



SUMMER SCHOOL ProMIS

Edizione 6 – Anno 2026

“Equità e integrazione nei sistemi di salute pubblica. Dalle politiche europee all’implementazione territoriale: strumenti, pratiche e approcci integrati tra ricerca, comunicazione e apprendimento collaborativo”

30 GIUGNO e 1-2 LUGLIO
NAPOLI



Giorgio Martinelli
Autorità di Gestione del PNES



Cofinanziato
dall'Unione Europea



Ministero della Salute

Programma Nazionale Equità nella Salute - PNES 2021-2027
Progetto "La workforce al centro del rafforzamento dei servizi sanitari" - CUP I75E22000590006



IL PROGRAMMA NAZIONALE EQUITÀ NELLA SALUTE - GENESI

- Nel Regolamento (UE) 2021/1060, all’art.5, sono definiti gli obiettivi strategici da raggiungere attraverso il ricorso ai fondi FSE+, FESR, coesione e FEAMP. Tra questi c’è “un’Europa più sociale e inclusiva attraverso l’attuazione del Pilastro europeo dei diritti sociali”.
- Il Programma Nazionale Equità nella Salute è stato previsto nell’Accordo di Partenariato dell’Italia sulla Programmazione della politica di coesione 2021-2027.
- In coerenza con questo obiettivo, il Programma interviene per rafforzare i servizi sanitari e renderne più equo l’accesso nelle sette Regioni del Paese meno sviluppate

IL PROGRAMMA NAZIONALE EQUITA’ NELLA SALUTE - CONTESTO

- **Sistema Universalistico (salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività)**
- **Materia Concorrente (Riforma art. V della Costituzione)**
 - **Diversi livelli di soddisfacimento degli standard essenziali di assistenza**
 - **Diverso grado di capacità amministrative e finanziaria. Piani di rientro.**

IL PROGRAMMA NAZIONALE EQUITA’ NELLA SALUTE - GENESI

In attuazione dei principi costituzionali, il SSN persegue la promozione, il mantenimento e il recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione, senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l’eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio.

La concretizzazione di tali modalità costituisce una sfida permanente, in quanto il SSN dovrà modulare i propri interventi tenendo conto del gradiente di disuguaglianza sul territorio nazionale, con un approccio di universalismo proporzionale. Al fine di perseguire quest’obiettivo è necessario sia che i servizi sanitari garantiscano la qualità delle prestazioni erogate (azioni di sistema) sia che l’organizzazione sanitaria includa attivamente le fasce più vulnerabili della popolazione, che subiscono più frequentemente e gravemente gli effetti delle barriere di accesso.

IL PROGRAMMA NAZIONALE EQUITA’ NELLA SALUTE - CONTESTO

In tale contesto, un sistema sanitario fondato sui principi di universalità dei destinatari, globalità della copertura dai rischi ed equità nell’accesso, com’è il Servizio sanitario nazionale (SSN) italiano, deve costituire un argine strutturale al peggioramento delle condizioni di vita per quote crescenti di popolazione.

Tuttavia, con l’indebolimento delle reti sociali, familiari e di prossimità, in presenza di dinamiche sempre più rapide e progressive di impoverimento, il sistema è a sua volta messo a dura prova rispetto alla reale capacità di raggiungere, con i propri servizi e in egual modo, l’intera popolazione.

Tramite il PN si intende quindi intervenire per ovviare alle difficoltà organizzative riscontrabili nelle realtà territoriali e includere le fasce vulnerabili della popolazione.

IL CENTRO DEL PROGRAMMA

Il centro del Programma non è la SALUTE PUBBLICA, ma il DIRITTO ALLA SALUTE

Il Diritto alla Salute è sancito, condiviso, addirittura scontato. Soprattutto in Italia.

Il Diritto alla Salute è uguale per tutti

IL CENTRO DEL PROGRAMMA

Il centro del Programma non è la SALUTE PUBBLICA, ma il DIRITTO ALLA SALUTE

L’effettivo esercizio di questo diritto, a volte non è garantito a tutti nello stesso modo.

EQUITA’ – PRIORITA’ 1

L’effettivo esercizio di questo diritto, a volte non è garantito adeguatamente

(e ciò provoca a sua volta ulteriore iniquità)

QUALITA’ – PRIORITA’ 2

IL PROGRAMMA PERTANTO INTERVIENE LADDOVE L’ESERCIZIO DI QUESTO DIRITTO

NON È EQUO O NON È ADEGUATO

PRIORITA’ E OBIETTIVI

- Il Programma si articola in due priorità:
 - **Priorità 1, sostenuta dal Fondo Sociale Europeo Plus (FSE+): Servizi sanitari più equi e inclusivi**
 - **Azione 1: Presa in carico sanitaria e socio-sanitaria dei bisogni di salute delle persone in situazione di vulnerabilità socio-economica**
 - **Azione 2: Rafforzamento dei servizi sanitari e socio sanitari oggetto dell'intervento nelle quattro aree di intervento**
 - **Azione 3: Rafforzamento del partenariato di Programma sulle quattro aree d'intervento**

360 milioni di Euro

PRIORITA' E OBIETTIVI

- **Il Programma si articola in due priorità:**

□ **Priorità 2, sostenuta dal Fondo Europeo per lo Sviluppo Regionale (FESR): Servizi sanitari di qualità**

- Azione 1: Rafforzamento della capacità dei servizi sanitari e socio-sanitari di rispondere ai bisogni di salute attraverso interventi di adeguamento infrastrutturale, tecnologico-strumentale

- Azione 2: Aumento dell'utilizzo dei servizi sanitari e socio-sanitari e azioni di sensibilizzazione sanitaria e per la salute

241 milioni di Euro

IL PROGRAMMA NAZIONALE EQUITA’ NELLA SALUTE

- **OLTRE 700 INTERVENTI**
- **80 LINEE PROGETTUALI INDIVIDUATE DAGLI ORGANISMI INTERMEDI**
- **38 AZIENDE SANITARIE COINVOLTE**
- **7 REGIONI**
- **INMP**

ASPETTO INNOVATIVO DEL PROGRAMMA

- **Il Diritto alla Salute è al Centro**
- **Politica di riequilibrio tra le regioni e tra i destinatari all’interno delle regioni**
- **Attenzione alle persone e i territori che sono più indietro**
- **L’Autorità di Gestione è individuata presso il Ministero**
- **In Europa un programma analogo esiste solo in Romania**

AREE DI INTERVENTO

- **Contrastare la povertà sanitaria.**
- **Prendersi cura della salute mentale**
- **Maggiore copertura degli screening oncologici**
- **Il genere al centro della cura**

POVERTA’ SANITARIA - BISOGNI

Il fenomeno della c.d. povertà sanitaria è descritto come l’incapacità di far fronte a spese necessarie per i percorsi clinico assistenziali, che determina spesso la rinuncia alle cure o a cure appropriate.

Le famiglie povere spendono per la salute 10,66 € mensili pro capite contro 67,97 € delle altre famiglie.

Le famiglie povere spendono per la salute il 2,1% della loro spesa totale contro il 4,4% € delle altre famiglie.

Nel 2023, la quota di famiglie che ha dichiarato di aver dovuto rinunciare a prestazioni sanitarie necessarie per ragioni economiche, ha raggiunto il 10,3% nel Mezzogiorno.

La povertà sanitaria è ancorata a determinanti di tipo economico; tuttavia, essa convive con condizioni di vulnerabilità sociale più complesse e si intreccia con altri tipi di disuguaglianze (personali, sociali, culturali e linguistiche) che limitano la fruizione dei servizi e, soprattutto, una fruizione appropriata e dunque efficace rispetto al bisogno di salute.

POVERTA’ SANITARIA - BISOGNI

- **Spesa sanitaria diretta** (*Farmaci e dispositivi – Cure odontoiatriche – Cure oculistiche*).
- **Spesa sanitaria indiretta:** (*Accesso ai servizi – Accesso ai percorsi clinico assistenziali*)
- **Difficoltà logistiche:** (*Aree svantaggiate – Aree remote*)
- **Tempestività e qualità**
- **Livello di istruzione**
- **Differenze socio culturali**
- **Accesso alle informazioni**

POVERTA’ SANITARIA - STRATEGIA

Ridurre le barriere di accesso ai servizi sanitari e sociosanitari per le persone vulnerabili dal punto di vista socio-economico, mediante il paradigma della sanità pubblica di prossimità, dell’inclusione attiva, dell’integrazione sociosanitaria e di comunità.

Coordinamento dell’ Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (Organismo Intermedio).

POVERTA’ SANITARIA - AZIONI

- **Coprogettazione con ASL , ETS, Comuni per l’individuazione ed il soddisfacimento dei bisogni**
- **Outreaching**
- **Potenziamento e formazione del personale sanitario per l’erogazione dei servizi**
- **Potenziamento delle attrezzature a disposizione**
- **Erogazione diretta extra moenia o referral verso le strutture della medicina territoriale o ospedaliera**
- **Fornitura di farmaci**
- **Erogazione di cure odontoiatriche compresa la fornitura di dispositivi**
- **Erogazione di cure ortodontiche compresa la fornitura di dispositivi**
- **Erogazione di cure oculistiche compresa la fornitura di dispositivi**
- **Ambulatori mobili**
- **Campagne di comunicazione, sensibilizzazione e informazione**

SALUTE MENTALE - BISOGNI

- **I bisogni complessi delle persone con problemi di salute mentale, spesso marginalizzate nella società, necessitano di modelli di intervento integrati e costruiti intorno alla persona, che mirino alla recovery.**
- **La crisi delle relazioni di fiducia e l’indebolimento dei legami sociali verticali e orizzontali amplia la quota di popolazione che soffre di disagio psichico, accrescendo, in tali soggetti, l’isolamento sociale.**

SALUTE MENTALE - BISOGNI

- **Rafforzamento dei servizi sanitari attraverso la sperimentazione di modelli integrati di collaborazione tra i Dipartimenti di Salute Mentale delle ASL/ASP, i servizi sociali dei Comuni e gli Enti del Terzo Settore (ETS).**
- **Necessità di presa in carico personalizzata delle persone con problemi di salute mentale, per favorire il recupero dell’autonomia personale e il ripristino delle competenze sociali.**
- **Necessità di restituire piena centralità alla persona e ai suoi bisogni multidimensionali.**

SALUTE MENTALE - STRATEGIA

Rafforzare i servizi sanitari sperimentando modelli integrati di collaborazione tra i Dipartimenti di Salute Mentale delle ASL/ASP, di cui si prevede di potenziare le capacità, i servizi sociali dei Comuni e gli Enti del Terzo Settore (ETS), orientati alla presa in carico personalizzata delle persone con problemi di salute mentale, per favorire il recupero dell’autonomia personale e il ripristino delle competenze sociali.

SALUTE MENTALE - AZIONI

- **Potenziamento del personale sanitario per la sperimentazione Progetti Terapeutico Riabilitativi Personalizzati (PTRP)**
- **Adeguamento delle competenze del personale per la sperimentazione dei PTRP**
- **Stipula di accordi di coprogettazione con gli Enti del Terzo Settore (ETS) per la sperimentazione dei progetti terapeutici riabilitativi personalizzati (PTRP) secondo le modalità del budget di salute.**
- **Adeguamento infrastrutturale dei DSM**
- **Potenziamento delle attrezzature a disposizione**
- **Attività di orientamento e informazione rivolte alla popolazione generale per migliorare la percezione dei segni di disagio e facilitare la presa in carico da parte dei servizi di salute mentale**
- **Sostegno abitativo**
- **Condivisione dei risultati delle sperimentazioni**

MAGGIORE COPERTURA DEGLI SCREENING ONCOLOGICI - BISOGNI

- **Le persone con vulnerabilità socio-economica o che risiedano in aree svantaggiate o remote delle Regioni sperimentano difficoltà nell’aderire ai programmi di screening oncologico (carcinoma della mammella, del colon-retto e del collo dell’utero) o, se “invisibili” ai servizi, a parteciparvi.**
- **I programmi di screening, infatti, invitano gli iscritti nelle anagrafi assistiti i quali, però, aderiscono all’invito in modo insufficiente, oppure detti servizi non “vedono” parte delle persone presenti sul territorio in quanto non iscritte alle anagrafi locali e, quindi, non se ne occupano, lasciando che le suscettibilità individuali, sotto l’azione della vulnerabilità socio-economica (basso livello di istruzione, scarsa consapevolezza dell’importanza della prevenzione oncologica, ecc.) e delle eventuali fragilità progrediscano verso esiti negativi di salute.**

MAGGIORE COPERTURA DEGLI SCREENING ONCOLOGICI - STRATEGIA

Con riferimento ai tre programmi di screening organizzati - cancro mammella, collo dell'utero e colon-retto – si mira ad ampliare la base delle persone che vi aderiscono, facendo emergere anche le persone che sfuggono all’invito da parte delle ASL e quelle che, pur invitate, non aderiscono.

MAGGIORE COPERTURA DEGLI SCREENING ONCOLOGICI - AZIONI

- **Adegamenti infrastrutturali.**
- **Potenziamento e formazione del personale sanitario per l’erogazione dei servizi**
- **Potenziamento delle attrezzature (*Ecografi, Mammografi, Colposcopi*)**
- **Comunicazione**
- **Altri interventi attivi:**

Ambulatori mobili

Riorganizzazione della rete dei Punti Screening

Isole minori

Istituti penitenziari

Giornate della prevenzione

IL GENERE AL CENTRO DELLA CURA - BISOGNI

- **Necessità di creazione di percorsi clinico assistenziali efficacemente orientati alla salute di genere che interessino, in particolare, i Consultori Familiari (CF).**
- **I CF erogano prestazioni ad accesso diretto per la promozione e la tutela della salute riproduttiva, familiare e dell’adolescenza, riscontrando spesso un’utenza di cittadini stranieri anche non regolarmente residenti e di cittadini italiani in condizione di povertà.**
- **Problematiche legate non solo ad aspetti economici, ma anche al livello di istruzione ed alle diversità culturali.**

IL GENERE AL CENTRO DELLA CURA - STRATEGIA

Si intende rafforzare i servizi sanitari per rendere le problematiche della salute di genere centrali rispetto ai percorsi clinico-assistenziali relativi ad alcune delle principali patologie con prevalenza connessa al genere.

L’obiettivo è intervenire sull’organizzazione della rete dei Consultori Familiari, per renderli più funzionali alla presa in carico in un’ottica di medicina di genere.

IL GENERE AL CENTRO DELLA CURA - AZIONI

- **Adeguamenti infrastrutturali.**
- **Potenziamento e formazione del personale sanitario per l’erogazione dei servizi**
- **Potenziamento delle attrezzature**
- **Individuazione e sperimentazione di percorsi facilitati e integrati per il riconoscimento e la trattazione dei bisogni speciali legati al genere:**

Stili di vita

Ruolo sociale

Comportamenti

Cultura

Istruzione

XXXXXX

- **Lavorare sulla straordinarietà. Evidenziare differenze, effetti e risultati. Per linea progettuale**
- **Nuovi progetti mirati. Effetti tangibili.**
- **Tempestività**

XXXXXX

- **Primi risultati**
- **In generale c’è però una problematica di ritardo nella attuazione**
- **La progettazione dell’intervento**
- **Bisogni – Azioni – Soddisfacimento**
- **Realizzabilità nei modi, tempi e costi**
- **Risorse necessarie (umane, strumentali, competenze, tempo) –**
- **Requisiti, tecnici, amministrativi, legati all’utilizzo delle risorse pubbliche e soprattutto europee, sociali (ambientali, lavoro, etici, ecc..)**
- **Procedure e cronoprogrammi**

ATTUAZIONE ED EFFICACIA DEGLI INTERVENTI

- **I PRIMI INTERVENTI CHE SI STANNO ATTUANDO RISCONTRANDO UN GRANDE LIVELLO DI EFFICACIA ED UN IMPATTO CONSIDERABILE SUI DESTINATARI**
- **SI RISCONTRA PURTROPPO UN RITARDO GENERALIZZATO NELLA ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI PNES**
- **IL SISTEMA DI GESTIONE NON HA FUNZIONATO PERFETTAMENTE ED E’ IN CORSO DI REVISIONE CONTINUA**

ATTUAZIONE ED EFFICACIA DEGLI INTERVENTI

DIFFICOLTA’ DI ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI

ATTIVITA’ DI ‘PROGETTAZIONE’

LA PROGETTAZIONE DEGLI INTERVENTI

ASPETTI CHIARAMENTE DEFINITI

- **PRIORITA’ (OBIETTIVI)**
- **PRINCIPALI AREE DI BISOGNO**
- **OSTACOLI DA SUPERARE**
- **MODALITA’ TECNICO-SCIENTIFICHE DA UTILIZZARE**
- **MODALITA’ DI MISURAZIONE**



LA PROGETTAZIONE DEGLI INTERVENTI

ASPETTI **NON** CHIARAMENTE DEFINITI

- **VINCOLI E REQUISITI**

TEMPI – NORMATIVE – UTILIZZO FONDI PUBBLICI – UTILIZZO FONDI UE – REQUISITI TECNICI

REQUISIT AMMINISTRATIVI – AMBIENTE/LAVORO/SOCIETA’....

- **RISORSE NECESSARIE**

- **UMANE – COMPETENZE – INFORMAZIONI- STRUMENTALI – ECONOMICO/FINANZIARIE**

- **SOTTOPROCEDURE E SOTTOPROCEDIMENTI**

INDIVIDUAZIONE FASI

INPUT, OUTPUT, RISORSE E VINCOLI

CRONOPROGRAMMI

LA PROGETTAZIONE DEGLI INTERVENTI

ASPETTI CHIARAMENTE DEFINITI

- **PRIORITA’ (OBBIETTIVI)**
- **PRINCIPALI AREE DI BISOGNO**
- **OSTACOLI DA SUPERARE**
- **MODALITA’ TECNICO-SCIENTIFICHE DA UTILIZZARE**
- **MODALITA’ DI MISURAZIONE**

**RESPONSABILITA’
POLITICO STRATEGICA**

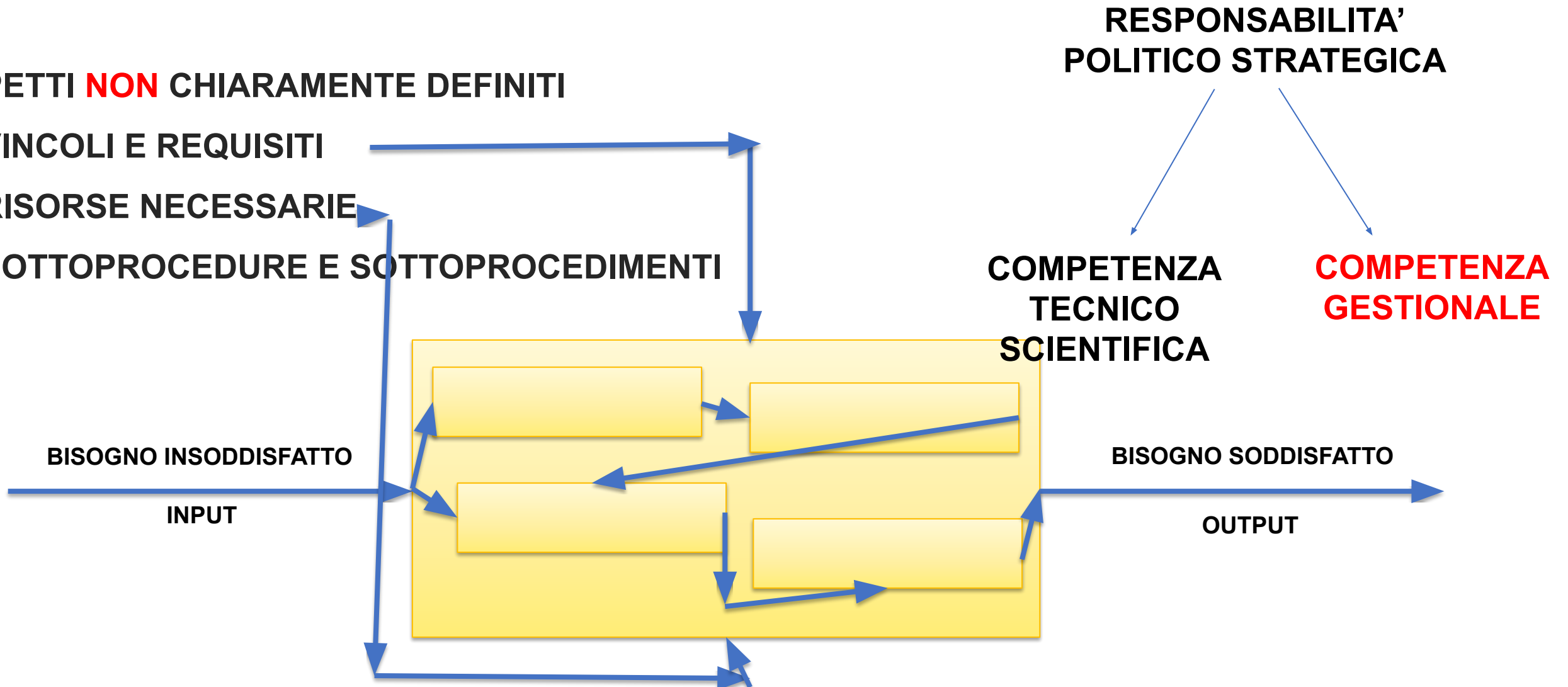
**COMPETENZA
TECNICO
SCIENTIFICA**



LA PROGETTAZIONE DEGLI INTERVENTI

ASPETTI **NON** CHIARAMENTE DEFINITI

- VINCOLI E REQUISITI
- RISORSE NECESSARIE
- SOTTOPROCEDURE E SOTTOPROCEDIMENTI



LA PROGETTAZIONE DEGLI INTERVENTI

ERRATE PERCEZIONI

- **RESPONSABILITA’ POLITICO STRATEGICA = COMPETENZA OPERATIVA**
- **INTERVENTO = PROGETTO**
- **DEFINIZIONE DEGLI ASPETTI TECNICI = PROGETTO**
- **COMPETENZA TECNICA SUFFICIENTE**
- **COMP. AMMINISTRATIVA = COMP. GESTIONALE**
- **SUBALTERNITA’**
- **BUROCRAZIA – RENDICONTAZIONE**



LA PROGETTAZIONE DEGLI INTERVENTI

FOCUS

- ANALISI DEI COSTI
- ANALISI DEI TEMPI
- FATTIBILITA’ REALE
- RISPETTO DEI VINCOLI E DEI REQUISITI
- MANSIONI E RESPONSABILITA’
- PROCEDURE



PROJECT MANAGMENT

LA CONSAPEVOLEZZA CHE A VOLTE MANCA

**COMPETENZA
TECNICO
SCIENTIFICI**



**COMPETENZA
GESTIONALE**

IL PROGETTO DEVE COMPRENDERE TUTTI GLI ASPETTI NECESSARI AFFINCHÉ POSSA ESSERE ATTUABILE NEI TEMPI, NEI COSTI E NEI MODI PREVISTI

E' NECESSARIA UNA PLURALITA' DI COMPETENZE SIA DI NATURA TECNICA CHE DI NATURA GESTIONALE CHE LAVORINO IN CONTINUO COORDINAMENTO E COINVOLGIMENTO RECIPROCO