0%	31,0%	31,8%	N/D	-13,4%	29,2%*	27,0% <sup>^</sup>	-7,5%	44,2%*	36,5% <sup>^</sup>	-17,4%
Germania	N/D	N/D	14,2%	N/D	N/D	N/D	N/D	11,2%*	N/D	N/D	17,0%*	N/D	N/D
Italia	18,4%	18,4%	17,9%	19,7%	17,0%	17,3%	-6,0%	14,0%	13,5%	-3,6%	22,4%	20,8%	-7,1%
Paesi Bassi	17,4%	13,1%	12,5%	12,1%	11,1%	9,6%	-44,8%	14,2%	8,9%	-37,3%	20,4%	10,2%	-50,0%
Spagna	N/D	N/D	17,6%	N/D	N/D	15,2%	-13,6%	15,1%*	12,0%	-20,5%	20,0%*	18,3%	-8,5%
Regno Unito	23,5%	16,6%	19,9%	23,6%	18,3%	15,2%	-35,3%	22,9%	14,4%	-37,1%	24,1%	15,9%	-34,0%
Stati Uniti	7,7%	9,0%	6,8%	5,0%	4,9%	5,0%	-35,1%	7,3%	4,2%	-42,5%	8,2%	5,7%	-30,5%
Brasile	7,2%	7,4%	8,5%	6,7%	7,9%	N/D	9,7%	4,1%	5,5% <sup>^</sup>	34,1%	9,7%	9,9% <sup>^</sup>	2,1%

\* Primo anno disponibile  
<sup>^</sup> Ultimo anno disponibile

**Tabella 3 – Percentuale di popolazione che fuma quotidianamente sigarette elettroniche (15+ anni)**

Nazione	% utilizzatori di sigarette elettroniche							% utilizzatrici donne di sigarette elettroniche			% utilizzatori uomini di sigarette elettroniche		
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Δ % (primo anno disponibile / ultimo anno disponibile)	2015	2020	Δ %	2015	2020	Δ %
Australia	N/D	0,9%	N/D	N/D	2,1%	N/D	133,3%	0,6%*	1,5% <sup>^</sup>	150,0%	1,3%*	2,7% <sup>^</sup>	107,7%
Canada	2,9%	N/D	3,1%	N/D	4,7%	N/D	62,1%	2,6%	3,6% <sup>^</sup>	38,5%	3,3%	5,8% <sup>^</sup>	75,8%
Francia	N/D	2,5%	2,7%	3,8%	4,4%	4,3%	72,0%	1,9%*	3,4% <sup>^</sup>	78,9%	3,0%*	5,2% <sup>^</sup>	73,3%
Germania	N/D	N/D	N/D	N/D	3,3%	N/D	N/D	N/D	2,0% <sup>^</sup>	N/D	N/D	4,6% <sup>^</sup>	N/D
Italia	1,2%	1,3%	2,1%	2,3%	2,6%	2,5%	108,3%	0,8%	1,9%	137,5%	1,6%	3,1%	93,8%
Paesi Bassi	N/D	3,5%	3,1%	3,2%	1,6%	1,1%	-68,6%	3,1%*	1,1%	-64,5%	3,8% <sup>^</sup>	1,2%	-68,4%
Spagna	N/D	N/D	1,5%	N/D	N/D	1,8%	20,0%	1,2%*	1,2%	0,0%	1,8%*	2,4%	33,3%
Regno Unito	4,5%	5,6%	5,5%	6,3%	5,7%	6,4%	42,2%	4,4%	5,6%	27,3%	4,6%	7,2%	56,5%
Stati Uniti	3,5%	3,2%	2,8%	3,2%	4,5%	3,7%	5,7%	2,6%	2,8%	7,7%	4,3%	4,6%	7,0%

\* Primo anno disponibile  
<sup>^</sup> Ultimo anno disponibile

**Tabella 4 – Percentuale di popolazione che fuma quotidianamente sigarette elettroniche (15-24 anni)**

Nazione	% utilizzatori di sigarette elettroniche							% utilizzatrici donne di sigarette elettroniche			% utilizzatori uomini di sigarette elettroniche		
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Δ % (primo anno disponibile / ultimo anno disponibile)	2015	2020	Δ %	2015	2020	Δ %
Australia	N/D	1,4%	N/D	N/D	3,2%	N/D	128,6%	0,7%*	1,5% <sup>^</sup>	114,3%	1,9%*	4,8% <sup>^</sup>	152,6%
Canada	6,2%	N/D	6,5%	N/D	N/D	N/D	4,8%	4,4%	3,9% <sup>^</sup>	-11,4%	7,9%	9,0% <sup>^</sup>	13,9%
Germania	N/D	N/D	N/D	N/D	4,8%	N/D	N/D	N/D	3,1% <sup>^</sup>	N/D	N/D	6,4% <sup>^</sup>	N/D
Italia	0,7%	1,3%	3,4%	2,9%	3,4%	3,8%	442,9%	0,2%	2,7%	1.250,0%	1,2%	4,8%	300,0%
Paesi Bassi	N/D	3,4%	3,2%	3,7%	1,1%	1,6%	-52,9%	2,7%*	1,7%	-37,0%	4,0%*	1,5%	-62,5%
Spagna	N/D	N/D	3,4%	N/D	N/D	3,1%	-8,8%	2,4%*	2,3%	-4,2%	4,3%*	3,9%	-9,3%
Regno Unito	2,8%	5,8%	5,4%	4,8%	3,3%	7,0%	150,0%	1,6%	4,7%	193,8%	4,0%	9,1%	127,5%
Stati Uniti	5,2%	4,7%	5,2%	7,6%	9,3%	9,4%	80,8%	2,5%	6,5%	160,0%	7,8%	12,2%	56,4%

\* Primo anno disponibile  
<sup>^</sup> Ultimo anno disponibile

In riferimento al consumo di alcol, anche in questo caso la maggioranza dei Paesi registra una diminuzione nel tempo di litri *pro capite* an-

nui consumati, con alcuni Paesi che invece rimangono pressoché stabili e nessun aumento significativo viene registrato. La maggior flessione nel

consumo di alcol è registrata della Spagna che passa da 10,4 litri *pro capite* consumati nel 2015 a 7,8 nel 2020 (Tabella 5). In termini percentuali

il decremento maggiore è osservabile in Spagna (-25,0%), Repubblica Popolare Cinese (-21,1%) e Russia (-18,8%).

**Tabella 5 – Litri consumati di alcol (15+ anni)**

	Consumo di alcol, litri pro capite						
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Δ (2015 / anno più recente disponibile)
Australia	9,8	9,5	9,5	N/D	N/D	N/D	-3,1%
Canada	8,0	8,1	8,2	8,2	8,0	8,1	1,3%
Francia	11,9	11,7	11,7	11,6	11,4	10,4	-12,6%
Germania	11,1	11	10,9	10,9	10,6	N/D	-4,5%
Italia	7,1	7,1	7,4	7,8	7,7	N/D	8,5%
Paesi Bassi	8,3	8,2	8,3	8,3	8,2	7,2	-13,3%
Spagna	10,4	10,8	10,8	10,4	10,8	7,8	-25,0%
Regno Unito	9,5	9,5	9,7	9,8	9,7	9,7	2,1%
Stati Uniti	8,8	8,9	8,9	8,9	9,0	9,3	5,7%
Brasile	6,6	6,4	6,3	6,2	6,1	N/D	-7,6%
Repubblica Popolare Cinese	5,7	5,6	5,3	4,8	4,5	N/D	-21,1%
India	3,0	3,0	2,9	3,0	3,1	N/D	3,3%
Russia	13,3	13,0	11,1	11,1	10,8	N/D	-18,8%
Sud Africa	7,2	7,3	7,3	7,2	7,2	N/D	0,0%

I tassi riferiti alla popolazione in sovrappeso, ove disponibili, mostrano un andamento eterogeneo. Mentre il Canada registra una diminuzione dei tassi nel tempo, passando dal 36,1% nel 2015 al 35,5% nel 2019, il Regno Unito passa dal 36,1% del 2015 al 36,2% nel 2019 (Tabella 6). Anche in relazione ai tassi riferiti alla popolazione obesa, questi registrano una eterogeneità del loro andamen-

to nel tempo. Il Canada registra una flessione, passando dal 28,1% del 2015 al 24,3% del 2019, mentre il Regno Unito passa dal 26,9% del 2015 al 28,0% del 2019 (Tabella 7). In termini percentuali, il decremento maggiore in relazione alla percentuale di popolazione obesa è registrato in Canada (-13,5%), mentre l'aumento maggiore è osservato negli Stati Uniti (+7,0%).

**Tabella 6 – Percentuale di popolazione sovrappeso (misurata)**

Nazione	% popolazione in sovrappeso						% popolazione femminili in sovrappeso			% popolazione maschili in sovrappeso		
	2015	2016	2017	2018	2019	Δ % (primo anno disponibile / ultimo anno disponibile)	2015	2019	Δ %	2015	2019	Δ %
Australia	N/D	N/D	34,8%	N/D	N/D	N/D	29,0%*	N/D	N/D	40,9%*	N/D	N/D
Canada	36,1%	N/D	33,5%	N/D	35,5%	-1,7%	32,2%	31,4%	-2,5%	39,9%	39,6%	-0,8%
Francia	32,0%	N/D	30,8%	N/D	N/D	-3,8%	26,8%	24,7%^	-7,8%	37,1%	35,5%^	-4,3%



Nazione	% popolazione in sovrappeso						% popolazione femminile in sovrappeso			% popolazione maschile in sovrappeso		
	2015	2016	2017	2018	2019	Δ % (primo anno disponibile / ultimo anno disponibile)	2015	2019	Δ %	2015	2019	Δ %
Regno Unito	36,1%	35,2%	35,6%	35,5%	36,2%	0,3%	31,2%	31,3%	0,3%	40,9%	41,2%	0,7%
Stati Uniti	N/D	31%	N/D	N/D	30,3%	-2,3%	26,3%*	26,9%	2,3%	35,8%*	33,7%	-5,9%
Brasile	N/D	N/D	N/D	N/D	61,7%	N/D	N/D	63,3%	N/D	N/D	60,0%	N/D

\* Primo anno disponibile  
^ Ultimo anno disponibile

**Tabella 7 – Percentuale di popolazione obesa (misurata)**

Nazione	% popolazione obesa						% popolazione femminile obesa			% popolazione maschile obesa		
	2015	2016	2017	2018	2019	Δ % (primo anno disponibile / ultimo anno disponibile)	2015	2019	Δ %	2015	2019	Δ %
Australia	N/D	N/D	30,4%	N/D	N/D	N/D	29,3%*	N/D	N/D	31,5%*	N/D	N/D
Canada	28,1%	N/D	26,9%	N/D	24,3%	-13,5%	27,8%	22,0%	-20,9%	28,5%	26,7%	-6,3%
Francia	17%	N/D	15,6%	N/D	N/D	-8,2%	17,4%	16,4%^	-5,7%	16,8%	14,8%^	-11,9%
Regno Unito	26,9%	26,2%	28,7%	27,7%	28,0%	4,1%	26,8%	29,1%	8,6%	26,9%	27,0%	0,4%
Stati Uniti	N/D	40,0%	N/D	N/D	42,8%	7,0%	41,6%*	42,1%	1,2%	38,3%*	43,5%	13,6%
Brasile	N/D	N/D	N/D	N/D	25,9%	N/D	N/D	29,5%	N/D	N/D	21,8%	N/D
Repubblica Popolare Cinese	6,2%	6,6%	N/D	N/D	N/D	6,5%	6,7%	7,1%^	6,0%	5,8%	6,2%^	6,9%
India	3,6%	3,8%	N/D	N/D	N/D	5,6%	4,7%	4,9%^	4,3%	2,5%	2,7%^	8,0%
Russia	N/D	N/D	N/D	21,6%	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Sud Africa	26,4%	27,0%	N/D	N/D	N/D	2,3%	37,9%	38,5%^	1,6%	13,8%	14,5%^	5,1%

\* Primo anno disponibile  
^ Ultimo anno disponibile

I dati mostrano un trend positivo in relazione al fumo di sigarette, mentre dati maggiormente eterogenei sono legati al consumo di alcolici e alla popolazione in sovrappeso ed obesa. In relazione al contesto italiano è osservabile un decremento legato al fumo di sigarette, affiancato da un incremento nell'utilizzo di sigarette elettroniche, un incremen-

to nel consumo di alcolici, mentre risultano essere mancanti i dati relativi al peso.

## Bibliografia

- OECD Health Statistics 2022, *Non-Medical Determinants of Health*, <https://www.oecd.org/health/health-data.htm>

# Sanità Pubblica e Privata

ti propone

## WELFARE OGGI

La rivista del settore socio - sanitario



Diretto da Rita Cutini

SCARICA  
UN FASCICOLO  
IN OMAGGIO!



Scopri di più su  
[shop.periodicimaggioli.it](http://shop.periodicimaggioli.it)

# IL GESTORE DELLE RISORSE NELLE STRUTTURE SANITARIE DI AZIENDA DEL SSN

Ottobre 2022 - Codice 88.916.5864.7  
F.to 17x24 - Pag. 172 - € 22.00

Questo nuovo lavoro dell'autore si occupa della figura del "gestore delle risorse" nelle strutture sanitarie pubbliche.

Questo ruolo è tenuto a farsi carico - ex disposizioni legislative e contrattuali vigenti - della gestione di tutte le risorse di cui l'Azienda Sanitaria si avvale per soddisfare i bisogni di salute rappresentati dal singolo.

Il testo non solo individua le tipologie di risorse da gestire (spazi, attrezzature scientifiche ed apparecchiature tecnologiche, personale), ma ipotizza percorsi per migliorarne l'utilizzazione, indica le competenze che il gestore deve acquisire e i comportamenti da attuare; il tutto sottolineando che ogni gestore, al fine di perseguire l'ottimale funzionamento della struttura cui è preposto, deve farsi carico anche del corretto adempimento delle disposizioni concernenti la sicurezza delle cure e della persona assistita, la tutela della salute e sicurezza all'interno delle strutture sanitarie, la trasparenza dell'attività e l'accesso ai documenti in possesso della struttura, la valutazione degli operatori assegnati alla struttura, la responsabilità professionale e disciplinare ed il contrasto dei fenomeni di corruzione.

L'assolvimento dell'insieme delle incombenze riferite costituisce per il gestore un compito aggiuntivo rispetto a quello correlato con la specificità del settore professionale di inquadramento che - soprattutto con riguardo alla gestione delle risorse umane - assume contorni di problematicità e delicatezza in considerazione del fatto che l'articolazione organizzativa in cui opera è deputata a produrre ed erogare prestazioni tese a tutelare la salute del singolo e della collettività, nel rispetto delle norme attuative dell'art. 32 della Costituzione.

---

SERVIZIO CLIENTI Tel +39 0541 628200 - [clienti.editore@maggioli.it](mailto:clienti.editore@maggioli.it)



## GIANFRANCO CARNEVALI

Esperto in legislazione ed organizzazione sanitaria, ha rivestito per anni l'incarico di Direttore Generale di ASL (RM "C", Roma), AO (Maggiore della Carità, Novara; S. Giovanni Battista/Molinette, Torino; Ospedale Perugia), Ospedale Cottolengo di Torino. Docente in Corsi e Master universitari di legislazione, organizzazione, gestione ed economia sanitaria, è stato Responsabile dell'Edizione Italiana del "World Health Forum" dell'OMS.

**MAGGIOLI  
EDITORE**

