

LA *WHITE ECONOMY*. SIGNIFICATO, PROSPETTIVE E POTENZIALITÀ DI SVILUPPO IN AMBITO TERRITORIALE

Massimo CASTELLANO¹

SOMMARIO

Una riflessione aggiornata sulle tematiche del welfare porta senza dubbio alla comune considerazione che si debba sviluppare anche nel nostro Paese un più avanzato modello di sicurezza sociale, in cui le famiglie e gli individui possano ritrovare il massimo possibile di soddisfazione ai propri crescenti bisogni. Dal momento che le tendenze demografiche e la critica condizione in cui versa il bilancio statale hanno messo in discussione il welfare tradizionale, si rende indispensabile una più efficiente utilizzazione delle risorse disponibili. Da un'integrazione degli strumenti pubblici con il mercato sociale privato può scaturire una vera rivoluzione produttiva e occupazionale, utile a risollevare l'Italia dalla prolungata stagnazione. L'analisi che si presenterà in seguito si soffermerà sulle caratteristiche, sul perimetro di azione e sulle prospettive di sviluppo dell'economia della salute, del benessere e dell'assistenza, definita come *white economy* la quale rappresenta tutto ciò che afferisce, in primo luogo, all'offerta di cure mediche ed alla diagnostica oltre all'assistenza professionale, domiciliare o in apposite strutture, per persone disabili, malate, anziane. Si cercherà di dimostrare che trovare risposte alla richiesta crescente di cure ed assistenza, anche attraverso processi di maggiore integrazione tra tipologie diverse di offerta pubblica e privata, rappresenta un'opportunità di sviluppo per il futuro.

¹ Cultore in Economia del Settore Non Profit, Dipartimento di Scienze Economiche, Aziendali e Finanziarie dell'Università di Palermo, Unicredit SpA, Via Francesco Crispi 133, 90133 Palermo, massimocastellano@gmail.com

1. Introduzione

L'allungamento delle aspettative di vita, il marcato invecchiamento della popolazione e le previsioni di incremento di disabilità, sono tutti elementi che lasciano presagire per il prossimo futuro una crescente domanda di sanità e di assistenza che comporterà una consistente lievitazione della spesa sanitaria, per l'offerta di tali servizi nonostante la prolungata fase di crisi ed i vincoli stringenti alla spesa pubblica imposti negli ultimi anni. Queste tendenze future porranno il problema di conciliare il diritto di ognuno a cure e assistenza, con tutti i limiti imposti dai processi di razionalizzazione della spesa pubblica.

I dati relativi alla spesa complessiva delle famiglie, in termini reali, registrano un aumento delle spese sanitarie private (spese per medicinali, servizi ambulatoriali e ospedalieri) a ritmi più che doppi (+3,1%) rispetto a quella pubblica che, invece, è rimasta invariata (+0,6% in termini reali). Ciò dimostra che se da un lato si razionalizza la spesa alimentare e si riduce tutto ciò che è considerato superfluo, dall'altro lato non si rinuncia alle spese per le cure sanitarie la cui domanda anzi sarà verosimilmente in crescita.

Una riflessione aggiornata sulle tematiche del welfare porta senza dubbio alla comune considerazione che si debba sviluppare anche nel nostro Paese un più avanzato modello di sicurezza sociale, in cui le famiglie e gli individui possano ritrovare il massimo possibile di soddisfazione ai propri crescenti bisogni. Dal momento che le tendenze demografiche e la critica condizione in cui versa il bilancio statale hanno messo in discussione il welfare tradizionale si rende indispensabile una più efficiente utilizzazione delle risorse disponibili. Da un'integrazione degli strumenti pubblici con il mercato sociale privato può scaturire una vera rivoluzione produttiva e occupazionale, utile a risollevare l'Italia dalla prolungata stagnazione. L'analisi che si presenterà in seguito si soffermerà sulle caratteristiche, sul perimetro di azione e sulle prospettive di sviluppo dell'economia della salute, del benessere e dell'assistenza, definita come *white economy* la quale rappresenta tutto ciò che afferisce, in primo luogo, all'offerta di cure mediche ed alla diagnostica oltre all'assistenza professionale, domiciliare o in apposite strutture, per persone disabili, malate, anziane. Si cercherà di dimostrare che trovare risposte alla richiesta crescente di cure ed assistenza, anche attraverso processi di maggiore integrazione tra tipologie diverse di offerta pubblica e privata, rappresenta un'opportunità di sviluppo per il futuro. Da un ambito generale, successivamente, si passerà ad un ambito territoriale. Si prenderanno in considerazione i servizi sanitari nelle aree interne ed i sistemi sanitari e socio-sanitari di tre regioni italiane: la Lombardia, il Veneto ed la Sicilia. In particolare, per quanto riguarda la Sicilia verrà analizzata la nuova pianificazione sanitaria regionale per il triennio 2013-2015 volta a sviluppare strategie d'intervento che, agendo sull'organizzazione e sull'appropriatezza clinica, investendo sulla valorizzazione delle risorse umane e professionali ed avvalendosi della partecipazione civile, intende determinare le condizioni per il miglioramento continuo della qualità dei servizi e dello stato di benessere della popolazione, nonostante il progressivo decremento del finanziamento complessivo del sistema sanitario e sociosanitario.

2. Un modello di politica europea per il miglioramento della salute e la riduzione delle disuguaglianze

Nel settembre 2012 i 53 paesi della Regione Europea dell'OMS hanno concordato e approvato un nuovo modello comune di politica politica europea per la salute riferito alla Regione Europea denominato Salute 2020 i cui obiettivi condivisi sono di migliorare in modo significativo la salute e il benessere delle popolazioni, ridurre le disuguaglianze di salute, rafforzare la sanità pubblica e garantire sistemi sanitari con al centro la persona, universali, equi, sostenibili e di alta qualità. (DoRS Regione Piemonte - Ministero della Salute, 2013) Numerosi studi sono stati commissionati ed esaminati per garantire che tutte le analisi e le proposte di azione individuate in Salute 2020 si basino su ricerche ed esperienze solide. (Kickbusch I, Gleicher D, 2012), (Copenhagen, Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS, 2013), (McDaid D, Sassi F, Merkur S, 2014), (McQueen D et al., 2012) (Bertollini R, Brassart C, Galanaki, 2012)

Il progetto Salute 2020 riconosce la diversità dei Paesi che fanno parte della Regione e si rivolge ad attori molto diversi, all'interno o al di fuori del governo, fornendo loro ispirazione e senso sul modo migliore per affrontare le complesse sfide di salute del XXI secolo. Il modello conferma i principi di Salute per Tutti e identifica due direzioni strategiche con quattro aree prioritarie di azione politica. Il nuovo modello si basa sulle esperienze maturate con le precedenti politiche Salute per Tutti nell'orientare le azioni sia degli Stati Membri sia dell'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS.

Per analizzare il contenuto di questo documento occorre partire da tre ordini di considerazioni fondamentali. In primo luogo, la salute è il principale bene e la maggior risorsa per la società. Un buon stato di salute, infatti, produce effetti benefici in tutta l'economia di una paese ed è quindi essenziale per lo sviluppo economico e sociale, riveste un'importanza vitale per l'esistenza di ogni singola persona, per tutte le famiglie e per tutte le comunità, permette di sfruttare tutte le potenzialità di ogni individuo e di rafforzare, così, le comunità e migliorare il tenore di vita di intere popolazioni aumentandone il loro benessere. Secondariamente, il godimento del migliore stato di salute raggiungibile è uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano. Tutti i paesi della regione Europea dell'OMS, infatti, hanno riconosciuto il diritto alla salute e si sono impegnati a favore dell'universalità, della solidarietà e dell'equità di accesso riconoscendoli come valori guida per l'organizzazione dei propri sistemi sanitari, al fine di conseguire il livello di salute più elevato possibile senza alcuna distinzione di sesso, razza, stato sociale o disponibilità economiche. Infine, investire sulla salute costituisce una valida motivazione sociale ed economica per innalzare il livello della salute. Nel corso degli ultimi decenni, tuttavia, nella regione europea dell'OMS il miglioramento dei livelli di salute non è stato equo ed accessibile a tutti in quanto molti paesi e molte aree sono rimaste indietro creando una situazione di disuguaglianza tra i livelli di salute dei vari paesi, soprattutto in presenza di minoranze etniche e di gruppi di migranti. Il rapido aumento delle malattie croniche e dei disturbi mentali, la mancanza di coesione sociale, le minacce ambientali e le incertezze finanziarie rendono ancora più difficile un miglioramento in termini di salute, mettendo in serio pericolo la sostenibilità dei sistemi sanitari e del welfare, per cui necessitano delle risposte creative ed innovative basate su un impegno concreto.

Gli obiettivi strategici posti da Salute 2020 riguardano una maggiore equità ed una migliore governance per la salute; il primo obiettivo dovrà essere raggiunto attraverso il miglioramento della salute per tutti ed una riduzione delle disuguaglianze in termini di salute, mentre il secondo obiettivo, riguarda il miglioramento della leadership e della governance partecipativa per la salute. In merito al primo obiettivo, occorre fare alcune osservazioni. Innanzitutto, i paesi, le regioni e le città possono migliorare in modo significativo la salute e il benessere definendo obiettivi comuni ed effettuando investimenti congiunti tra il settore sanitario e gli altri settori come ad es. l'educazione prescolare, il rendimento scolastico, le condizioni di impiego e di lavoro, la protezione sociale e la riduzione della povertà, al fine di orientarsi alla resilienza della comunità, all'inclusione e alla coesione sociale, alla promozione di attività per il benessere; al raggiungimento della parità tra i generi e la costruzione di competenze individuali e comunitarie che proteggono e promuovono la salute, come le competenze personali e il senso di appartenenza. Secondariamente, occorre affrontare la crescente preoccupazione nei confronti della lotta alle disuguaglianze sociali che spesso contribuiscono in maniera significativa al cattivo stato di salute nei diversi paesi e in tutta la Regione Europea dell'OMS. Infine, un'ulteriore considerazione riguarda l'attuazione di interventi efficaci attraverso la creazione di un contesto di politiche che permetta il superamento delle barriere settoriali, l'adozione di programmi integrati e di programmi locali che consentano, attraverso l'impegno delle autorità locali, di promuovere la salute ed il benessere.

In merito al secondo obiettivo strategico di Salute 2020 c'è da osservare che dovrà essere rafforzata la leadership da parte dei ministri della salute e delle agenzie di sanità pubblica perché continui ad avere un'importanza cruciale nel far fronte al carico di malattia in tutta la Regione Europea. In tale senso il settore sanitario ha diverse responsabilità che dovrà continuare ad assumersi, in merito all'elaborazione ed all'attuazione di strategie per la salute a livello nazionale e subnazionale; alla definizione di finalità e di obiettivi per il miglioramento della salute; alla valutazione degli effetti delle politiche di altri settori sulla salute; all'erogazione di servizi di assistenza sanitaria efficaci e di qualità elevata; alla garanzia delle funzioni essenziali di sanità pubblica. In definitiva, quindi, ne consegue che i ministeri della salute e le agenzie di sanità pubblica si stanno impegnando sempre di più nell'attuare approcci intersettoriali per la salute e nell'agire da negoziatori e difensori della salute. I governi sono, inoltre, impegnati nell'istituire strutture e nel facilitare processi che permettano il coinvolgimento maggiore di una vasta gamma di portatori di interesse. La società civile, infatti, è un attore-chiave nella formulazione, promozione e attuazione del cambiamento ed in tal senso la Regione Europea dell'OMS ha avuto un ruolo di primo piano nella creazione di partnership innovative con la società civile, in particolare con le comunità dei principali gruppi di popolazione ad alto rischio (come le persone che hanno contratto l'HIV) e con le organizzazioni non governative che promuovono e forniscono i servizi contro la povertà, a sostegno di malattie specifiche come l'AIDS.

La vision di Salute 2020 è rivolta a una Regione Europea dell'OMS nella quale tutte le persone siano messe nella condizione, con il dovuto supporto, di raggiungere il proprio pieno potenziale di salute e benessere e i

paesi della stessa, individualmente o congiuntamente, lavorino per ridurre le diseguaglianze di salute all'interno e al di fuori della Regione Europea. Questo progetto, in definitiva, si basa sul principio della collaborazione e del lavorare insieme sulle priorità comuni di politica per la salute che spaziano su quattro aree prioritarie di azione:

1. investimenti sulla salute adottando un approccio che si riferisce all'intero ciclo di vita e mirando all'empowerment delle persone;
2. affrontare le principali sfide per la salute della Regione relative alle malattie non trasmissibili e trasmissibili;
3. rafforzamento dei servizi sanitari con al centro la persona, le capacità in sanità pubblica e la preparazione, la sorveglianza e la risposta in caso di emergenza;
4. creazione di comunità resilienti e ambienti favorevoli

Per realizzare le quattro priorità su indicate è necessaria una combinazione di approcci di governance che promuovano la salute, l'equità e il benessere. Una governance intelligente prefigura i cambiamenti, favorisce l'innovazione ed è orientata ad investire nella promozione della salute e nella prevenzione delle malattie. Gli approcci alla governance prevedono il governare con politiche pubbliche e normative, ma anche attraverso nuove forme di collaborazione con organizzazioni della società civile, agenzie indipendenti e organismi di esperti. Vi è un crescente bisogno di applicare le evidenze alle politiche e alle pratiche, di rispettare i limiti etici, di ampliare la trasparenza e di rafforzare la responsabilità in ambiti come la privacy, la valutazione del rischio e la valutazione di impatto sulla salute.

Salute 2020 riconosce che i paesi sono caratterizzati da punti di partenza differenti con contesti e capacità diverse, per cui molte decisioni relative alle politiche per la salute devono essere prese sulla base di conoscenze incerte e imperfette ed è, inoltre, impossibile prevedere completamente gli effetti di numerosi aspetti della riforma dei sistemi sanitari sull'intero sistema. È sempre più importante, infatti, basarsi sulle conoscenze derivanti dalle scienze sociali, comportamentali e politiche compreso il marketing sociale, l'economia comportamentale e le neuroscienze, così come sugli studi che rilevano il valore della realizzazione di interventi su piccola scala ma completi a livello locale e di comunità, volti ad incoraggiare l'apprendimento e l'adattamento.

In definitiva, il successo di Salute 2020 si basa sulla definizione di un obiettivo comune da raggiungere attraverso ampi sforzi di collaborazione da parte della popolazione e delle organizzazioni presenti in tutta la società e in ogni paese: i governi, le organizzazioni non governative, la società civile, il settore privato, il mondo scientifico e accademico, i professionisti della salute, le comunità, e ogni singola persona. La collaborazione con la società civile rafforzerà l'advocacy per l'implementazione di Salute 2020. Numerose organizzazioni di volontariato e di auto-aiuto, infatti, hanno individuato la salute come una parte significativa del loro mandato, e numerosi servizi sanitari continuano a essere erogati includendo l'assistenza alla famiglia e alla comunità e promuovendo l'autonomia dei pazienti nella cura. Queste organizzazioni agiscono dal livello locale a quello globale e hanno modificato in modo significativo le proprie agende a favore della

salute e dei suoi determinanti sociali. Pertanto, sostenere il loro contributo è prezioso per la realizzazione delle attività a tutti i livelli.

L'autorità di direzione e di coordinamento all'interno della Regione Europea per le attività internazionali nell'ambito della salute sarà affidata all'Ufficio regionale per l'Europa dell'OMS che, attraverso una valida collaborazione con numerosi partner fornirà un supporto tecnico ai diversi paesi, al fine di garantire un ampio impegno, migliorare la coerenza delle politiche sanitarie, fornire una maggiore condivisione nella creazione di programmi politici e nella diffusione di dati sanitari, sostenere lo sviluppo di nuove forme di cooperazione basate sulle reti e sul web.

3. L'integrazione socio-sanitaria: il ruolo della white economy

Il tema dell'integrazione socio-sanitaria è di estrema attualità e rilevanza soprattutto a fronte di alcune evidenze, quali l'invecchiamento della popolazione, l'aumento delle patologie croniche, l'aumento della complessità dei bisogni assistenziali che sempre più spesso vedono associata la componente sanitaria a quella sociale, la connotazione della società sempre più caratterizzata dalla “fragilità” e dalla “solitudine”, l'eccessiva ed inappropriata “sanitarizzazione” della società, sia in termini di visione dei problemi, sia in termini di interventi, la necessità di un impiego appropriato delle “risorse contingentate”. (CNEL, 2014)

Si assiste, di fatto, all'emergere di nuovi bisogni che afferiscono la vita delle persone anziane, spesso non autosufficienti, le persone con disabilità, i minori con disagio e le persone affette da disagi mentali. Sono, quindi, bisogni “socio-sanitari” che rappresentano un concetto unitario di complessità che impone di riconoscere nella persona il riferimento unitario per ogni forma di assistenza, considerando la “salute” non solo come uno stato di benessere che investe l'aspetto fisico, quello mentale e quello sociale, ma anche un diritto fondamentale per la persona e, di conseguenza, un investimento per lo sviluppo della società.

In definitiva, occorre passare da un approccio di tipo “prestazionale” basato sulla cura e sull'assistenza ad un altro basato sulla persona e sui suoi bisogni in tutta la sua globalità e complessità. In tal senso, quindi, divengono imprescindibili alcuni elementi da considerare per realizzare l'integrazione socio-sanitaria:

1. l'adozione di approcci per percorsi assistenziali, a partire dalla progettazione e programmazione degli interventi, alla realizzazione della presa in carico, fino alla valutazione degli esiti in termini di risultati conseguiti;
2. la multidisciplinarietà e la multiprofessionalità, quali elementi cardine per formulare un'azione integrata volta a supportare la crescita di salute e di benessere delle persone;
3. la partecipazione della persona stessa attraverso l'implementazione di servizi personalizzati;
4. la valorizzazione della rete sia istituzionale (Aziende sanitarie locali, comuni,, scuole, ecc.) sia informale (parenti, amici, volontariato) attraverso la costruzione di sinergie tra le varie risorse.

Un sistema socio-sanitario regionale per essere integrato deve trovare la sua strategia fondante in un approccio che interpreta in modo completo l'obiettivo di tutelare la salute ed il benessere al di là di logiche

settoriali, riconoscendo la persona nella sua globalità ed in rapporto con i propri contesti di vita. Ciò potrà essere consentito attraverso un raccordo a *livello istituzionale*, attraverso la definizione di funzioni ed attività socio-sanitarie concordate fra i diversi attori, a *livello gestionale*, tramite l'adozione di modelli organizzativi coerenti con i bisogni; a *livello professionale*, con l'armonizzazione delle competenze dei professionisti chiamati in causa per realizzare obiettivi di salute comuni.

La white economy rappresenta la risposta alla crescente richiesta di cure ed assistenza attraverso una maggiore integrazione tra tipologie diverse di offerta pubblica e privata, in considerazione soprattutto del fatto che il sistema attualmente esistente in Italia offre servizi di cura, diagnostica, ricerca medica e farmacologica, tecnologie biomedicali e servizi di assistenza personalizzati a malati in lungo degenza, anziani non autosufficienti e disabili che genera un valore della produzione superiore a 186 miliardi di euro all'anno, corrispondente al 6% della produzione totale, con un'occupazione superiore a 2,7 milioni di unità. Integrare pubblico e privato diviene, così, un'opportunità rilevante, per compensare una domanda cui la sola sfera pubblica non è più in grado di fare fronte, permettendo, così, di allargare il perimetro di un settore ad alto valore aggiunto, come quello della così detta white economy.

L'offerta della white economy, infatti, afferisce sia alle cure mediche ed alla diagnostica, sia all'assistenza professionale, domiciliare o in apposite strutture, per persone disabili, malate e anziane. Alcuni dati possono certamente risultare utili per valutare l'effettivo peso che la white economy riveste all'interno del nostro sistema economico e soprattutto sanitario. Il nucleo centrale di attività si avvale del lavoro di un numero piuttosto consistente di addetti; in particolare, nel settore delle prestazioni sanitarie operano 1,2 milioni di occupati tra personale medico, paramedico, oltre a quello amministrativo e ad altri profili professionali. Ma la white economy si configura anche come un cluster produttivo dalle molteplici articolazioni, in quanto nel suo perimetro ricade sia l'industria farmaceutica, sia quella delle apparecchiature biomedicali e per la diagnostica. Il primo settore, conta 174 fabbriche e più di 6.000 addetti ed in Italia è uno dei comparti industriali con la più elevata spesa di R&S per addetto, mentre il secondo comparto conta poco più di 800 imprese, tra produttori e contoterzisti, e poco più di 1.000 imprese di distribuzione, più di 52.000 addetti ed una consistente capacità di esportazione, cresciuta in modo significativo soprattutto tra i primi anni 2000 ed il 2008 passando da meno di 3 miliardi di vendite all'estero nel 2000 agli attuali 7 miliardi. Nel cluster va considerato anche il comparto dei servizi includendo in questo il vasto segmento dell'assistenza personale, delle badanti e dell'accompagnamento, che si stima generi più di 9 miliardi di valore della produzione e che appare in forte espansione. (Censis-Unipol, 2014)

Nel calcolo del valore attivato dalla white economy andrebbero anche considerate ulteriori grandezze come quelle relative alle spese in R&S nel settore farmaceutico (1,2 mld di euro valore globale spesa delle imprese e spesa pubblica) e nel settore biomedicale e elettrodiagnostico con una spesa media annua stimata intorno ai 400 milioni di euro (6% del fatturato del comparto stesso) e l'impatto occupazionale che risulta particolarmente rilevante, con oltre 2,7 milioni di addetti, in aumento dal 2005 ad oggi, nonostante la crisi, grazie soprattutto alle attività di servizio (personale medico, paramedico, ma soprattutto alle attività di

assistenza domiciliare e badanti).

Questi dati relativi all'impatto occupazionale della white economy evidenziano un insieme di professionalità molto articolato in cui sono comprese figure altamente specializzate, come il personale medico e paramedico, ed altre operanti in settori ad elevata intensità tecnologica come il farmaceutico ed il biomedicale, fino ad arrivare al personale operante nella ricerca e sviluppo. Lo standard di conoscenze e competenze ed i percorsi di studio in tale ambito, quindi, risultano pertanto particolarmente elevati e la capacità di mantenere tali standard è un elemento di forza del settore e rappresenta la sua vera ricchezza, soprattutto in una prospettiva futura. Se è noto, infatti, che i comparti in grado di crescere e di mantenere elevati livelli di competitività sono quelli knowledge intensive, allora buona parte del complesso sistema della white economy italiana è incanalata in questo percorso virtuoso. (Censis-Unipol, 2014)

Accanto a tali settori caratterizzati da elevata professionalità, tuttavia, esiste un'ampia area di attività, quali i servizi di badantato e di assistenza domiciliare, che si attestano ancora su livelli contenuti di professionalizzazione, anche se entrambi i due comparti pur risultando in espansione sono ancora privi di coordinamento e di controllo spesso a totale carico di soggetti privati, con inesistenti economie di scala. A conferma di tale fenomeno il Censis stima la presenza in Italia di poco meno di 1 milione di operatori nel long term care (care workers), dei quali il 72% sono stranieri e gran parte dei quali offrono assistenza domiciliare. Il Censis, inoltre, prevede un incremento costante del numero di lavoratori in tale branca di attività, arrivando 1,2 milioni di care workers nel 2030. (Censis-Unipol, 2014)

Le considerazioni sopra riportate costituiscono un invito a riflettere sul fatto che la domanda di care workers sarà verosimilmente destinata a crescere ulteriormente e che questa dinamica potrà essere trasformata in un'opportunità di sviluppo. In tal senso, ovviamente, riveste un ruolo di primaria importanza sia il processo formativo, sia l'aspetto finanziario. Per quanto riguarda il primo aspetto, relativo alla risorse umane impiegate, si dovranno creare, attraverso opportuni percorsi professionali, profili più adeguati, innalzare il livello delle competenze, coordinare e allineare meglio l'offerta di servizi di assistenza alla domanda. In tal senso, quindi, gli operatori privati, radicati nel territorio, potrebbero gestire, operando, come già accade nell'ambito dei servizi sanitari, lungo la doppia linea di offerta diretta di servizi reali e di gestione di strumenti finanziari integrativi, che consentano la copertura dei costi derivanti dall'offerta delle prestazioni. Per quanto riguarda l'altro aspetto, quello delle risorse finanziarie utilizzate, l'investimento in ricerca, competenze, formazione e sviluppo di nuovi servizi, non potrà passare solo attraverso l'investimento pubblico ma, viceversa, dovrebbe passare attraverso l'attivazione di un'offerta privata di servizi e di strumenti assicurativi e finanziari privati, di tipo integrativo coordinati con l'offerta pubblica e sottoposti, ovviamente, alla vigilanza di organismi indipendenti competenti per materia. Alla luce di queste considerazioni, quindi, si può concludere che la white economy rappresenta oggi in Italia un sistema produttivo ad alta generazione di valore e occupazione, con una domanda futura di servizi e di prodotti certamente in espansione. (Censis-Unipol, 2014)

4. Percorsi di sviluppo della *white economy* in ambito territoriale

4.1 I servizi per la salute nelle aree interne

Le aree interne possono definirsi come quelle zone significativamente distanti dai centri di offerta di servizi essenziali (di istruzione, salute e mobilità), ricche di importanti risorse ambientali e culturali e fortemente diversificate per natura e a seguito di secolari processi di antropizzazione. Una parte rilevante di tali aree ha subito gradualmente, dal secondo dopoguerra, un processo di marginalizzazione segnato da: calo della popolazione, talora sotto la soglia critica; riduzione dell'occupazione e dell'utilizzo del territorio; offerta locale calante di servizi pubblici e privati; costi sociali per l'intera nazione, quali il dissesto idro-geologico e il degrado del patrimonio culturale e paesaggistico. Nel contempo, alcune aree interne sono state spazio di buone politiche e buone pratiche a esito delle quali la popolazione è rimasta stabile o è cresciuta; i Comuni hanno cooperato per la produzione di servizi essenziali; le risorse ambientali o culturali sono state tutelate e valorizzate, dimostrando così la non inevitabilità del processo generale di marginalizzazione e la capacità di queste aree di concorrere a processi di crescita e coesione. È dunque evidente che esiste in questa ampia parte del paese un forte potenziale di sviluppo che la costruzione di una strategia nazionale, partecipata e continuativa nel tempo può consentire di liberare.

Alla ripresa dello sviluppo economico e sociale dell'Italia può contribuire una nuova strategia nazionale per le aree interne capace di toccare ogni regione e macro-regione del paese, creando lavoro, realizzando inclusione sociale e riducendo i costi dell'abbandono del territorio. Al centro di tale strategia è la qualità della vita delle persone, obiettivo da raggiungere sia attraverso uno sviluppo intensivo, con l'aumento del benessere e dell'inclusione sociale di chi vive in quelle aree, sia attraverso uno sviluppo estensivo, con l'aumento della domanda di lavoro e dell'utilizzo del capitale territoriale. Una strategia di tale tipo è contenuta nell'Accordo di Partenariato 2014 - 2020 presentato nella sua versione definitiva alla CE nel mese di settembre del 2014, a cui è collegato un documento tecnico riguardante la "Strategia nazionale per le Aree interne: definizione, obiettivi, strumenti e governance". Le azioni da intraprendere per sviluppare le aree interne del nostro paese sono suddivise in due gruppi: in primo luogo, occorre creare le precondizioni che consentono il soddisfacimento i servizi "essenziali" di cittadinanza: scuola, sanità e mobilità; in secondo luogo, perché la strategia sulle aree interne possa tradursi in interventi capaci di innescare processi di sviluppo occorre puntare sulle "specificità" di ogni area interna, legati anche (ma non solo) alle consistenti potenzialità di risorse nascoste che esistono in queste aree. Punti focali su cui concentrare gli sforzi in modo da ottenere risultati visibili e misurabili, in tempi non eccessivamente lunghi, grazie ad uno sforzo congiunto di risorse umane disponibili e di fondi.

Ai fini della nostra analisi ci soffermeremo sui servizi per la salute nelle aree interne. La riorganizzazione dei servizi sanitari pubblici, in Italia come in altri paesi, è chiaramente guidata da ragioni di efficienza, in quanto si ricercano soluzioni organizzative più efficienti per contenere la crescita della spesa cercando di garantire

nel contempo servizi migliori ai cittadini. Questo processo riguarda soprattutto la riorganizzazione della rete territoriale degli ospedali: da un lato, la constatazione di un mutato quadro epidemiologico, nel quale prevalgono malattie croniche che comportano bisogni di assistenza diversi rispetto al passato, induce a ridurre la capacità produttiva degli ospedali; l'ospedale, infatti, ha costi elevati e non costituisce sempre e necessariamente la risposta migliore per garantire i servizi che servono primariamente ai cittadini. Dall'altro lato, accanto al mutamento dei bisogni, si registra la presa di coscienza, da parte dei responsabili delle politiche economiche, dei risultati della letteratura economica e di quella medica che suggeriscono l'esistenza di economie di scala nella produzione dei servizi sanitari, alle quali si accompagna l'esistenza di vantaggi clinici in termini di qualità delle cure all'aumentare dei volumi.

La ristrutturazione della rete che accompagna la riduzione della capacità produttiva dovrebbe allora essere perseguita attraverso l'accentramento delle cure in ospedali più grandi che riescono a curare un numero adeguato di pazienti, con livelli migliori nella qualità delle prestazioni. Obiettivo di questa politica è la chiusura dei piccoli ospedali, sia perché inefficienti in termini di scala, sia perché inefficaci in termini di qualità delle cure. Il riequilibrio tra servizi offerti dagli ospedali, e dai presidi territoriali quali specialistica, ambulatori laboratori e medici di medicina generale sta avvenendo, però, secondo modelli "regionali" alquanto differenti e con una scarsa attenzione alle esigenze specifiche delle aree interne e delle popolazioni che vi risiedono.

Le conseguenze di questa riorganizzazione per le aree oggetto di questa strategia sono evidenti a partire dalla definizione stessa di area interna, che ne sottolinea la perifericità e la bassa densità abitativa, tutti elementi che spingono nella direzione di un allontanamento dei centri di cura che diventano meno numerosi sul territorio e più grandi rispetto al passato. Ciò porta ad un possibile peggioramento sul versante dell'equità proprio in aree dove i processi più accentuati di invecchiamento della popolazione, dovrebbero assicurare il perseguimento di efficaci soluzioni di policy. Si rende necessario, pertanto, accompagnare tale processo attraverso:

1. il monitoraggio, a livello nazionale e regionale, delle conseguenze che il perseguimento di un maggior grado di efficienza dei servizi alla salute ha provocato sull'equità in termini di accessibilità al servizio, e di esiti sulla salute dei cittadini;
2. la valutazione delle conseguenze dell'allontanamento del servizio sanitario su strati specifici della popolazione (anziani, disabili, diagnostica pre-natale);
3. l'importanza di distinguere differenti tipologie di servizi (emergenze e diagnostica); l'individuazione di soluzioni specifiche;
4. l'individuazione di soluzioni di policy innovative che tengano conto dell'importanza delle farmacie e del medico di medicina generale nei piccoli comuni, della necessità di puntare su strutture e modelli innovativi (i servizi sanitari mobili, l'assistenza domiciliare integrata e la telemedicina);
5. la presa in considerazione delle esigenze specifiche di queste aree nella stesura dei piani sanitari di rientro e nella normativa applicativa che ne consegue

4.2 Un nuovo percorso socio-assistenziale: il modello veneto

Il Piano Socio-Sanitario Regionale Veneto 2012-2016, quale strumento di programmazione unificata tra il sistema sociale ed il sistema sanitario, introduce alcune importanti innovazioni per favorire l'integrazione socio-sanitaria, valorizzando le migliori pratiche sviluppate localmente. L'integrazione socio-sanitaria si conferma la strategia fondante nel modello veneto, da perseguire a tutti i livelli di sistema, con l'obiettivo di tutelare la salute ed il benessere al di là delle logiche settoriali ed autoreferenziali. Il principio, infatti, su cui si fonda tale approccio è rappresentato dal riconoscimento della persona nella sua globalità ed in rapporto con i suoi contesti di vita. Il processo di integrazione da realizzare nel sistema veneto richiede un raccordo tra il livello istituzionale, che consente di definire “patti per la salute” sottoscritti tra i diversi attori; il livello gestionale, che garantisce l'adozione di modelli organizzativi coerenti con i bisogni ed il livello professionale, che permette di armonizzare le competenze dei professionisti chiamati in causa per realizzare obiettivi di salute comuni. L'assetto istituzionale integrato veneto si fonda sull'accordo programmatico, gestionale e valutativo dei Comuni, attraverso i loro organismi di rappresentanza, e le aziende sanitarie locali, mentre il Piano di Zona è lo strumento principale dell'accordo programmatico, in coerenza con gli atti della programmazione regionale. La funzione di programmazione del sistema socio-sanitario viene garantita in modo unitario ed integrato dalla Regione e dai Comuni attraverso la Conferenza Regionale Permanente per la Programmazione socio-sanitaria, a livello sanitario, e dalla Conferenza dei Sindaci, a livello aziendale. (CNEL, 2014)

In quest'ottica il modello socio-sanitario veneto di servizi integrati alla persona si conferma come la modalità di risposta più adeguata ai bisogni della popolazione che trova realizzazione nell'ambito dei distretti socio-sanitari. I principi fondamentali sui cui è stato concepito tale sistema integrato sono la centralità delle persona, la valorizzazione del rapporto con gli Enti locali e le Comunità, il riconoscimento del territorio come sede “primaria” della presa in carico della persona, il potenziamento del ruolo del Distretto socio-sanitario quale luogo di coordinamento della presa in carico integrata e della continuità dell'assistenza, la valorizzazione del ruolo integrativo svolto dalla rete sociale in un'ottica di sussidiarietà, fatta da relazioni parentali, amicali, solidaristiche e di volontariato, quale elemento di stabilità e di identificazione del tessuto, sostenuto da profondi e radicati valori etico-sociali. (CNEL, 2014)

Nell'arco dell'ultimo decennio la Regione Veneto ha varato vari provvedimenti di riorganizzazione dell'assistenza territoriale con l'obiettivo di sviluppare una rete integrata di servizi sanitari e socio-sanitari territoriali dove il Distretto socio-sanitario rappresenta l'ambito organizzativo in cui può realizzarsi un modello assistenziale che garantisca la continuità dell'assistenza e che fornisca risposte adeguate, complete e non frammentate alla complessità dei bisogni delle persone, privilegiando, in particolare, le aree a maggior valenza socio-sanitaria come quelle della non autosufficienza, della disabilità, della salute mentale e della dipendenza.

Nel modello distrettuale perseguito dal Veneto, pertanto, costituiscono criteri cardini della sua

organizzazione l'adozione di un metodo di lavoro multiprofessionale e, quindi, a valorizzazione di tutte le professioni sanitarie e sociali, la flessibilità organizzativa delle risposte assistenziali, la valorizzazione e la piena integrazione della medicina convenzionata, l'organizzazione delle attività per programmi definiti con le amministrazioni locali e con gli altri attori locali. In definitiva, il territorio deve essere il soggetto che intercetta il bisogno e attiva le sinergie tra risorse e fonti diverse, configurandosi come un sistema organizzativo reticolare in cui i vari nodi della rete afferiscono ad un unico ciclo erogativo. Nello specifico, con il concetto “filiera dell'assistenza” la Regione Veneto intende garantire un sistema di cure graduali attraverso alcuni nodi fondamentali della rete territoriale, rappresentati dai *servizi distrettuali*, dalle *forme associative* della medicina convenzionata, dalle *cure domiciliari* caratterizzate da un modello di assistenza di 24 ore, 7 giorni su 7, dalle *cure palliative* incentrate su un nucleo multiprofessionale specificatamente dedicato, dalle *strutture di ricovero intermedie* e dalle *strutture residenziali*.

4.3 Un sistema di offerta di eccellenza: il modello sanitario e sociosanitario della Lombardia

Il modello lombardo è definito “sussidiario” in quanto si fonda sul principio che lo Stato non interviene sempre direttamente, ma riconosce e aiuta chi è in grado di rispondere adeguatamente ai bisogni delle persone. I punti cardine su cui il sistema si è costruito sono due: il primo è la libertà di scelta del cittadino, basata sulla possibilità di selezionare tra una pluralità di erogatori; da qui discende il secondo punto, il pluralismo dell'offerta, basato sulla possibilità da parte di chiunque, anche privato, di erogare prestazioni pubbliche, aprendo una competizione virtuosa tra erogatori pubblici e privati e privati-sociali, spettando al Governo la funzione di indirizzo e controllo, a garanzia dei destinatari. Si è creato così, in Lombardia un modello sanitario e di welfare plurale e trasversale, in cui anche il terzo settore ha un ruolo rilevante non solo in termini istituzionali e formali, ma anche funzionali e sostanziali. (Regione Lombardia, 2014)

Il funzionamento del sistema si basa sull'adozione di quattro strumenti che si sono dimostrati efficienti: il finanziamento, l'accreditamento, i controlli, l'aziendalizzazione. L'utilizzo del primo strumento consente alla Regione rimborsare chi eroga una prestazione secondo determinate tariffe, permettendo, in tal modo, alla Regione di governare, modificando le stesse tariffe ed evitando che qualcuno eroghi soltanto o soprattutto le prestazioni che rendono di più a discapito delle altre. Con lo strumento dell'accreditamento e dalla messa a contratto si possono erogare servizi sanitari solo chi ha i requisiti minimi strutturali e organizzativi per garantire prestazioni adeguate. Il terzo strumento è rappresentato da valutazione e controllo. Il controllo deve diventare strumento di governo dell'efficienza e dell'efficacia: si tratta del controllo dell'appropriatezza, che non si limita al monitoraggio dell'erogazione nei limiti di spesa, ma comprende anche il controllo su come la domanda è soddisfatta e su come le persone sono accudite adeguatamente, nei limiti delle loro attese. Infine, il quarto strumento è il cosiddetto “*commissioning*” con il quale si è cercato di dare autonomia gestionale e organizzativa alle ASL come luogo di programmazione, acquisto e controllo.

Il sistema sanitario e socio-sanitario lombardo serve alla salute e al benessere di una popolazione di 10

milioni di persone e nel corso di questi anni ha garantito la copertura dei cosiddetti “Livelli Essenziali di Assistenza” (LEA) in maniera adeguata. Le prestazioni ambulatoriali sono aumentate significativamente (da 150 milioni nel 2009 a 170 milioni nel 2013), mentre in 15 anni si è ridotto del 26% il numero delle persone ricoverate, sebbene la popolazione nello stesso periodo aumentasse di quasi un milione di unità e di conseguenza il numero dei malati cronici. La Lombardia è la Regione che spende meno, in proporzione al PIL, per il proprio servizio sanitario (5,47% del PIL, contro una media nazionale del 7,04% e punte al Sud del 10%), svantaggiata anche da un riparto del Fondo Sanitario Nazionale che non tiene conto dell’entrata tributaria di ciascuna regione. Questo fattore ha determinato tuttavia un miglior utilizzo delle risorse disponibili. Il processo di deospedalizzazione attuato in Lombardia ha consentito di contenere complessivamente il personale medico, come anche il numero di ospedali e di posti letto, anche se questo processo di efficientamento, però, non è stato sempre accompagnato da una corrispondente presa in carico territoriale e, talvolta, ha determinato un maggior carico per le famiglie.

Nel campo delle iniziative intraprese la Regione ha già iniziato ad affrontare il cambiamento obbligato muovendosi in più direzioni (diminuzione dei ricoveri, aumento delle prestazioni ambulatoriali e del numero di ricoveri in Day Hospital), attivando forme di sperimentazione per l’assistenza alla cronicità, non più organizzata per patologia, ma attraverso gruppi di lavoro che si prendono cura, insieme e con medicina di iniziativa, del percorso del paziente, aumentando i posti e le iniziative sociosanitarie domiciliari, semiresidenziali e residenziali, assicurate dal Fondo a sostegno della Famiglia e dei suoi componenti fragili. Il cuore della proposta è lo sviluppo di un sistema che garantisca la vera continuità assistenziale e la presa in carico dei pazienti alla corretta intensità assistenziale e, laddove non occorran procedure complesse, nel luogo più vicino al paziente. In particolare, il soggetto centrale diventa l’Azienda Integrata per la Salute (AIS), che al suo interno ospita tutti i servizi, integrando all’origine quello che oggi è diviso, frammentato e disarticolato, specie nell’area dell’integrazione tra servizi sociali e sanitari, garantendo la continuità assistenziale e superando la tradizionale distinzione tra ospedale e territorio. La programmazione territoriale viene valorizzata e l’ASL, che passa da “azienda” a “agenzia”, opera su un territorio più ampio di quello attuale. La rete ospedaliera si riorganizza su due livelli, con ospedali di rete e minore intensità di cura e ospedali di riferimento ad alta intensità di cura, strategicamente distribuiti sul territorio. Su tutto, una struttura tecnica regionale che misura e controlla la qualità e l’appropriatezza.

In termini di risultati attesi il riordino del sistema porterà ad alcuni risultati rilevanti come la razionalizzazione dei servizi; l’innalzamento del livello di qualità attraverso un’ulteriore riduzione dell’inappropriatezza in ambito sanitario e sociosanitario e una maggiore adeguatezza nella risposta al bisogno grazie al potenziamento delle attività di valutazione e di sviluppo del governo clinico; la progressiva riqualificazione del personale. Il superamento della frammentazione della rete d’offerta, l’accentuazione del paradigma territoriale, la continuità assistenziale, la revisione del sistema di finanziamento delle strutture disegnano un modello incentrato sui bisogni della persona, che diventa indipendente dal sistema di offerta esistente, in grado di muoversi nel sistema di servizi secondo le proprie esigenze e mettendo in competizione

i “*care and welfare giver*” secondo criteri di trasparenza, efficacia ed efficienza delle prestazioni. L’iperspecializzazione e l’orientamento del sistema con le sue forme organizzative verso la patologia acuta fanno sì che oggi le persone si ritrovino spesso sole, con le loro famiglie, a ricomporre informazioni e percorsi di assistenza una volta usciti dall’ospedale. Potenziando i servizi di prossimità in stretto raccordo con i Comuni in una logica del prendersi cura, le persone trovano più continuità assistenziale e più unità di cura e assistenza.

4.5 La programmazione sanitaria in Sicilia nel periodo 2013 - 2015

La situazione di disequilibrio economico-finanziario del servizio sanitario regionale per oltre 800 milioni di euro, registrata nel 2006, ha comportato per la Regione Siciliana la sottoscrizione nel 2007 di un Accordo per l’approvazione del Piano di Contenimento e Riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale per il triennio 2007 – 2009 al termine del quale la Regione Siciliana, pur avendo raggiunto significativi risultati in termini di riequilibrio economico-finanziario ha ritenuto opportuno la prosecuzione del piano per un ulteriore triennio 2010-2012 al fine di conseguire il completamento di tutte le azioni previste dal piano pervenendo, in tal modo, all’approvazione del per la prosecuzione del piano di rientro 2007-2009. (Regione Siciliana, Assessorato della Salute, 2012) Le stringenti disposizioni introdotte nel 2012 dal legislatore nazionale in tema di spending review e di sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale hanno imposto, in un contesto di minus-finanziamento complessivo del sistema di welfare, la definizione di ulteriori misure per:

1. adeguare la produzione di salute al nuovo sistema parametrico di finanziamento del SSN basato sui fabbisogni e costi standard;
2. garantire i livelli essenziali di assistenza intervenendo anche sulle reti assistenziali e sull’appropriatezza delle prestazioni e dei servizi e sulle modalità di erogazione degli stessi;
3. rispettare l’equilibrio economico-finanziario della gestione, agendo in modo selettivo sulle residue aree di inefficienza nell’acquisizione dei fattori produttivi e nel loro utilizzo

La nuova pianificazione regionale deve, quindi, fondarsi sul consolidamento dei risultati raggiunti nei due trienni precedenti, e rilanciarsi in ulteriori interventi di sistema derivanti dall’obbligo di attuare le nuove disposizioni normative, sviluppando ulteriori strategie d’intervento che, agendo sull’organizzazione, e sull’appropriatezza clinica, investendo sulla valorizzazione delle risorse umane e professionali ed avvalendosi della partecipazione civile, determinino le condizioni per il miglioramento continuo della qualità dei servizi e dello stato di benessere della popolazione, nonostante il progressivo decremento del finanziamento complessivo del sistema sanitario e sociosanitario. Per queste motivazioni, la Regione Siciliana, in continuità con il Programma Operativo 2010-2012 di prosecuzione del Piano di rientro, ha deciso di predisporre di un **“Programma Operativo di Consolidamento e Sviluppo (PCOS) delle misure strutturali e di innalzamento del livello di qualità del Sistema Sanitario Regionale”** per il triennio 2013 – 2015.

A partire dall'anno 2012, la Regione, con il supporto dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) ha avviato un progetto di supporto alle Aziende finalizzato alla stesura dei piani triennali e dei rispettivi programmi annuali di attività secondo una logica di project management. Il processo di allineamento tra la pianificazione regionale e la programmazione realizzata a livello aziendale è supportato e monitorato mensilmente attraverso incontri dedicati a ciascuna area provinciale al fine di consentire il rispetto degli interventi deliberati nonché il raccordo tra Assessorato e Aziende.

Strumento di programmazione, complementare al Piano Sanitario Regionale, è il Documento Unitario di Programmazione degli Investimenti Sanitari in Sicilia (DUPISS) che definisce, coerentemente alle politiche sanitarie e integrando le varie fonti finanziarie nazionali e comunitarie dedicate agli interventi strutturali, la programmazione degli investimenti, da quelli relativi all'edilizia sanitaria a quelli relativi all'ammodernamento del parco tecnologico delle aziende sanitarie, concorrendo virtuosamente alla risposta al fabbisogno sanitario ed allo sviluppo economico della Regione.

La Regione Siciliana sviluppa programmi di ricerca sanitaria in coerenza alla programmazione nazionale e alle norme di settore. La Regione Siciliana, nel rispetto dei principi fondamentali fissati dalla legislazione nazionale nella materia della ricerca scientifica ed in conformità agli obiettivi del Piano sanitario nazionale e del Piano sanitario regionale, promuove la ricerca finalizzata biomedica e sanitaria quale strumento per il miglioramento del Servizio sanitario regionale, dei servizi sanitari e socio-sanitari nonché delle condizioni di salute della popolazione.

Per quanto riguarda gli interventi da attuare contenuti Nel PCOS 2013-2015 un primo obiettivo strategico riguarda il settore oncologico ed in particolare il potenziamento ed il coordinamento degli screening oncologici in tutto il territorio regionale. In generale, il rischio oncologico in Sicilia (e nelle regioni del sud) è stato fino ad ora più basso che nel resto del Paese ma le stime di incidenza degli anni recenti mostrano che le differenze vanno gradatamente riducendosi. In tale ambito la Regione si impegna a garantire in tutto il territorio regionale l'accessibilità agli screening da parte della popolazione bersaglio, minimizzando le differenze di performance e qualità dei programmi, e valorizzando la capacità di coinvolgimento della popolazione ed il corretto utilizzo delle informazioni sanitarie di supporto.

Altre linee di intervento riguardano il settore della prevenzione in campo neonatale attraverso l'implementazione dello screening uditivo neonatale e l'implementazione dello screening metabolico neonatale allargato. In entrambi i casi il problema principale è rappresentato dal ritardo con il quale attualmente il problema viene rilevato e affrontato. Nel primo caso, infatti, la diagnosi viene in genere posta nel corso del secondo anno di vita e tale ritardo può comportare una scarsa efficacia della terapia riabilitativa. E' pertanto di particolare importanza l'attivazione e l'estensione di uno screening neonatale universale che permetta l'individuazione e la protesizzazione precoce dei bambini affetti da sordità neonatale. Anche nel caso delle malattie metaboliche i pazienti affetti sono ad alto rischio di scompenso metabolico ma suscettibili di un rilevante miglioramento della prognosi se trattati precocemente, e la diagnosi precoce è essenziale non solo per mantenerli in vita, ma per prevenirne la disabilità neurologica permanente. In tale ambito la Regione

Siciliana ha attivato un progetto il cui obiettivo generale è lo screening neonatale allargato di tutti i neonati siciliani per la diagnosi precoce delle malattie metaboliche ereditarie e la prevenzione del ritardo psicomotorio, seguito dal follow-up clinico, dietetico, di laboratorio e strumentale dei bambini positivi allo screening, con indagini cliniche e diagnostiche di approfondimento.

Nel campo della prevenzione in campo sanitario la regione siciliana ha previsto un sistema di azioni rivolte al controllo delle malattie croniche ed alla sorveglianza dei fattori di rischio comportamentali legati ad alimentazione scorretta, sedentarietà, abuso di alcol, tabagismo ed abuso di sostanze. I programmi di educazione sanitaria nella Regione sono stati negli ultimi anni condotti con dinamiche “a macchia di leopardo” scontando nel tempo una sostanziale attuazione disorganica in quanto fortemente basata sulle iniziative personali e costruite sugli intuizioni riferibili a maggiori o minori sensibilità rispetto alle principali problematiche.

Nell’ambito di un programma armonico di acquisizione di corretti stili di vita si inquadra il Progetto FED (Formazione Educazione Dieta), volto all’educazione alimentare in Sicilia che, come nel resto del Paese costituisce uno dei temi più dibattuti e controversi. Tale progetto muove da serie considerazioni epidemiologiche fondate su dati di evidenza scientifica e indica una partnership di accreditato livello in campo nazionale mirando a modificare comportamenti alimentari erranei e stili di vita inadeguati che favoriscono l’insorgere di patologie cronico – degenerative. Il progetto FED individua soprattutto un obiettivo davvero nuovo e ambizioso che è quello di ricondurre ad un unico filone scientifico tutta la intricata materia della educazione alimentare attraverso un programma di formazione specifica che interesserà tutti gli operatori del settore che saranno impiegati a vario titolo in azione di educazione alimentare e che porterà ad un controllo da parte delle ASP della regione al completo controllo dei contenuti e del percorso formativo dei docenti di ogni evento di educazione alimentare che si terrà a regime consolidando i benefici effetti dell’acquisizione di corretti stili di vita non più vanificati da distorsioni concorrenti nello stesso ambito.

Il Sistema Sanitario Regionale è chiamato a rispondere in maniera significativa, coerentemente con gli indirizzi normativi, orientando la pianificazione degli assetti erogativi e dei livelli di assistenza secondo criteri volti a coniugare la massimizzazione dell’appropriatezza dei servizi offerti con l’efficienza e la sostenibilità del sistema stesso. Nell’ambito della propria autonomia organizzativa, la rete ospedaliera, integrata con la rete dell’emergenza e la rete territoriale in un unico sistema di gestione, deve consentire di riallocare la non appropriatezza al livello organizzativo e assistenziale più idoneo. Il programma dell’integrazione delle reti assistenziali, in linea con quanto predisposto dalle linee di indirizzo ministeriali, si articola in tre macro aree: **1)** rete ospedaliera e riconversioni; **2)** assistenza territoriale; **3)** rete dell’emergenza-urgenza. Al fine della riqualificazione completa del sistema sanitario regionale si rende necessario che le tre reti (ospedaliera, territoriale e di emergenza) se pur caratterizzate da requisiti specifici diversi, rispondano in maniera integrata e coordinata ai bisogni della popolazione, svolgendo ciascuna funzioni sempre più appropriate all’interno di un percorso assistenziale quanto più finalizzato al miglioramento dell’appropriatezza e dell’efficienza.

Per quanto riguarda il riequilibrio ospedale-territorio lo scopo di tale intervento è quello di dismettere i piccoli ospedali e riconvertirli in strutture territoriali, tenendo presente, che la riorganizzazione della rete ospedaliera non è da sola sufficiente a garantire una copertura piena dei bisogni assistenziali che richiedono un trattamento ospedaliero se, in una logica di continuità assistenziale, non viene assicurata l'integrazione con la rete dei servizi territoriali, la quale, ove non attuata, ha forti ripercussioni anche sull'utilizzo appropriato dell'ospedale. L'integrazione/interazione funzionale tra le strutture territoriali e le strutture ospedaliere riveste, infatti, un ruolo centrale nel regolamentare i flussi sia in entrata che in uscita dall'ospedale, per il ruolo di filtro che il territorio svolge nel contenimento dei ricoveri ospedalieri inappropriati. Il riordino della rete ospedaliera, tende al miglioramento dell'appropriatezza organizzativa (trasformazione dei ricoveri in setting assistenziali più appropriati a minore consumo di risorse) e alla riarticolazione dell'offerta ospedaliera (dotazione posti letto, distribuzione per disciplina, articolazione unità operative), integrando la stessa secondo l'ottica del continuum dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Per quanto riguarda la riorganizzazione della rete dei servizi di assistenza territoriale, la L.R.5/2009 ha introdotto il Presidio Territoriale di Assistenza (PTA) che mira ad integrare i punti di offerta ed i professionisti che concorrono all'erogazione dell'assistenza e a sviluppare nuovi servizi in particolare finalizzati alla gestione attiva delle patologie croniche, riqualificando nel contempo le funzioni ospedaliere. Tuttavia non vi è ancora un pieno allineamento rispetto al fabbisogno ed alla distribuzione di tali presidi sul territorio e non si è ancora raggiunta la necessaria omogeneità sul piano quali-quantitativo dei servizi e delle prestazioni erogate dagli stessi presidi.

In merito al terzo obiettivo specifico riguardante il processo di integrazione della rete assistenziale, e cioè la riqualificazione della rete di emergenza-urgenza nel programma operativo 2013-2015 la suddetta rete verrà ridefinita in coerenza con la rimodulazione ospedaliera e territoriale. In particolare le problematiche da affrontare riguardano la razionalizzazione delle centrali operative, delle postazioni dei mezzi di soccorso di base ed avanzato, del servizio di elisoccorso e la rimodulazione ospedaliera e territoriale.

In definitiva, L'attuale programmazione regionale ha configurato l'offerta assistenziale guardando ai vari livelli di complessità derivanti dalla variabilità dei bisogni di salute e favorendo la generazione riqualificazione e innovazione degli interventi sanitari in modo da puntare all'alta specializzazione offerta ai pazienti nel nuovo modello organizzativo/funzionale della rete (HUB and SPOKE).

E' il sistema della rete qualificata che crea i presupposti per assicurare condizioni di equità assistenziali in grado di superare le criticità presenti e consentire le condizioni per l'identificazione di centri regionali attrattivi.

In questa direzione la mobilità interprovinciale che si determina è da considerare come condizione funzionale e corrispondente al programma regionale di sviluppo del sistema sanitario che supera la logica dei vincoli delle singole Aziende.

5. Considerazioni conclusive

Il percorso che le politiche di protezione sociale, specie nella componente sanitaria e di assistenza, come sottolineato dal Censis, oggi hanno di fronte appare di grande complessità, ma anche ricco di opportunità. La strada dell'integrazione tra pubblico e privato, in presenza di vincoli di spesa molto stringenti, appare come una delle poche strade percorribili per rispettare il principio di garantire a tutti il diritto di cure appropriate in modo efficace, nel contempo alimentando un sistema, quello della white economy, che può rappresentare un driver per lo sviluppo e l'occupazione del sistema Paese. Coordinare, razionalizzare, rendere rapidamente accessibili i servizi di cura e la diagnostica, controllare e innalzare il livello qualitativo di alcuni servizi oggi caratterizzati da un limitato livello di professionalizzazione degli addetti (l'assistenza domestica è l'esempio paradigmatico) possono essere compiti che, operatori privati qualificati possono effettuare, certamente nel rispetto di almeno tre condizioni essenziali: **1)** agire in una prospettiva di integrazione collaborativa (e non di sostituzione) con il settore pubblico; **2)** garantire e tutelare i diritti di chi accede alle cure ed alle prestazioni, a costi accessibili; **3)** essere sottoposti al controllo di organismi pubblici di vigilanza.

Anche in ambito europeo il progetto Salute 2020 costituisce un modello di politica adattabile e pratico perché rappresenta una piattaforma unica per l'apprendimento condiviso e lo scambio di competenze ed esperienze tra i diversi paesi, perché riconosce che ogni paese è unico e perseguirà gli obiettivi comuni attraverso percorsi differenti, anche se i punti di partenza e gli approcci utilizzati saranno diversi, e pertanto, l'impegno politico nei confronti di questo processo è fondamentale ed ogni paese ha tradotto tale impegno in obiettivi regionali. In un mondo interdipendente, la necessità per i paesi di agire insieme diventa sempre più importante. Oggi, un insieme complesso di forze globali e regionali mette a dura prova la salute delle persone e i suoi determinanti. Sebbene oggi più persone che mai abbiano l'opportunità di godere di una salute migliore, nessun paese da solo può sfruttare il potenziale dell'innovazione e del cambiamento, né affrontare le sfide per la salute e il benessere.

Così come sostenuto nel Rapporto sullo stato sanitario del Paese 2012-2013, per affrontare al meglio il contesto delineato si impone un potenziamento dell'intero sistema di governance della sanità che si sostanzia nella cooperazione tra Ministero della salute, Ministero dell'economia e delle finanze e Regioni. Un sistema sanitario sostenibile è raggiungibile, infatti, attraverso l'azione congiunta non solo degli operatori sanitari, ma di tutti i soggetti sociali e istituzionali, profit e non profit, e di tutti gli attori che nel loro insieme costituiscono valore per il sistema Paese. A tal fine, in un rinnovato contesto politico-istituzionale, rivolto all'Europa, con l'obiettivo di rendere il sistema sanitario sostenibile alla luce delle nuove sfide del nostro Paese, quali l'invecchiamento della popolazione, l'ingresso di nuovi farmaci sempre più efficaci ma costosi, la medicina personalizzata, la lotta agli sprechi e alle inefficienze e i risparmi da reinvestire in salute, è stata siglata, nel mese di luglio 2014, dalla Conferenza Stato-Regioni l'Intesa sul nuovo Patto per la Salute per il triennio 2014-2016 che rappresenta lo strumento condiviso tra il Governo e le Regioni per la realizzazione di un nuovo sistema di governance della sanità le cui principali caratteristiche del Patto, in un'ottica di

efficientamento strutturale del sistema, riguardano la programmazione triennale dei costi standard e dei fabbisogni regionali, che consente di avviare e implementare politiche di innovazione del Servizio Sanitario Nazionale sul territorio e la a definizione degli standard relativi all'assistenza ospedaliera che, unitamente all'assistenza sanitaria transfrontaliera, all'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza (LEA) e alla reale promozione dell'assistenza territoriale, costituiscono i pilastri su cui fondare tutte le iniziative necessarie per garantire la tutela della salute a tutti i cittadini uniformemente sul territorio nazionale.

A conclusione di quanto esposto si può affermare che al fine del raggiungimento di un più elevato livello di benessere e di una migliore qualità della vita la vera sfida cui ci troviamo di fronte è quella di rendere compatibili una domanda di salute che aumenta con l'incremento del benessere (includendo sempre più spesso trattamenti non salvavita, ma volti a migliorare la qualità della vita), la scoperta di tecnologie più efficaci, le aspettative di sviluppo dell'industria della sanità, gli equilibri finanziari.

6. Bibliografia

- Accordo di Partenariato 2014-2020, *Strategia nazionale per le Aree interne: definizione, obiettivi, strumenti e governance*, Documento tecnico collegato alla bozza di Accordo di Partenariato trasmessa alla CE il 9 dicembre 2013
- Bertollini R., Brassart C, Galanaki C. (2012), Review of the commitments of WHO European Member States and the WHO Regional Office for Europe between 1990 and 2010. Analysis in the light of the Health 2020 strategy. Copenhagen, Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS
- Censis-Unipol (2014), *Integrare il Welfare, sviluppare la white economy, Welfare Italia*, Laboratorio per le nuove politiche sociali, Roma
- Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro (2014), Commissione istruttoria Politiche sociali e della Pubblica Amministrazione, *Linea di lavoro Welfare, Rapporto sul welfare 2012-2013*, Approvato dalla Commissione V nella seduta del 16 aprile 2014
- DoRS Regione Piemonte e Ministero della Salute (2013), *SALUTE 2020. Un modello di politica europea a sostegno di un'azione trasversale al governo e alla società a favore della salute e del benessere*
- Kickbusch I, Gleicher D. (2012), Governance for health in the 21st century, Copenhagen, Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS
- McDaid D, Sassi F, Merkur S, eds. (2014), Promoting health, preventing disease: the economic case. Maidenhead, Open University Press
- McQueen D. et al., (eds.) (2012), Intersectoral governance for health in all policies. Copenhagen, Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS
- Ministero della Salute (2014), *Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2012-2013*
- Regione Lombardia (2014), *Libro Bianco sullo sviluppo del sistema sociosanitario in Lombardia. Un impegno comune per la Salute*, Milano
- Regione Siciliana, Assessorato della Salute, Programma Operativo di Consolidamento e Sviluppo (PCOS) 2013-2015 delle misure strutturali e di innalzamento del livello di qualità del Sistema Sanitario Regionale in prosecuzione del programma operativo regionale 2010-2012,, ai sensi dell'artt.1155 comma 2200, del d.l. n.95/2012
ccoonnnvveerrttiittoo iinn lleeggggee nn..113355//22001122
- Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS (2013), *Report on social determinants of health and the health divide in the WHO European Region*, Copenhagen

ABSTRACT

A reflection-date on the issues of welfare undoubtedly leads to the common view that we must develop in our country a more advanced model of social security, where families and individuals can find the maximum possible satisfaction to its growing needs. Since the demographic trends and the critical condition in which the state budget have questioned the traditional welfare is indispensable a more efficient use of available resources. From an integration of public instruments with the private market can spring a real social revolution in production and employment, useful to revive Italy by prolonged stagnation. The analysis presented in this paper, focuses on features, on the perimeter of action and the prospects for development of health, welfare and care, defined as white economy. which represents everything that pertains in the first place, the offer of medical care and diagnostics in addition to assistance professional, at home or in special facilities for the disabled, sick, elderly. In the first part of the paper we propose some thoughts on the opportunities arising from greater and better integration between public welfare and private intervention, through the identification of the conditions so that this process can generate benefits for individuals but also for the entire community, redrawing the boundaries of the economy of health services, social security and the person. They will try to prove that finding answers to the increasing demand for care and assistance, including through processes of greater integration between different types of public offering and private, represents a development opportunity for the future. From a general framework, then, you will go to a territory. They will take into consideration the health services in the inland areas and health systems and social health of three Italian regions: Lombardy, Veneto and Sicily in particular, with regard to Sicily will analyze the new regional health planning for the years 2013 -2015 to develop intervention strategies that, acting on the organization and clinical appropriateness, investing on the development of human resources and professional and making use of civil participation, is to determine the conditions for the continuous improvement of service quality and status well-being of the population, despite the gradual decrease in the overall financing of the health system and community health.