



salute ^{di} comunità

dal bisogno alla soluzione

Analisi civica per la definizione
degli standard qualitativi,
organizzativi, tecnologici e di investimento



Salute di Comunità

Dal bisogno alla soluzione

Analisi civica per la definizione degli standard qualitativi, organizzativi,
tecnologici ed investimento

Introduzione	3
Analisi di contesto	6
L'invecchiamento della popolazione	9
Il cambiamento epidemiologico	11
Le sfide di cambiamento del SSN	13
Prevenzione e accesso alle cure	14
Cultura della prevenzione e modelli organizzativi	16
Il nodo della prevenzione oncologica	17
Il pilastro ospedaliero e la visione ospedale-centrica	21
La ristrutturazione della rete ospedaliera e la mancata integrazione tra servizi	21
La logica dei luoghi e la richiesta di servizi di prossimità	22
Le case della comunità: Luoghi da raggiungere o servizi da attivare?	23
Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel SSN: la proposta di Agenas	25
La medicina territoriale e il modello medico-centrico	27
Dalla medicina di attesa.....	27
...alla medicina di iniziativa.....	29
Ricerca e sanità digitale	32
Sviluppo tecnologico	32
Ricerca e innovazione	34
Il ruolo delle associazioni e del terzo settore	36
Conclusioni	38
La riorganizzazione della medicina territoriale	38
L'integrazione ospedale territorio.....	38
Il modello di prevenzione	39
Un patto pubblico-privato.....	40
Considerazioni finali	40

Introduzione

La crisi pandemica che ci sta attraversando ha fatto emergere tutte le contraddizioni di un Sistema Sanitario che da molto tempo ha perso la caratterizzazione nazionale per dare spazio ad una gestione regionale, con il conseguente insorgere di disuguaglianze territoriali che, oggi, limitano, in molti casi, la possibilità di accesso alle cure per un gran numero di cittadini, soprattutto delle regioni del sud.

I temi dell'uguaglianza e dell'accessibilità, oltre che della gratuità, sono, da tempo, al centro di una profonda analisi che Cittadinanzattiva, insieme ai numerosi stakeholders che compongono il ventaglio degli attori impegnati nel SSN, sta svolgendo avvalendosi anche della collaborazione di soggetti privati che sono, spesso, portatori di idee innovative e congeniali al mantenimento e alla sostenibilità dell'intero sistema.

È proprio partendo dall'attenzione che la nostra Associazione dedica al Servizio Sanitario Nazionale che abbiamo deciso, grazie al supporto non condizionato di Farindustria, di dedicarci ad una analisi più approfondita di quanto ha condizionato la capacità di risposta del nostro Paese all'emergenza pandemica, arrivando a formulare una serie di proposte di riforma utili ad una modernizzazione dell'intero comparto salute.

L'analisi della letteratura prodotta da Cittadinanzattiva e da numerose Società scientifiche, oltre che gli studi nazionali ed internazionali, ha costituito una base di confronto con le principali Società Scientifiche del nostro Paese che ci hanno accompagnato in questo percorso.

Il nostro obiettivo è, in prima istanza, offrire una fotografia dell'esistente, evidenziando le criticità croniche che caratterizzano il SSN e che ne condizionano le performance da anni e, in secondo luogo, elaborare soluzioni pratiche e condivise, necessarie per dare vita ad un processo di modernizzazione in grado di proiettare la Sanità italiana nel prossimo futuro.

Abbiamo bisogno di azioni politico-amministrative urgenti capaci, una volta per tutte, di rimuovere gli ostacoli che frenano un pieno sviluppo dei servizi a favore del cittadino e dare vita ad un modello inclusivo, in grado non solo di garantire salute ma, soprattutto benessere.

La proposta che facciamo è quella di un Servizio Sanitario Nazionale di iniziativa, che metta definitivamente da parte il modello attendista che vede il cittadino quasi esclusivo attore attivo nella ricerca dei servizi offerti. Abbiamo bisogno di un modello di salute incentrato sul territorio e che contempi un sistema strutturato di presa in carico globale, capace di generare occasioni di dialogo, confronto e collaborazione tra i diversi attori della salute collettiva e basato su un nuovo paradigma di cura della persona e non della patologia.

La pandemia ci ha dato la possibilità di sviluppare maggiormente tutto il settore tecnologico legato alla salute, favorendo la diagnosi, la cura e il monitoraggio a distanza. Abbiamo dialogato, attraverso le nuove piattaforme, come non era mai avvenuto prima e abbiamo scoperto una dimensione collaborativa e semplificativa che ha favorito, in molti casi, il controllo dei percorsi di cura dei pazienti. L'efficacia del sistema sperimentato deve essere resa strutturale e deve essere alla base della riforma della medicina territoriale, anello debole di un sistema che si è immaginato a trazione ospedaliera in un'ottica di sostenibilità generale, non accorgendosi dei limiti che si stavano introducendo e che oggi sono deflagrati in tutta la loro tragicità.

Fnomceo, Fnopi, Federfarma e Fimmg hanno condiviso con noi momenti di approfondimento e di confronto e l'analisi delle criticità si è sempre accompagnata dalla proposizione di soluzioni in grado di modificare la filosofia di fondo del nostro sistema, rilanciando una prospettiva unitaria che ponga davvero al centro non il paziente, ma le esigenze di salute individuali e collettive dell'intero paese. La richiesta di cure personalizzate da parte dei singoli pazienti non deve, infatti, spingerci ad una monadizzazione degli interventi, ma deve iscriversi in un programma vasto di generazione di una cultura della salute che in Italia manca e che condiziona, anche per l'atteggiamento dei cittadini oltre che del SSN, gli obiettivi raggiungibili.

Un sistema snello quindi, in grado di affrontare specifici problemi rispetto ai quali trovare le migliori soluzioni senza dimenticare la visione sistemica; un approccio multidisciplinare e condiviso che renderebbe non solo più efficiente ed efficace l'azione di salute ma, allo stesso tempo, contribuirebbe fortemente alla sostenibilità economica e alla massimizzazione della soddisfazione personale e di categoria di tutti gli attori coinvolti.

Dobbiamo semplicemente dare piena attuazione a quanto prevede l'articolo 1 della Legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, garantendo piena partecipazione e condivisione, con una gestione del paziente che non sia a trazione ospedaliera ma che venga immaginata come un percorso che parte dal territorio di residenza, transita, se necessario in ospedale per poi ritornare al territorio con una piena e costante collaborazione tra le macro dimensioni e i singoli stakeholders.

Ulteriore sviluppo acquisito che dobbiamo necessariamente consolidare è il rinnovato slancio nei rapporti pubblico-privato, principalmente nel campo della ricerca. La collaborazione sui vaccini e sui medicinali in grado di contrastare la pandemia in corso ha dimostrato che la condivisione dei dati, delle ricerche, dei risultati genera un modello virtuoso che, con le giuste regole, può essere win-win, massimizzando le aspettative dei governi e dei privati e garantendo cure migliori e più rapide a tutti i pazienti.

Le crisi come quella che stiamo vivendo generano anche delle opportunità ed è compito di tutti noi impegnati nella ricerca di soluzioni di cura e di benessere cogliere quanto ci viene offerto e strutturarle per

costruire una salute che sia davvero alla portata di tutti e che garantisca sostenibilità, crescita, uguaglianza e benessere.

Presenteremo di seguito una breve analisi di contesto, tenendo conto di quelli che sono i cambiamenti epidemiologici in atto e il trend di invecchiamento della popolazione per poi focalizzarci su alcune dimensioni quali l'accesso alle cure e la prevenzione, l'organizzazione ospedaliera con i suoi limiti e le possibilità di riforma; la riforma della medicina territoriale e il rischio di una sua eccessiva centralizzazione, per poi analizzare quanto è avvenuto nel campo della ricerca in termini di collaborazione tra pubblico e privato per proporre modelli regolatori in grado di rendere strutturali le conquiste fatte.

Analisi di contesto

La crisi pandemica che ha colpito il pianeta a partire dal 2020 ha stravolto il nostro sistema di valori e di abitudini quotidiane riportando al centro dell'agenda politica temi che, per troppi anni, erano rimasti ai margini o venivano percepiti come scontati, consolidati o immutabili.

La democraticità profonda con la quale il Covid 19 ha impattato sui sistemi internazionali, sugli Stati, sui cittadini del mondo se, da un lato, ci ha costretti a ripensarci all'interno di un sistema globale interconnesso e senza barriere reali, dall'altro ha imposto alle singole realtà nazionali di fare i conti con i propri sistemi di tutela della salute e di attenzione nei confronti dei più fragili, ovvero di quei cittadini che, sin dai primi giorni di diffusione della pandemia sono emersi quali i più colpiti, portando a ripensare i modelli di gestione della salute e favorendo l'inizio di un confronto in profondità.

La capacità di reazione dei singoli Stati alla crisi è stata molto diversificata e, pur non volendo affrontare in questa sede una analisi comparativa scientifica tra i diversi Servizi Sanitari Nazionali, la percezione è stata quella di un'occidente in debito di salute che, in una primissima fase, ha conosciuto una certa difficoltà a generare sistemi in grado di contenere la diffusione del virus o di fornire modelli di protezione adeguati soprattutto per la protezione dei più fragili.

Quello che probabilmente ha condizionato la risposta occidentale alla pandemia è stato l'affidarsi ad un sistema incentrato sulla cura della malattia piuttosto che sul paziente, sul contrasto ai sintomi e sull'offerta di servizi settoriali piuttosto che su processi di salute e benessere, sull'azione tempestiva di secondo e terzo livello piuttosto che sulla prevenzione. L'impegno per la salute collettiva ha perso, nel tempo, l'importanza della pluralità degli attori che concorrono al raggiungimento di uno stato di benessere diffuso, a favore di un approccio individualistico, nel quale le diverse figure sanitarie non sono state messe in condizione di lavorare congiuntamente, portando ad una settorializzazione dell'intervento che ha favorito, nel nostro Paese, la dimensione ospedaliera depauperando ed isolando il livello territoriale. La logica dei silos ha prevalso su una prospettiva di insieme (Lauret 2020)¹.

In particolare, considerando il caso italiano, abbiamo assistito all'esacerbarsi di criticità, carenze, mancanze che, sebbene conosciute da molti anni, hanno subito la miopia di un sistema decisionale che le ha procrastinate, considerando il SSN come un costo piuttosto che un investimento, o anche come una cassa, costringendolo ad un definanziamento costante che ne ha condizionato la tenuta dei servizi facendo emergere disuguaglianze molto profonde.

La carenza di personale sanitario, ad esempio, stimata oggi in circa 46.000 unità, è uno dei principali fattori

¹ 1 Lauret M., 2020, "Che cosa possiamo imparare dalla crisi Covid 19?", European Journal of Psychoanalysis

di criticità della tenuta dell'intero sistema e genera parte importante dell'impovertimento del SSN, evidenziando una chiara incapacità di programmazione che si è protratta nel tempo (Osservatorio civico sul federalismo in sanità – Rapporto 2019)². La carenza di personale, unita alla nascita e al consolidamento di 21 sistemi regionali, ha determinato la disuguaglianza di accesso alle cure e, in tante realtà nazionali ha condizionato l'intero percorso di salute di migliaia di cittadini, spingendo molti a far fronte autonomamente alle spese, quando possibile, o alla rinuncia alle cure.

La pandemia sembra, finalmente, aver messo a tacere gran parte delle polemiche riguardanti il finanziamento del SSN, riconosciuto, ormai unanimemente, come patrimonio collettivo e bene comune indispensabile e insostituibile al quale dedicare risorse adeguate, necessarie per invertire il progressivo impoverimento vissuto a partire soprattutto dal 2008.

Se dopo la prima fase di sbandamento il nostro SSN è riuscito a dare prova di una certa solidità, riuscendo a ristrutturare parti del proprio modello per adattarsi alla nuova domanda di salute di milioni di cittadini contagiati dal covid, si è caratterizzato anche per un eccessivo rallentamento della propria capacità di mantenere percorsi di presa in carico di pazienti cronici, rari e con esigenze episodiche di salute, così come si è evidenziata in tutta la sua drammaticità la differenziazione tra regioni, tra modelli di offerta, tra capacità di garantire equità e precocità nelle cure (Torniamo a curarci – Rapporto 2020)³.

Il crollo del numero dei servizi nei percorsi di prevenzione e di presa in carico dei pazienti non covid, affetti da patologie croniche e/o rare, o semplicemente con problemi episodici di salute è stato uno dei dati più preoccupanti registrati nel 2020, spiegabili solo in parte con la paura dei cittadini italiani nel rivolgersi al Servizio Sanitario, percepito dai cittadini e rappresentato dai media come luogo possibile di contagio e maggiormente come impossibilità, ma anche incapacità di mantenere in essere percorsi ritenuti prioritari prima della pandemia.

La rinuncia alle cure, il procrastinare visite e prestazioni a causa dell'impossibilità di accedervi, la mancata attenzione alla prevenzione e ai percorsi di diagnosi precoce hanno generato un aumento della mortalità e ad un aggravarsi delle condizioni di salute della popolazione italiana, soprattutto dei soggetti più fragili (l'aumento del tasso di mortalità per tumore al colon retto nel 2020 è stato del 12% - Università di Bologna)⁴.

Altrettanto preoccupati sono i dati riportati nel report sulla mortalità in Italia nel 2020 elaborato dall'ISTAT che, oltre a indicare l'aumento di decessi legato alla pandemia, registra più di 30.000 morti non

² Cittadinanzattiva Aps, 2020, "Rapporto civico sul federalismo in sanità".

³ Cittadinanzattiva Aps, 2020, "Torniamo a curarci – Non togliamo il medico di turno".

⁴ UNIBOMAGAZINE, 2020, "Cancro del colon-retto: le possibili conseguenze del rinvio degli screening dovuto alla pandemia di Covid-19

riconducibili direttamente al Covid e per i quali, attualmente, non è possibile procedere ad una analisi più approfondita⁵. Il dato emerso dovrà, però, essere oggetto di una riflessione profonda, legata alle cause possibili che hanno portato a questo stato di cose e che dipendono, se non totalmente, anche dalle disfunzioni emerse nella capacità di reazione del Servizio Sanitario Nazionale.

Alla luce del fatto che in Italia sono circa 24 milioni le persone affette da patologia cronica (Aspetti della vita quotidiana – ISTAT - 2017)⁶ è facile dimostrare come i cambiamenti apportati dalla pandemia abbiano avuto un impatto significativo su tale categoria di pazienti, andando ad alterare il rapporto dei singoli con i servizi sanitari, modificando anche la capacità di autogestione della patologia e portando ad una diminuzione della quantità di salute collettiva del nostro Paese, dovuta ad una minore aderenza alle terapie, blocco dei monitoraggi e rinuncia alle cure.

La pandemia sta, quindi, agendo da spartiacque, tra il prima e il dopo, tra un Sistema indebolito e l'esigenza di un nuovo assetto in grado di ristrutturarsi e di risolvere definitivamente le criticità che lo hanno caratterizzato, puntando sull'innovazione e sulla consapevolezza che non ci sarà un'altra occasione per completare il processo di riforma della tutela della salute iniziato con la promulgazione della legge 833 del 1978.

⁵ ISTAT, 2021, "Impatto dell'epidemia Covid-19 sulla mortalità totale della popolazione residente", V Rapporto

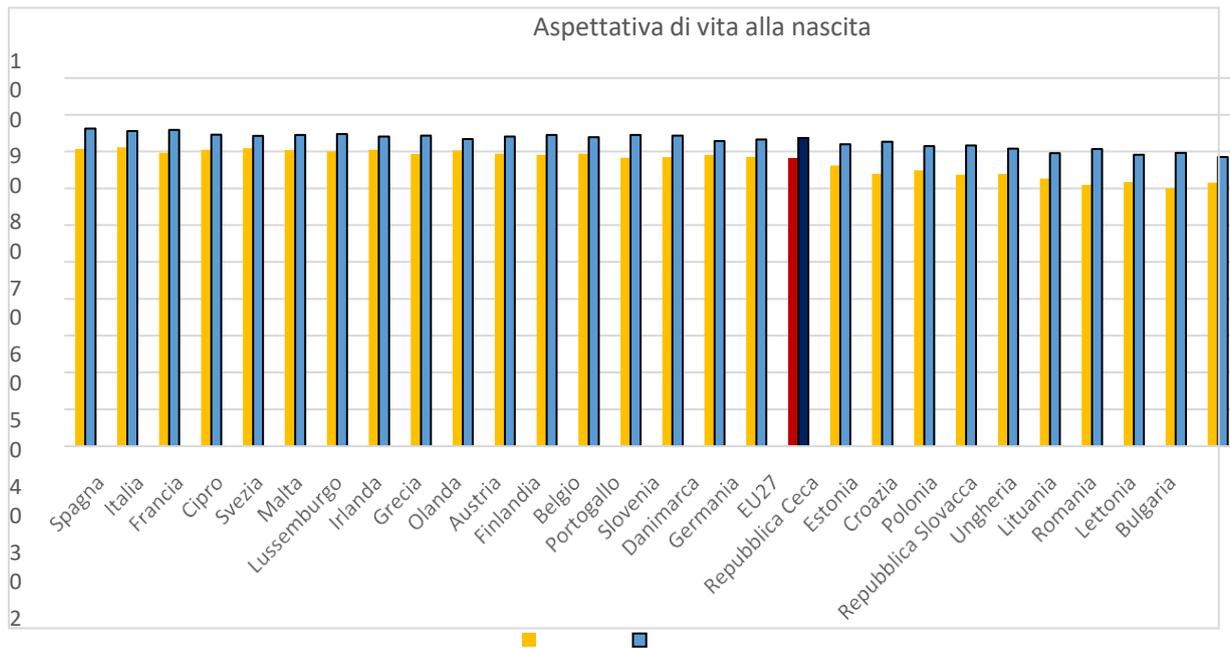
⁶ ISTAT, 2017, "Aspetti della vita quotidiana".

L'invecchiamento della popolazione

L'allungamento della vita è uno dei risultati tangibili della crescita economica e del progresso scientifico e tecnologico che hanno consentito una risposta adeguata ai bisogni di salute della popolazione.

L'Italia si colloca al quarto posto tra i paesi OCSE per aspettativa di vita (di media 83 anni) alla nascita a fronte di una spesa sanitaria piuttosto contenuta (Health at a Glance 2020)⁷.

Fig.1. Aspettativa di vita alla nascita EU27. Dati Health at a Glance 2020, modificato.



Sebbene il dato di invecchiamento sembrerebbe restituire l'immagine di un paese che riesce a far fronte alle esigenze di salute, non si deve trascurare che tra i Paesi europei l'Italia si colloca tra gli ultimi posti per qualità della vita dei pazienti con una o più patologie e all'ottavo posto in Europa per bisogni insoddisfatti di visite mediche (EUROSTAT 2019)⁸.

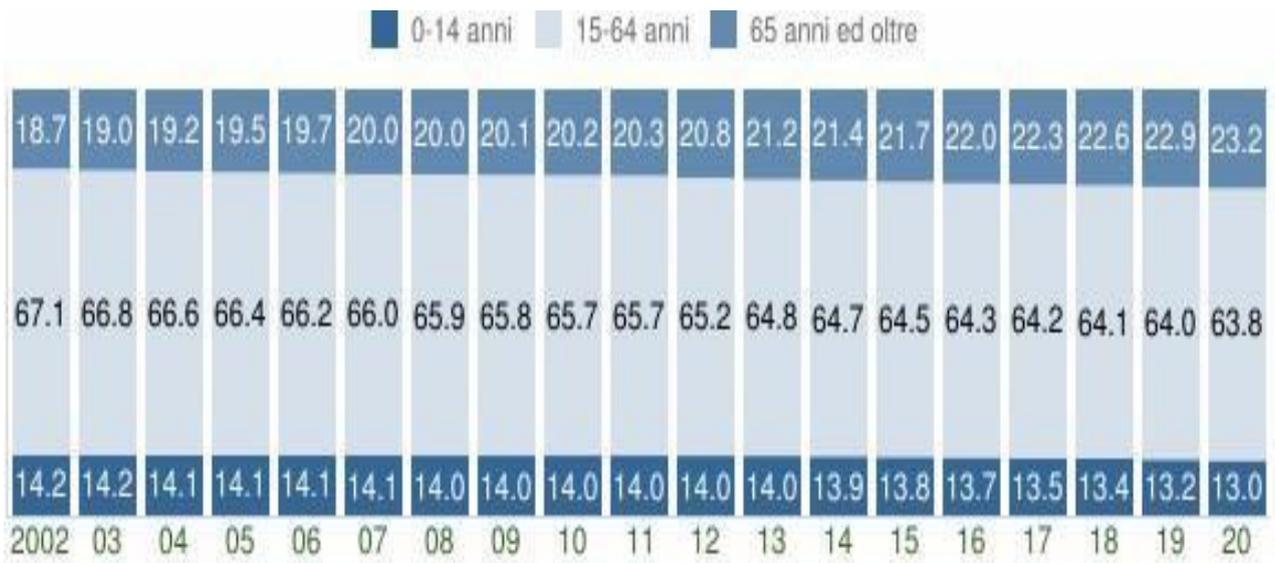
La struttura della popolazione italiana si colloca in fase regressiva, con una percentuale della popolazione giovane inferiore alla fascia anziana di oltre 10 punti percentuali (il 13% della popolazione italiana si iscrive nella fascia di età compresa tra gli 0 e i 14 anni a fronte di un 23.2% che si colloca invece nella fascia 65 anni e oltre – ISTAT 2020) e con un'età media che sia attestata poco al di sotto dei 46 anni.

Secondo i dati Ocse 2020 l'Italia è il Paese con il più alto tasso di demenza senile e con percentuali di crescita che porteranno nel 2050 ad avere una persona su 25 che vivrà con demenza.

⁷ OECD, 2020, "Health at a Glance", Oecd Indicators

⁸ UROSTAT, 2019, "State of Health in the Eu".

Fig.2. Struttura della popolazione italiana dal 2002 al 2020 per fasce di età. Dati Istat.



Se allo scenario fin qui proposto abbiniamo il calo dei tassi di fertilità, dato in costante peggioramento negli ultimi anni nel nostro Paese, avremo una proiezione che vedrà un cittadino su otto, nel 2050, avere più di 80anni, elemento che determinerà una ulteriore domanda di assistenza sanitaria a lungo termine e rispetto allaquale dobbiamo necessariamente far fronte, dando una nuova impostazione al nostro SSR, invertendo i trend di spesa e di investimento e ricostruendo una assistenza di base, oggi fortemente compromessa, per dare migliore assistenza e contribuire positivamente agli esiti di salute di una popolazione con patologie cronichee multi-morbidity.

Il cambiamento epidemiologico

L'invecchiamento della popolazione, abbinato allo stile di vita e i fattori ambientali, contribuiscono all'aumento dell'incidenza di patologie croniche in tutti i paesi industrializzati.

I dati Istat 2020 riportano l'immagine di un Paese nel quale oltre il 30% dei decessi avviene a causa di patologie cardiovascolari e oncologiche, tra le prime cause di morte anche in Europa, con profonde difformità sul territorio nazionale dovuto alla diversa capacità dei SSR di prendere in carico pazienti con patologie cardiovascolari o di giungere ad una diagnosi precoce nei casi di patologie tumorali.

Il consumo di alcool è basso, collocando l'Italia all'ultimo posto in Europa per "bevitori dipendenti", così come si registra una percentuale più bassa, di quasi dieci punti percentuali rispetto alla media europea, per adulti in sovrappeso o obesi, a fronte però di un'alta prevalenza di bambini in sovrappeso (siamo al secondo posto tra i paesi dell'Ocse) e una incidenza di fumatori pari ad 1/5 della popolazione.

Fig.3. Decessi per le principali cause di morte e confronto con numero medio di decessi periodo 2015-2019. Dati Marzo-Aprile 2020. Dati Istat



Particolarmente preoccupante è anche il dato sull'antibiotico resistenza che rappresenta un grave rischio per la salute pubblica, oltre a costituire un incremento della spesa e un danno all'economia nel suo insieme (nel 2018 la prescrizione media di antibiotici in Italia era di 28 dosi giornaliere ogni 1000 abitanti a fronte di una media europea di 18) (Health at a Glance 2019).

Le infezioni associate all'assistenza sanitaria (IAAS) insorgono in quasi il 6% di pazienti ospedalizzati a determinarne, in alcuni casi, il decesso e impattando notevolmente sulla spesa ospedaliera.

In generale i dati epidemiologici relativi al nostro paese ci restituiscono l'immagine di una popolazione fragile, che sta subendo un cambiamento epidemiologico significativo rispetto alla tenuta del sistema salute. La riduzione della mortalità per specifiche patologie e la cronicizzazione necessitano di percorsi di

presa in carico in grado di garantire standard di benessere più elevati che puntino alla prevenzione dell'insorgenza di pluri-patologie legate alla scarsa aderenza alle terapie in grado di sovvertire l'inadeguatezza dei sistemi di presa in carico e di gestione territoriale dei pazienti.

Le sfide di cambiamento del SSN

Nel 2020 si sono moltiplicati gli studi di società scientifiche, associazioni, istituzioni incentrati sulla tenuta del Servizio Sanitario Nazionale e sulle criticità emergenti nel percorso di tutela dei pazienti, oltre che sulla capacità dello stesso di mantenere e consolidare non solo un sistema di presa in carico ma anche una struttura integrata tra le sue diverse componenti.

La fotografia che emerge è quella di un sistema che ha la necessità di affrontare una profonda riforma del suo assetto, soprattutto in termini di flessibilità, in grado di superare i limiti che da diversi anni caratterizzano il rapporto tra SSN e cittadini, a causa della eccessiva focalizzazione sulla sostenibilità economica dell'offerta di cure a fronte di una domanda sempre più crescente ed esigente.

L'equità di accesso e la qualità delle cure offerte, il crescente invecchiamento della popolazione con conseguente aumento delle cronicità e delle disabilità e, in particolare, una carenza, se non assenza in moltissimi casi, di integrazione tra sociale e sanitario sono i principali nodi da sciogliere nel prossimo futuro e che determineranno la stessa sopravvivenza del modello.

Non possiamo fare ancora finta che il Servizio Sanitario italiano sia universalistico e in grado di offrire cure a tutti quando sono chiaramente presenti sia una frattura orizzontale, tra regioni del Nord e regioni del Sud, sia una frattura verticale dovuta alle diverse capacità amministrative proprie delle regioni.

È su queste principali fratture che bisogna intervenire anche con i fondi del PNRR che sono necessari per uno sforzo di modernizzazione dell'intero paese; modernizzazione che deve necessariamente passare attraverso una riforma del modello di salute che deve riagganciarsi ai suoi principi fondativi ma che necessita di una rivoluzione interna, in grado di mettere da parte, una volta per tutte, gli interessi di singoli a favore di un bene comune, in grado di garantire non solo salute ma qualità di vita in salute.

L'esigenza primaria è invertire il paradigma che vede i cittadini dover andare in cerca di servizi in luoghi fisici e imporre un sistema in grado di avvicinarsi al paziente, con una strutturazione di servizi di prossimità, domiciliari, che possano essere personalizzati, tenendo conto non solo delle azioni necessarie alla cura della patologia ma anche, e soprattutto, delle condizioni socio-economiche.

Non abbiamo bisogno di nuovi luoghi di salute ma di reti e servizi flessibili, in grado di adeguare la propria azione alla molteplicità di domande e condizioni che caratterizzano l'esperienza quotidiana dei pazienti e del loro contesto di vita.

È impensabile, oggi, l'elaborazione di modelli che offrono soluzioni standardizzate su tutto il territorio nazionale senza tenere conto della diversità intrinseca nella nostra conformazione sociale, perché il rischio è quello di ripetere l'errore commesso nell'esperienza della riforma dell'ospedalizzazione introdotta dal Dm

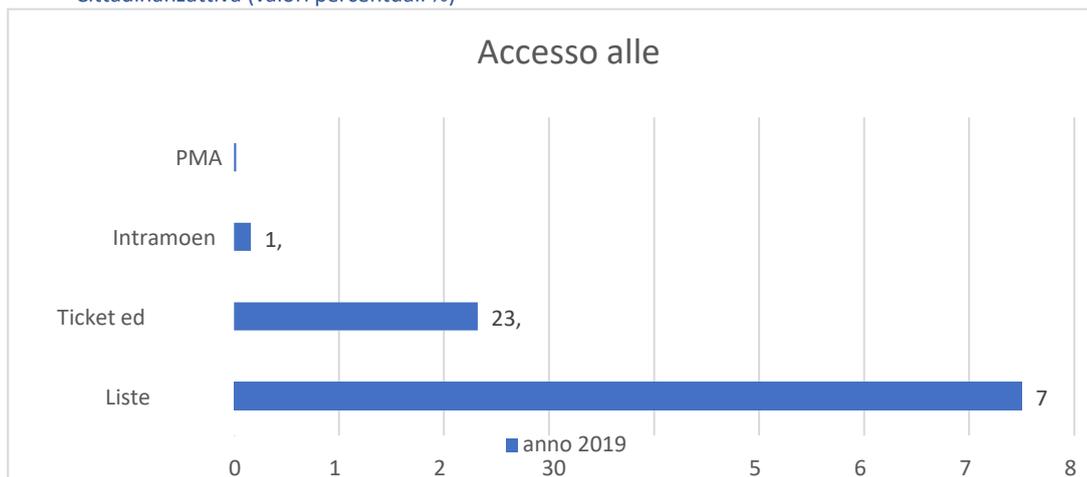
70 che ha dato vita a strutture rigide, non in grado di interagire con i territori, e di elaborare azioni mirate capaci di accompagnare il paziente nel proprio percorso di cura dal primo accesso per diagnosi fino al completamento o al consolidamento di un percorso di cura.

Di seguito cercheremo di affrontare i limiti del SSN confermati dall'insorgere della crisi pandemica, dedicandoci principalmente a tre aspetti: l'accesso alle prestazioni e la prevenzione, il modello di assistenzaterritoriale e il modello di assistenza ospedaliera.

Prevenzione e accesso alle cure

I dati del XXIII Rapporto Pit Salute di Cittadinanzattiva, costruito su oltre 22mila segnalazioni pervenute, ci restituiscono l'immagine di un Sistema in profonda difficoltà nel risolvere i problemi di accesso ai servizi (più del 25% delle segnalazioni riguardano questa criticità), prevalentemente per quanto riguarda le liste d'attesa e il peso della spesa out of pocket, sia per ticket sia per farmaci.

Fig.4. Principali difficoltà di accesso alle prestazioni su segnalazioni dei pazienti 2019 – XXIII Rapporto Pit Salute Cittadinanzattiva (valori percentuali %)



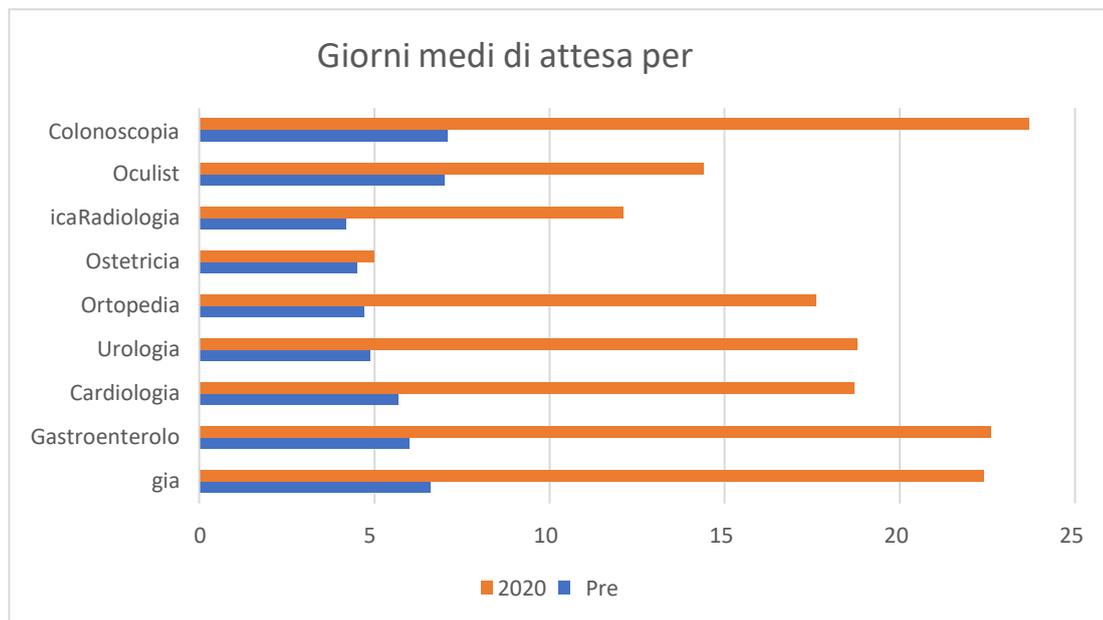
La burocrazia e le attese eccessive sono due delle principali cause di rinuncia alle cure o di mancata aderenza alle terapie che, a loro volta, determinano l'effettivo stato di salute dei cittadini e della popolazione nel suo insieme, causando, sul lungo periodo, ulteriori costi che impattano sulla sostenibilità dell'intero Sistema Sanitario, schiacciato da percorsi di ospedalizzazione massiva.

Fino al 2019 i dati elaborati su segnalazione dei cittadini facevano registrare un leggero miglioramento nel trend di accesso alle prestazioni, soprattutto per quanto riguardava intramoenia, PMA e Ticket, mentre mostravano una crescente difficoltà di accesso alle prestazioni a causa delle lunghe liste di attesa.

Quella dei tempi di attesa è, ormai da anni, la problematica più impattante sul percorso di salute dei cittadini e mantiene una dimensione trasversale tra le diverse regioni, arrivando ad essere generatrice di maggiori disagi di natura psicologica ma anche sanitaria in quanto, dilatando i tempi di accesso, viene meno la possibilità di diagnosi precoce, di intervento tempestivo sulla patologia e di organizzazione del percorso

di cura.

Fig.5. Tempi di attesa per prestazione. Comparazione 2020 con pre covid – Elaborazione su dati Crea e Altroconsumo



Questa situazione, già fortemente critica negli anni passati, ha registrato un ulteriore peggioramento a causa della pandemia portando al ridimensionamento, se non l'interruzione nella maggior parte delle realtà regionali, delle attività ambulatoriali, il blocco delle attività in elezione, oltre che il differimento degli interventi chirurgici programmabili e, purtroppo in molti casi, delle terapie. Tutte decisioni assunte per contenere il rischio di una diffusione indiscriminata di contagi ma che hanno costretto, allo stesso tempo, i pazienti già fragili ad un sacrificio ulteriore.

Fig.6. Riduzione delle visite 2020 – Dati Cerms. Modificati

Numero di esami e visite con differenziale percentuale			
	pre covid	2020	%
Cardiologia	17,8	8,2	-54%
Dermatologia	6,4	3,2	-50%
Gastroenterologia	3,2	2	-39%
Oculistica	10,7	8,3	-23%
Ortopedia	7,1	4,7	-32%
Esami diagnostici	56	35	-37%
Prelievi di sangue	90,8	46	-49%

I codici di priorità e appropriatezza, previsti dal Piano di Governo delle Liste d'attesa, non sono rispettati e spesso il sistema non permette di eseguire visite ed esami presso il medico o la struttura che ha effettuato la presa in carico, facendo venire meno la continuità del percorso di cura soprattutto per i pazienti cronici e/o rari, la cui responsabilità è in capo alla struttura sanitaria⁹.

Una situazione altrettanto difficile si è registrata, per tutto il 2020, sul versante dei percorsi di prevenzione. I dati ci restituivano, già negli anni passati, l'immagine di un Paese a diverse velocità regionali sul piano della prevenzione oncologica, con profonde diversità di aderenza anche all'interno di singole regioni.

La prevenzione è un servizio fondamentale nel percorso di salute dei cittadini e uno degli obiettivi primari del Servizio Sanitario Nazionale che deve tendere piuttosto che a curare le patologie a prevenirle e ad evitare che esse, dove possibile, si cronicizzino, arrivando a costituire un danno di salute collettivo e un onere per la sostenibilità del sistema salute del nostro paese.

Cultura della prevenzione e modelli organizzativi

La mancanza di una cultura della prevenzione è molto diffusa nel nostro paese e si lega ad una visione di marginalità dell'importanza del SSN, percepito quasi come scontato e sicuramente spesso poco apprezzato e valorizzato non solo dai cittadini italiani, ma anche da operatori e addetti ai servizi.

Il sistema di accesso fa registrare, quindi, difficoltà in aumento dovute sicuramente ad un impoverimento progressivo delle risorse, ma soprattutto ad una carenza organizzativa dei territori che hanno subito un ridimensionamento costante, anche in termini di personale, a favore di un'ottica ospedale-centrica della rete sanitaria.

L'ospedale è stato posto al centro del percorso di presa in carico, svincolandosi dalla rete di servizi di comunità e facendo venire meno la funzione di riferimento specialistico per la popolazione, determinando una separazione dalla comunità territoriale di riferimento.

Una situazione paradossale se si pensa che è proprio l'ospedale il luogo in cui si concentrano le maggiori difficoltà di accesso che non si esauriscono solo con i lunghi tempi di attesa, ma riguardano anche le difficoltà a prenotare le prestazioni a causa della inaccessibilità dei centri di prenotazione c.u.p., sia telefonicamente sia fisicamente, e della scarsa o totale inesistenza dei canali di prenotazione online.

Tale situazione deve portarci a riflettere anche su quella che è una delle principali proposte presenti nel

⁹ Nella survey effettuata da Cittadinanzattiva nel 2020, per il progetto Torniamo a curarci, emerge che oltre il 74% dei MMG ha segnalato l'impossibilità, per i propri pazienti, di avere visite nelle fasce di priorità previste dalla ricetta, fatto che ha costretto ad una rivalutazione delle stesse priorità da parte di MMG/PLS al fine di garantire una riprogrammazione della visita e mantenere un monitoraggio del paziente entro tempi utili (91% degli intervistati ha dichiarato di aver dovuto attribuire un codice di priorità Uo B a prescrizioni inizialmente valutate in fascia di priorità differente)

PNRR in ambito sanitario, la costituzione delle Case della Salute o di comunità, immaginate nella strutturazione hub/spoke e che mirano a diventare i luoghi di collegamento tra territorio e ospedale. La preoccupazione, che qui accenniamo e che svilupperemo successivamente, è che tale modello possa finire per replicare quanto accaduto con gli ospedali, moltiplicando luoghi di salute senza generare reali servizi in grado di ricollegarsi alle esigenze dei pazienti.

Il rischio che leggiamo è quello di un reiterarsi di un modello che spinge, ancora una volta, i cittadini a cercare sul territorio i servizi a fronte, invece, di una necessità di portare quegli stessi servizi presso il cittadino.

Le case della salute possono rappresentare una reale innovazione e una possibilità di moltiplicazione degli standard di salute e benessere generalizzati se saranno in grado di generare processi di cura delle persone e non delle patologie, ovvero se l'intero sistema riuscirà a modificare il proprio approccio, focalizzandosi su una prospettiva più ampia e che pone al centro della propria azione la gestione di un percorso di cura preventiva, basato su una logica di iniziativa e non di attesa.

Il paradigma ospedale-centrico è uno dei fattori che ha causato, a nostro avviso, la crisi dei servizi territoriali, generando una percezione di inefficienza nei e una disaffezione crescente nei confronti dei servizi di prossimità.

La mancanza di una strategia nazionale per l'accesso ai servizi, la scarsa organizzazione dei territori, la mancata integrazione tra più livelli di presa in carico spingono l'Italia nelle ultime posizioni in Europa per capacità preventiva e di diagnosi precoce, con ulteriori diversificazioni all'interno del territorio nazionale, tra regioni che registrano tassi di mortalità per patologie oncologiche decisamente più elevati della media nazionale proprio a causa delle tardive diagnosi (EUROSTAT 2019).

Dobbiamo immaginare e realizzare un nuovo modello che ponga al centro il territorio e che determini le cure ospedaliere quale momento extra-territoriale in un percorso di cura che parte dal territorio stesso, transita dal livello ospedaliero, dove necessario e ritorna al territorio, favorendo la prossimità e lo sviluppo di reti in grado di accompagnare i pazienti e di prenderli in carico globalmente.

[Il nodo della prevenzione oncologica](#)

Ogni anno in Italia sono circa 370.000 i cittadini colpiti dal cancro¹⁰. Grazie ai progressi della ricerca sperimentale, alla riduzione dei tempi per la diagnosi, alle innovazioni introdotte in medicina e chirurgia, si stanno registrando effetti positivi sul decorso della malattia, allungando la vita dei pazienti e riuscendo

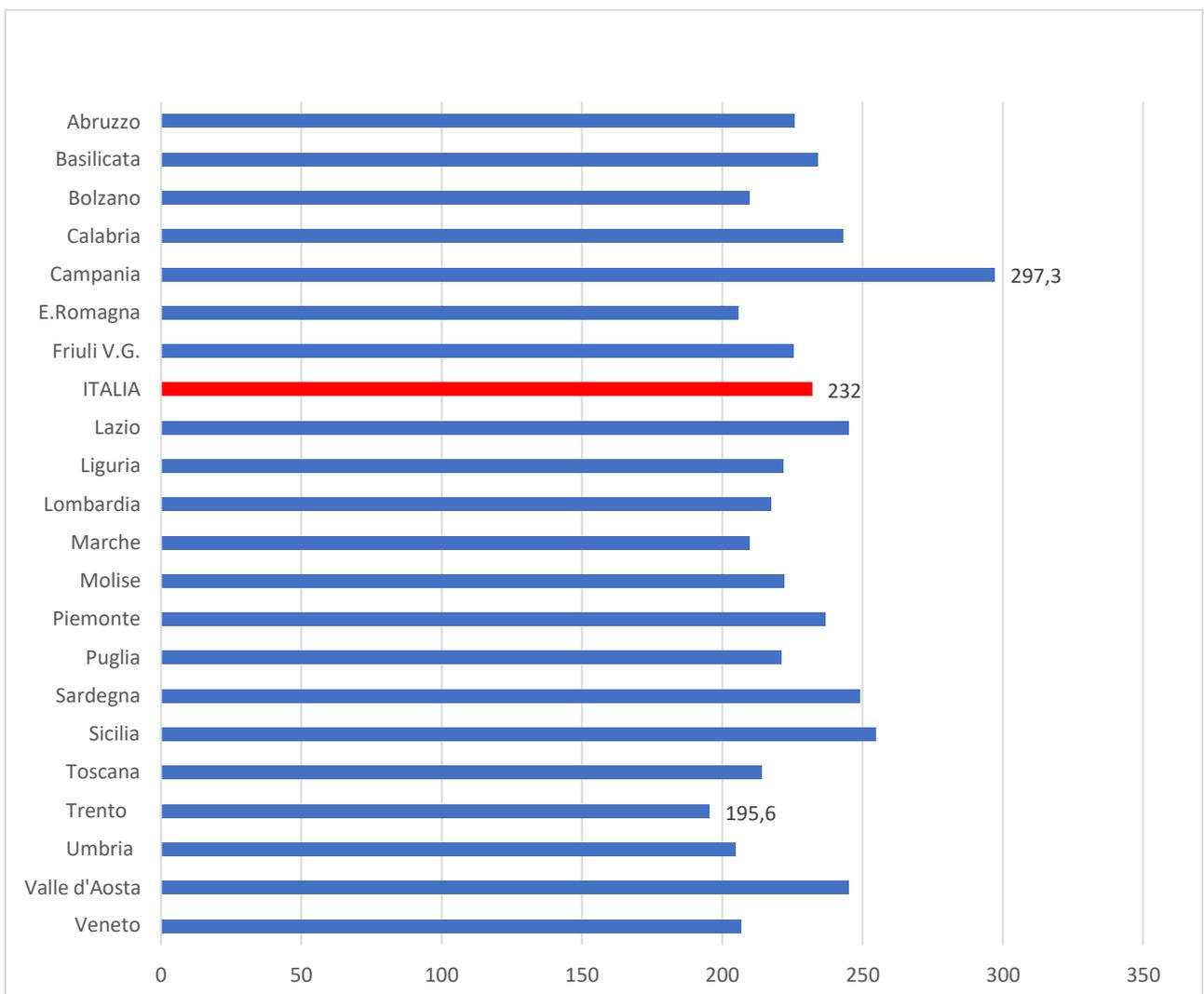
¹⁰ Attualmente, il 50% dei malati riesce a guarire, con o senza conseguenze invalidanti. Dell'altro 50% una buona parte si cronicizza, riuscendo a vivere più o meno a lungo.

a cronicizzarla nella maggior parte dei casi di non guarigione.

Nonostante ciò sorgono nuovi problemi che riguardano la presa in carico delle patologie oncologiche e che riguardano la revisione organizzativa necessaria ai sistemi assistenziali per rispondere efficacemente al nuovo scenario (dai MTB ai CAR T team), l'accesso rapido ed uniforme alle terapie innovative in alcuni casi "Breakthrough", i sottovalutati o non-valutati problemi nutrizionali che moltissimi pazienti presentano (Motore Sanità – ONCConnection – le reti oncologiche al servizio dei pazienti).

Con il blocco delle prestazioni sanitarie, resosi necessario nel tentativo di contenimento della diffusione del contagio da Covid 19, abbiamo assistito anche ad un rallentamento significativo nel percorso di prevenzione, con una riduzione importante della capacità di diagnosi precoce e, specialmente in oncologia, determinerà nei prossimi mesi o anni un significativo impatto sugli standard di salute dell'intera popolazione italiana, difficilmente quantificabile oggi.

Fig.7. Numero di morti precoci (30-69 anni) ogni 10.000 abitanti. Osservasalute 2017. Modificato



Abbiamo la necessità di recuperare il terreno perduto e di cogliere l'esperienza pandemica come una

opportunità in grado di mettere al centro dell'agenda politica le esigenze di salute dei nostri cittadini e l'organizzazione di un sistema che sia capace non solo di curare, ma di prevenire, creando le condizioni di benessere necessaria alla crescita dell'intero paese, anche in termini educativi ed economici.

L'Italia deve aumentare gli sforzi per promuovere la prevenzione di primo e secondo livello, perché i dati indicano chiaramente che laddove queste azioni sono state incisive e continuative, i risultati e le ricadute in termini di aspettativa di vita a 5 anni dalla diagnosi e di sostenibilità dell'intero sistema sono evidenti, arrivando anche alla diminuzione dell'incidenza di alcuni tumori. Scopo del Servizio Sanitario Nazionale è riuscire ad incidere sulla mortalità evitabile, grazie alla corretta organizzazione dei sistemi sanitari e alla gestione integrata delle patologie. Questa sfida non può più essere rimandata e deve necessariamente passare attraverso un processo di riforme sanitarie tempestive e puntuali.

I tempi di accesso alle prestazioni sanitarie e la capillarità dei servizi di prevenzione, adeguati ai bisogni clinici sono, quindi, gli obiettivi principali che deve porsi la ristrutturazione del Servizio Sanitario Nazionale. Questo può avvenire attraverso la piena applicazione della normativa esistente in tutte le realtà regionali della penisola che devono porsi quale obiettivo la riduzione delle estreme disuguaglianze e disomogeneità che vedono aree di eccellenza affiancarsi a realtà in forte criticità, con la generazione di sacche ampie di disparità nel percorso di salute dei cittadini italiani.

L'adempimento e il recepimento delle norme nazionali in materia di salute da parte delle regioni italiane non possono limitarsi ad un adeguamento formale ma devono concretizzarsi in programmazioni idonee ed efficaci sui territori, in grado di garantire i tempi certi delle prestazioni e una omogeneità di accesso e di trattamento a prescindere dal territorio di residenza.

Non si può prescindere da una seria analisi della situazione epidemiologica che si basi anche sui trend di invecchiamento di una popolazione che chiede sempre più servizi e sempre più personalizzati. Il sistema ha bisogno di investire in capitale umano, in operatori sanitari, in tecnologie e strutture sempre più specializzate, il cui utilizzo appropriato genera valore aggiunto in un percorso di cura integrato tra i diversi livelli che compongono il nostro sistema di salute.

La formazione dei team multidisciplinari tra oncologi medici, chirurghi oncologi, anestesisti, nutrizionisti, anatomo-patologi, patologi clinici, biologi molecolari, genetisti, bioinformatici, farmacisti, infermieri dovrà essere un punto di forza su cui costruire un nuovo sistema che dia rapido accesso a cure appropriate. L'esperienza delle reti oncologiche ha dimostrato che dove sono stati adottati percorsi multidisciplinari la risposta è stata rapida e maggiormente efficace, determinando, in molti casi, la sopravvivenza stessa del paziente e, sicuramente, un percorso di cura caratterizzato da maggiore benessere e risparmio per l'intero sistema.

È fondamentale, inoltre, avviare una reale partnership con le aziende di settore per programmare la grande innovazione breakthrough in arrivo che determinerà, per molte tipologie di tumore, la possibilità di cronicizzazione della malattia se non la guarigione. Sarà un punto chiave su cui incentrare il confronto tra gli stakeholder per il presente e per il futuro e va abbinato alla condivisione dei dati clinici “Real world” e amministrativi che porterebbe ad una innovazione di sistema, in grado di misurare le ricadute cliniche legate alle terapie innovative sull’intero percorso di cura.

Dobbiamo poi intervenire sulla costruzione di una cultura della prevenzione che manca nel nostro Paese. L’alleanza multidisciplinare richiamata deve affiancarsi ad uno sforzo educativo in grado di trasferire conoscenze e competenze ai cittadini per sviluppare un ruolo individuale nel processo di costruzione della salute collettiva. Se vogliamo che il paziente abbia un ruolo attivo nel proprio percorso di cura, dobbiamo garantirgli le conoscenze e gli strumenti necessari per essere un attore e non uno spettatore.

Un sistema integrato, quindi, costruito sull’analisi dei bisogni e sui trend demografici ed epidemiologici è l’unica soluzione in grado di ridurre i tempi di attesa e di garantire diagnosi precoci, elementi imprescindibili per il mantenimento e la sostenibilità del nostro modello e per la garanzia di qualità nell’assistenza. Molto si baserà sulla immagine che i servizi di prevenzione e di accesso alle cure saranno in grado di fornire ai cittadini.

C’è bisogno di recuperare fiducia nei confronti di un Servizio pubblico che ha perso smalto negli anni ma la cui importanza è emersa in tutta la sua drammaticità a causa della crisi pandemica in atto e che risulta oggi indispensabile e vitale per la tenuta stessa dello Stato.

Il pilastro ospedaliero e la visione ospedale-centrica

La ristrutturazione della rete ospedaliera e la mancata integrazione tra servizi

Il dilagare del corona virus ha messo in evidenza tutte le vulnerabilità di un sistema che nel tempo si è avvitato sempre più sulla struttura ospedaliera a danno della dimensione territoriale e distrettuale favorendo, spesso, l'inappropriatezza delle cure e una offerta a macchia di leopardo sul territorio nazionale, con profonde disuguaglianze anche all'interno di singole regioni.

Come sottolineato da numerosi documenti della Confederazione Associazioni Regionali di Distretto (CARD), l'assistenza territoriale si è trovata profondamente impreparata a fronteggiare le sfide avanzate dalla pandemia a causa di una profonda incongruenza tra la spinta teorica a guardare al territorio e ai suoi servizi come principale e privilegiato luogo di cura e la realtà di accentramento ospedaliero vissuta in Italia.

L'eccessiva attenzione riversata sulla dimensione ospedaliera, infatti, ha fatto perdere flessibilità all'intero sistema che non è riuscito ad adeguarsi ai cambiamenti demografici e sociali e ad adottare strategie di risposta efficaci incentrate sulla prevenzione e sulla cura della persona piuttosto che della malattia acuta.

Di pari passo è venuta sempre meno la centralità del Distretto quale forte centro di regia di un articolato sistema socio-sanitario territoriale centrato sulla persona ed in grado di garantire livelli di cura di prossimità.

Tale stato di cose sembra essere conseguenza diretta della riforma del sistema di offerta ospedaliera immaginata e attuata dal D.M. 70 ovvero il "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" che ha introiettato il modello organizzativo hub&spoke, mutuato dall'aviazione, che parte dal presupposto per cui determinate malattie e condizioni complesse necessitano di competenze specialistiche che poco si conciliano con un modello diffuso e capillare di strutture territoriali.

Sebbene il modello sia stato costruito su basi solide, garanzia di una offerta sanitaria adeguata alle esigenze di salute dei cittadini, la sua applicazione ha generato, in pochi anni, una riduzione significativa di strutture ospedaliere sottodimensionate e spesso periferiche, percepite come poco efficienti e insostenibili economicamente, alla quale però non è seguita una pur necessaria ristrutturazione dell'assistenza domiciliare e della medicina territoriale che avrebbero dovuto essere da un lato propedeutiche al periodo di ospedalizzazione e dall'altro centrali nella gestione del paziente in fase follow up.

Di fondo si può rilevare una stortura insita all'interno della logica del cosiddetto Decreto Balduzzi che ha immaginato la riorganizzazione del servizio ospedaliero basandosi, quasi esclusivamente, su una logica di sostenibilità economica dell'intero sistema, immaginando e realizzando il taglio di quelle realtà percepite o classificate come troppo dispendiose per l'intero assetto, senza interrogarsi, invece, sui fattori di miglioramento che avrebbero potuto trasformare quelle stesse realtà in punti di salute su territori spesso

periferici e nei quali l'offerta sanitaria è diventata ancora più carente a seguito dell'implementazione della riforma.

Se facciamo riferimento anche alla logica numerica utilizzata per l'allocazione dei servizi è facile rendersi conto come la rete ospedaliera abbia lasciato al di fuori intere zone del nostro Paese, nella maggior parte dei casi aree interne, poco densamente popolate e alle quali non è stato garantito altro servizio in sostituzione.

L'irreggimentazione della rete ospedaliera in un modello statico e poco flessibile ha portato non solo ad un depauperamento di strutture territoriali con conseguente riduzione dei servizi ma, anche, ad un isolamento tra le strutture stesse che si sono percepite sempre più come dei microcosmi autosufficienti, non in grado di dialogare e di scambiare informazioni per il miglioramento della salute pubblica.

Oltretutto, nei fatti, essendo venuta a mancare la ristrutturazione della medicina territoriale e rilevando grandi difficoltà nell'affermazione di un sistema di emergenza urgenza capace di indirizzare i pazienti con acuzie nelle strutture più idonee, abbiamo assistito nel tempo ad un eccesso di ospedalizzazione in strutture ridimensionate anche dal punto di vista dei posti letto e che hanno vissuto un affanno di presa in carico dei pazienti ben prima della crisi pandemica.

[La logica dei luoghi e la richiesta di servizi di prossimità](#)

La logica di ristrutturazione della rete ospedaliera basata sui luoghi ha compromesso la capacità ricettiva delle strutture, con una riduzione di posti sistemata sotto la spinta dell'efficientamento. Conseguentemente, la necessità di rientro finanziario da parte di tante regioni ha determinato un progressivo e drammatico ridimensionamento del personale sanitario, sia medico sia infermieristico portando ad uno squilibrio tra necessità e risorse disponibili (SIA-ARTI 2020), generando difficoltà nel percorso di ricovero dei pazienti e nell'approccio con il pronto soccorso, come ampiamente dimostrato dall'analisi delle segnalazioni pervenute a Cittadinanzattiva e confluite nel XXIII Rapporto Pit Salute 2020.

Rispetto all'assistenza ospedaliera, infatti, i cittadini lamentano, tra le principali criticità, la scarsa assistenza medica ed infermieristica all'interno delle strutture e il rifiuto del ricovero dovuto principalmente alla mancanza di posti letto disponibili nei P.O. che determina anche l'allungamento dei tempi di attesa al pronto soccorso. L'eccessiva attenzione alle strutture, ai luoghi di cura, senza una razionalizzazione dell'intero sistema, comporta quale conseguenza immediata una involuzione nel volume di prestazioni e di servizi erogabili, la cui conseguenza diretta è una riduzione della capacità, delle strutture stesse, di generare modelli efficaci e rispondenti al reale fabbisogno dei cittadini.

Se pensiamo che al dilagare della pandemia in Italia, l'ospedale ha rappresentato il primo centro di gestione del contagio, è facile spiegare come i limiti fin qui descritti abbiano contribuito al sovraccarico del

sistema e ad una sostanziale incapacità, nonostante il rapido moltiplicarsi di posti in terapia intensiva o sub-intensiva, di contenere la diffusione del virus e di salvaguardare la salute di personale sanitario e cittadini.

La rigidità di tale sistema è dimostrata dall'analisi dell'andamento della pandemia nel nostro Paese. Sebbene avessimo tutti chiaro come il contagio si fosse diffuso nelle regioni del Nord proprio a partire dagli ospedali, il Sud, che in una prima fase sembrava mantenere una sorta di immunità, non ha fatto tesoro di questa esperienza e ha subito, alcuni mesi dopo, le stesse conseguenze già vissute nel settentrione.

Pur riconoscendo le diversità organizzative che, in parte, hanno causato l'impossibilità di adeguare velocemente la risposta di contenimento alla diffusione del virus nelle diverse regioni, non si può non prendere in considerazione la struttura stessa dell'organizzazione ospedaliera che si è, nel tempo, cristallizzata, non permettendo riconversioni rapide e vanificando, nel caso specifico della pandemia, qualsiasi tentativo di contrasto alla diffusione del virus.

La mancanza di un sistema integrato ospedale-territorio e di una medicina territoriale integrata e di iniziativa come contraltare, in grado di fungere da filtro e di gestire territorialmente coloro che presentavano sintomi lievi o una condizione di a-sintomaticità, ha portato, in breve periodo, alla saturazione delle strutture, aggravando il carico del personale sanitario che si è trovato non solo impreparato ad affrontare l'emergenza ma anche solo e spesso isolato, pagando un tributo elevato in termini di vite umane.

La saturazione della disponibilità ospedaliera ha, a sua volta, generato l'esigenza di trattenere sul territorio pazienti che in circostanze normali avrebbero dovuto essere ricoverati e che invece hanno ricevuto cure probabilmente inappropriate e inadeguate.

[Le case della comunità: Luoghi da raggiungere o servizi da attivare?](#)

Nel documento licenziato da Agenas, nel settembre 2021 (Monitor 45- PNRR Missione salute), le Case della comunità sono individuate quali luoghi di cura primaria, riconoscendo che il setting assistenziale che ha maggiore impatto sulla salute dei pazienti è quello territoriale di prossimità.

Sebbene il documento sembri restituire l'immagine di un sistema incentrato sulla cura rivolta al cittadino, facendo presagire la realizzazione di una medicina di iniziativa, in grado di fornire formazione e informazione, diventando punto di riferimento per un intero territorio, restano delle perplessità sull'efficacia di un modello che sembra replicare quello della rete ospedaliera.

Se da un lato la creazione di nuove strutture contribuisce ad aumentare una possibile offerta di servizi, con la promessa di garantire una presa in carico dei pazienti a domicilio, generando un sistema di diagnostica

precoce e di primo livello, valorizzando così il ruolo del territorio, dall'altro sembra sacrificarsi la flessibilità dell'intero sistema generando nuovi luoghi da raggiungere e lasciando al cittadino/paziente l'onere della mobilità e dell'attivazione dei servizi stessi.

L'ubicazione delle Case di Comunità sembra privilegiare, basandosi sui numeri, i centri urbani densamente popolati, penalizzando ancora una volta le aree interne e periferiche, già oggi carenti di servizi e che vedrebbero, in alcuni casi, la presenza di un'unica struttura a diverse decine di chilometri se non centinaia.

Fig.8. Schema organizzativo di un Distretto ideale (Agenas)

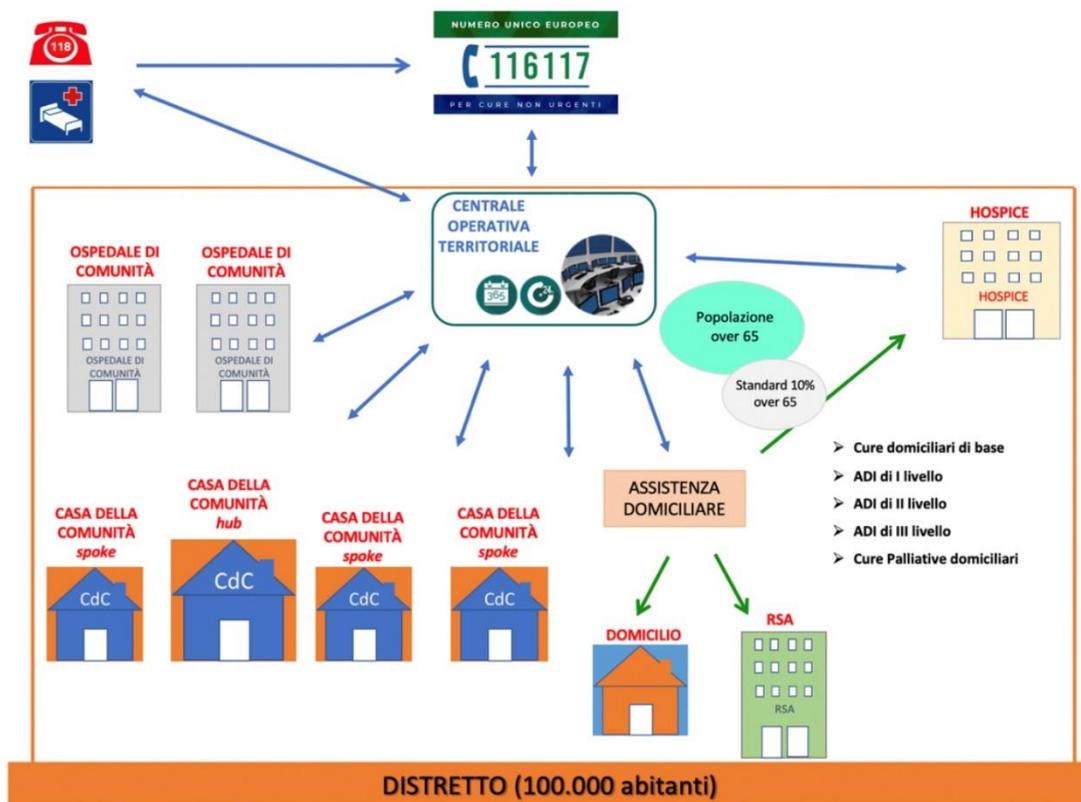


Figura 1: Organizzazione di un Distretto ideale/tipo di 100.000 abitanti di un'area urbana.

Sembra quindi riproporsi uno schema già visto e non funzionale rispetto alle esigenze di salute del cittadino. Ancora una volta si predilige la logica dei luoghi a quella dei servizi e si organizza un sistema che mira a curare la malattia e non la persona. Le case della Comunità dovrebbero essere, invece, dei centri logistici/operativi, in grado di organizzare servizi domiciliari, avvicinando le cure alle persone e generando processi di empowerment culturale sulla salute. Concentrare medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, infermieri di famiglia e di comunità oltre che specialisti ambulatoriali e altre figure professionali in un unico luogo replica il modello un modello ospedaliero che poco sembra avere a che fare con una riforma della medicina territoriale che è il vero obiettivo che dobbiamo raggiungere per garantire salute.

Al modello ospedale-centrico va affiancato un sistema di medicina territoriale efficace, in grado di sviluppare reti di monitoraggio e assistenza, in grado di filtrare la domanda e di gestirla, ove necessario, direttamente sul territorio, evitando le ospedalizzazioni improprie e capace di contribuire all'emersione di una cultura di prevenzione e di salute diffusa intesa come bene comune, non una semplice tappa intermedia in luoghi comunque distanti dal domicilio e che non tutelano le aree scarsamente popolate, interne o periferiche.

Dobbiamo garantire il passaggio dalla continuità delle cure alla rete ospedale-territorio. L'importante conquista data dall'attuazione dei protocolli di continuità o di presa in carico non è più sufficiente e risulta sempre più necessario che gli ospedali diventino parte integrante di una rete di servizi territoriali che ha al centro le Case della Comunità quali hub logistici e non solo come repliche in miniatura di presidi ospedalieri.

Creazione di reti di servizi di prossimità, collegamenti tra professionisti, implementazione dei canali di comunicazione con il livello specialistico e non più luoghi di attesa del bisogno. Strutture integrate con la comunità e con le sue esigenze, in grado di garantire una flessibilità di azione per adattarsi alle diversità territoriali e demografiche che caratterizzano la nostra penisola; è questa la configurazione alla quale dobbiamo tendere e per la quale è necessario investire e lavorare nel brevissimo periodo.

Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel SSN: la proposta di Agenas

Il modello di intervento per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale elaborato e licenziato da Agenas quale base della riforma dell'offerta dei servizi territoriali rappresenta un lavoro di particolare interesse e propone la costruzione di un poderoso sistema in rete che dovrebbe essere in grado di garantire assistenza di prossimità, aiutando a sciogliere alcuni nodi che da sempre caratterizzano la realtà sanitaria nel nostro Paese.

Nonostante l'apprezzabile lavoro svolto, che cerca di tenere insieme le profonde riflessioni emerse in questi due anni pandemici, il documento non può non sollevare alcune perplessità ed alimentare alcuni dubbi sulla effettiva efficacia e sulla capacità di realizzazione di un sistema tanto complesso se pur necessario.

Cercheremo di affrontare alcuni nodi principali sui quali riteniamo necessario avviare una nuova riflessione e proporre qualche approfondimento che possa essere utile per garantire la realizzazione di un sistema davvero in grado di garantire risposte efficaci alle domande di salute dei cittadini/pazienti.

Il documento propone una ristrutturazione e una rimodulazione del modello esistente della medicina territoriale che si basa sulla costruzione di luoghi in rete che, nella logica di un modello di specializzazioni sempre più profonde, possa arrivare dal territorio all'ospedale e garantire anche una organizzazione di una presa in carico territoriale nella fase di follow up.

Quello che balza subito agli occhi è la strutturazione di un modello che non focalizza la propria azione sui servizi, ma solo su luoghi di cura. Ci sembra che l'impianto di base sia quello che ha caratterizzato il DM 70 mutuato su una esperienza territoriale che richiede, invece, una rete logistica adattiva alle esigenze specifiche di ogni realtà e che possa tenere insieme le esigenze di adottare modelli organizzativi alla flessibilità sanitaria, necessaria in una realtà Paese come la nostra.

Le principali critiche che si possono muovere al documento in questione sono:

- 1- È un modello calato dall'alto che non ha tenuto conto nella necessaria concertazione con gli stakeholders del mondo della salute e che riporta, pertanto, tutti i limiti di una visione centralizzata;
- 2- È fortemente basato su standard, prevalentemente numerici, che rischiano di replicare gli errori commessi nel percorso di ristrutturazione della rete ospedaliera immaginata dal DM 70 e che hanno generato disuguaglianze profonde nella capacità di accesso alle cure;
- 3- È privo di elementi di flessibilità necessari all'adattamento alle diverse condizioni delle regioni e delle singole aree geografiche all'interno delle stesse.

Sebbene le indicazioni fornite da Agenas offrano importanti spunti per la creazione di un nuovo sistema, basare la riforma sulla costruzione di luoghi e non sulla costruzione di servizi ci sembra essere un forte limite. La destrutturazione del modello esistente deve essere accompagnata necessariamente dal rafforzamento di quanto fino ad oggi ha funzionato e dalla creazione di connessioni reali con la nuova struttura organizzativa.

È da questa convinzione di base che nasce la nostra perplessità sulla quasi totale assenza della definizione del ruolo dei Medici di Medicina Generale che dovrebbero, invece, essere al centro dell'intero sistema per la capillarità della loro presenza su tutto il territorio nazionale e per il rapporto di prossimità che detengono con i singoli cittadini.

A questo si affianca una non chiara definizione del ruolo che la digitalizzazione dovrà svolgere nella gestione dei servizi dedicati ai pazienti e ai cittadini e una assoluta carenza di modelli integrativi in grado di garantire percorsi di prossimità.

Si sottolinea, inoltre, la non presenza di una progettazione strategica nel campo della malattia mentale e

della prevenzione che sembrano quasi del tutto sparire dalla visione di riforma.

Riteniamo sia fondamentale fare esperienza di quanto il Covid ci ha insegnato e riorganizzare il piano di riforma della medicina territoriale basandola su servizi di prossimità e non su luoghi da raggiungere.

Il documento pone grande attenzione, fin dalle sue prime battute sulla “casa come primo luogo di cura” ma poi la realizzazione del modello sembra quasi non tenerne conto.

Riteniamo che una vera medicina di comunità non possa basarsi solo sull’utilizzo di termini lessicali, ma debba fondarsi sull’effettiva costruzione di reti integrate tra i vari soggetti che concorrono alla diffusione della salute sul territorio e che possano utilizzare strumenti di interazione efficaci ed immediati con il cittadino/paziente e con tutte le discipline presenti su un territorio.

Lo scopo della riforma, in estrema sintesi, dovrà essere quello di organizzare servizi che possano essere di prossimità ed erogabili a casa, vero luogo principale di cura, e non la moltiplicazione di luoghi da raggiungere e il cui posizionamento verrà deciso in base a standard numerici che contribuiranno a generare disuguaglianze e difficoltà di accesso soprattutto per coloro che vivono in aree periferiche e già disagiate.

La medicina territoriale e il modello medico-centrico

Dalla medicina di attesa...

Il rapporto Pit Salute di Cittadinanzattiva 2020 ci restituisce l’immagine di un sistema di assistenza territoriale quale prima porta di accesso dei cittadini al percorso di salute. Nonostante la medicina territoriale sia stata immaginata per dare risposte ai bisogni primari di salute, non mancano le criticità che restano costanti negli anni e che disegnano un trend nella carenza dell’intero servizio che dovrebbe comprendere un insieme di attività complesse ma che, troppo spesso, non è in grado di dare risposte effettive ed efficaci.

I dati presi in esame disegnano delle curve pressoché costanti nel tempo di segnalazioni relative alla carenza dell’assistenza primaria di base, di quella protesica e integrativa, nell’assistenza domiciliare fino ad arrivare alla riabilitazione e alla salute mentale, mostrandoci una realtà che, nonostante il tentativo di riforma inserito nel Patto per la salute 2019-2021 e fortemente correlato al Piano Nazionale della Cronicità, quello del Governo delle Liste d’Attesa e il Piano Nazionale di prevenzione, sconta il depauperamento subito negli ultimi anni e un assottigliamento sistematico del numero di medici e pediatri di libera scelta presenti sul territorio.

Le carenze che emergono interessano l’intero territorio nazionale non solo in termini di gestione

dell'emergenza sanitaria, ma anche per le cronicità, le cure intermedie, i bisogni legati alla crescita dell'età media della popolazione, facendo venire meno l'obiettivo della continuità delle cure, inteso non solo come rapporto tra i diversi professionisti che concorrono alla salute, ma anche come continuità tra i diversi livelli di assistenza, soprattutto nel delicato confine tra ospedale e territorio.

La mancata riforma della medicina territoriale, in contemporanea alla riorganizzazione della rete ospedaliera avvenuta attraverso il D.M. 70 nel 2012, ha contribuito ad allargare la forbice tra i due pilastri del Servizio Sanitario Nazionale, svuotando il primo di gran parte della sua efficacia e permettendo una diversificazione di organizzazioni regionali che hanno dato vita ad esperienze spesso molto diverse e contrastanti che non facilitano l'erogazione di servizi equi su tutto il territorio nazionale e che producono, invece, disuguaglianze e fratture nei percorsi di presa in carico dei cittadini.

Non disponiamo di dati ancora organici su quanto ha inciso la presenza della medicina territoriale nel contrasto dell'emergenza covid, ma possiamo tranquillamente affermare che in quei territori nei quali la medicina territoriale è riuscita ad organizzarsi più rapidamente abbiamo assistito ad un maggiore contenimento dei contagi, ma soprattutto ad un minore ricorso all'ospedalizzazione, riservandola ai casi per i quali si rendeva effettivamente necessario il ricovero e preferendo la gestione domiciliare nei casi di soggettiasintomatici o comunque gestibili. Non a caso il Decreto Legge n.34 del 19 maggio 2020 ha individuato, tra le misure urgenti in materia di salute, il rafforzamento e la riorganizzazione della rete assistenziale, dei servizi infermieristici distrettuali e l'individuazione di nuove figure di prossimità.

L'evidenza di questo processo è data dall'analisi di diversi studi che mettono a confronto le regioni italiane nelle quali la medicina territoriale ha risentito meno del definanziamento e della mancata ristrutturazione dimostrando che, in quelle stesse regioni, gli accessi impropri al Pronto Soccorso sono sensibilmente inferiori rispetto a quelle regioni nelle quali il processo di smantellamento della medicina territoriale è stato più intenso e distruttivo a favore di una ospedalizzazione eccessiva (Bonaccorsi 2020).

Quello che è mancato è l'investimento sulla medicina territoriale in termini di risorse finanziarie e di risorse umane ed intellettuali. Il covid è stato, infatti, solo l'acceleratore o il catalizzatore di una situazione che tutti gli stakeholders notavano già da tempo e che sarebbe comunque deflagrata a breve anche senza la spinta della pandemia.

In questi ultimi decenni la missione del SSN è profondamente cambiata, come dimostrano i dati epidemiologici presentati, ma il sistema, oltre a registrare questi dati, non sembra essersi accorto dell'importanza che la medicina territoriale riveste nella nuova sfida di salute.

Tutto il modello italiano è ancora focalizzato sulla medicina di attesa e di risposta all'acuto, funzionale in un periodo nel quale la popolazione del nostro Paese era ancora giovane e in attività, ma completamente

inefficace oggi con un quadro demografico e una rete di sostegno completamente modificati.

...alla medicina di iniziativa

È necessario passare da una medicina di attesa ad una medicina di azione, di iniziativa e di prevenzione, è questa la vera sfida del futuro, e si può vincere solo se riformuliamo la medicina territoriale integrando tutti gli attori territoriali, non solo i MMG, ma anche i farmacisti, gli infermieri, i distretti, quali elementi fondamentali e indispensabili di una visione sistemica di salute.

Questo è ancora più urgente se si pensa che la principale difficoltà di accesso al Servizio Sanitario Nazionale è rappresentata dalla distanza del paziente dalle sedi di accesso, cosa ancora più importante per i cittadini con patologia cronica e rara che, spesso, hanno difficoltà maggiori di mobilità.

Il mancato finanziamento, la non piena integrazione dei percorsi, il mantenimento di un modello di attesa non hanno permesso la realizzazione di una piena continuità in percorsi di salute e benessere che devono necessariamente partire dal monitoraggio dei territori, dalla prevenzione e dalla realizzazione di un sistema di salute diffuso che ponga il cittadino, prima ancora del paziente, al centro di un sistema di gestione capace di integrarsi e di mantenere una continuità territorio-ospedale-territorio.

Va ripensato il paradigma che oggi vede la salute quale prerogativa dei centri di cura e di strutture fisiche, sostituendolo con la visione di un bene che va coltivato principalmente sul territorio, un bene di comunità che possa essere in grado di riflettere le caratteristiche sociali, demografiche, economiche e ambientali delle aree nelle quali i cittadini vivono e nelle quali sono chiamati ad operare, agire, informare, formare gli operatori sanitari.

È attraverso corretti stili di vita, monitoraggi, valutazioni delle realtà socio sanitarie che si costruisce il percorso individuale di salute dei cittadini e lo si inserisce in una visione collettiva di benessere di un intero territorio in un'ottica di salute preventiva.

È grazie all'applicazione di questo modello che potrà cambiare anche la filosofia di fondo nel sistema contrattuale della medicina generale che non può più essere basato sulla quota capitaria sic et simpliciter ma deve basarsi sulla complessità dell'organizzazione e sugli obiettivi di salute che ogni singolo MMG riesce a raggiungere.

Da questa analisi l'importanza di dotare la medicina generale di strumenti di diagnostica di primo livello, in grado di orientare la diagnosi, di ridurre i tempi, di sgravare il sistema ospedaliero di prestazioni che limitano la capacità di azione nel secondo e terzo livello. Serve una integrazione tra figure professionali e un sistema di collaborazione e dialogo tra professionisti del territorio e professionisti ospedalieri, in un'ottica di presa in carico globale del paziente, basata non sul ricovero ospedaliero, che serve a curare la

malattia, ma sulla cura della persona.

Solo quando la medicina preventiva non riesce ad offrire soluzioni adeguate ai bisogni di salute allora deve attivarsi il terzo livello di cura, sempre in piena integrazione con il primo e il secondo, e inteso come fase di transizione per un ritorno allo stesso territorio di origine.

La medicina territoriale deve essere pensata, quindi, come una antenna dello stato di salute dei cittadini e deve strutturarsi per favorire la crescita di una cultura collettiva che funzioni da filtro rispetto ai percorsi di ospedalizzazione, evitando cure improprie e riequilibrando il rapporto tra i diversi livelli di cura, aumentandone anche l'appropriatezza, collaborando con le Case di Comunità alla costruzione di una identità culturale basata sulla salute, fungendo da sentinelle del territorio, ma non chiudendosi in luoghi distanti e trasformandosi in spoke ospedalieri.

Questa è una delle sfide sulle quali si gioca tutta la sostenibilità del sistema anche in termini economici. Un percorso così concepito sarebbe in grado non solo di aumentare i livelli di salute generali ma, anche, di efficientare economicamente il sistema, svincolando risorse oggi necessarie alle coperture per i servizi ospedalieri.

È nel Patto per la salute, scheda 8, che troviamo l'indicazione più importante nel processo di riordino della medicina generale e della pediatria di libera scelta e che vede una piena integrazione delle stesse con la specialistica ambulatoriale e con tutte le figure professionali, compresa l'assistenza infermieristica di famigliae di comunità, per garantire una presa in carico delle persone che sappia rispondere efficacemente alla domanda e in grado di interagire e di adattarsi ai diversi contesti socio-economici e ambientali.

La riforma della medicina territoriale deve, quindi, necessariamente comprendere tutte le attività e le prestazioni di educazione sanitaria, medicina preventiva, diagnosi e cura, riabilitazione coinvolgendo la pluralità di attori che concorrono al benessere e all'assenza di malattia nei cittadini, superando quello che oggi può essere inteso come un modello medico-centrico e integrando definitivamente la farmacia dei servizi, la cui attuazione è ancora troppo lenta, il ruolo degli infermieri, rilanciando il lavoro dei distretti, dei consultori e delle associazioni di tutela dei pazienti.

Nella legge di bilancio 2020 si pongono le basi per la piena attuazione di un sistema integrato di prevenzione dei soggetti malati o a rischio, con un ruolo forte anche della farmacia che già oggi, in almeno 6000 casi, esegue prestazioni di telemedicina, facendo la differenza soprattutto nelle aree rurali.

Se vogliamo guardare al territorio, valorizzarlo, sostenerlo, probabilmente la soluzione non solo le case di comunità o della salute, ma il futuro è nella collaborazione profonda tra coloro che hanno ruoli diversi ma che concorrono alla massimizzazione di un unico obiettivo, ovvero la salute dei cittadini.

Bisogna riportare al centro del dibattito pubblico la comunità, ribaltando la visione che vede il territorio quale momento integrativo rispetto all'offerta ospedaliera, trovando un giusto equilibrio tra le due dimensioni, intese non solo come luoghi ma come processi convergenti.

La riorganizzazione delle cure dall'ospedale al territorio e, più in generale in luoghi di prossimità al paziente, attraverso l'investimento in risorse strutturali e di personale sui Distretti, sull'ADI e sulle cure primarie è possibile e soprattutto essenziale, come dimostrato e sviluppato proprio durante l'emergenza Covid 19.

I modelli di assistenza che si stanno strutturando in questa fase sono caratterizzati proprio dallo spostamento di prestazioni dagli ospedali al domicilio del paziente o verso i distretti e le Case della Comunità, con forte coinvolgimento di MMG e PLS e devono diventare sempre più strutturali e permanenti grazie agli investimenti che arriveranno con la programmazione prevista nella proposta di Recovery Plan elaborata dall'Italia.

Oltre alla somministrazione di farmaci attraverso le diramazioni territoriali delle Aziende o a domicilio, il coinvolgimento dei MMG e PLS nella somministrazione di terapie prima ad esclusivo appannaggio delle strutture ospedaliere, la partecipazione delle vaccinazioni in luoghi alternativi ai centri vaccinali e più prossimi ai cittadini, sono solo alcune delle modalità organizzative che andranno sempre più sviluppate e incentivate per defaticare i Pronto Soccorso e i reparti ospedalieri e per restituire una dimensione di prossimità ai cittadini nell'ottica dell'efficientamento generale del SSN.

Da qui passa la possibilità di costruire un progetto personalizzato nel luogo in cui vivono i cittadini e che si integra fortemente con la realtà sociale, favorendo una continuità di assistenza domiciliare H24 ed evitando il ricorso al pronto soccorso per qualsiasi problema.

Questa visione è tanto più vera se pensiamo che i soggetti più colpiti dalla pandemia sono stati gli anziani, particolarmente vulnerabili ed esposti, soprattutto coloro che vivono in case di riposo o, ancora i detenuti, i senza fissa dimora e i migranti per i quali sarebbe stato necessario un intervento maggiore nella strutturazione di servizi a loro dedicati e che hanno dimostrato tutta l'inefficacia o la mancanza delle strategie di prevenzione della diffusione del contagio.

Oggi abbiamo una grande occasione che ci viene fornita dalle risorse provenienti dal Next Generation Europee che possono contribuire a superare definitivamente i limiti di un sistema che fatica, ormai da troppo tempo, ad immaginare la salute dei cittadini come investimento, come risorsa e non come un mero costo economico.

Ricerca e sanità digitale

Sviluppo tecnologico

La sensazione di precarietà determinata dalla pandemia ha reso evidente nel nostro paese un certo ritardo nell'organizzazione della ricerca e nell'utilizzo di tecnologie digitali per una più adeguata presa in carico dei pazienti e per garantire una continuità delle cure che contenga la necessità di mobilità da parte dei cittadini. È forte la spinta verso una accelerazione nel processo di adozione di tecnologie utili alla diffusione della sanità elettronica, come peraltro indicato dalla Conferenza delle Regioni attraverso l'inserimento di tale obiettivo nella verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza.

L'Italia sconta un ritardo di quasi 30 anni sull'applicazione delle ICT (Information and Communication Technologies) e ha registrato una applicazione delle stesse a macchia di leopardo, con profonde differenze tra singole regioni e lasciando, spesso, l'iniziativa anche alle singole strutture ospedaliere.

Nonostante le criticità segnalate, mai, prima di questa pandemia, sono state sviluppate piattaforme tecnologiche tanto innovative con tale velocità, anche grazie al contributo di aziende private, italiane ed europee, che rappresentano un expertise all'avanguardia e una eccellenza internazionale. L'enorme sforzo che ha dovuto sostenere l'E.M.A. (Agenzia Europea dei Medicinali) per realizzare strumenti regolatori innovativi, come la Rolling review, e mettere in campo una serie di attività di supporto alla ricerca coinvolgendo centinaia di esperti a livello europeo, sembra essere un modello vincente da implementare e diffondere anche tra le agenzie nazionali che necessita però di una chiara e definitiva regolamentazione dei rapporti di collaborazione con il settore privato.

Anche AIFA, infatti, ha velocizzato gran parte delle proprie procedure autorizzative per le sperimentazioni cliniche con farmaci e vaccini covid, e lo stesso vale per le valutazioni dei Comitati tecnici. Questo nuovo modello, che ha portato vantaggi inimmaginabili solo un anno fa, deve essere implementato nella struttura organizzativa e reso operativo non solo per le necessità legate a questa o ad altre crisi sanitaria, ma dovrebbe diventare un sistema standardizzato.

La collaborazione tra pubblico e privato nel settore della ricerca e nell'implementazione del processo di digitalizzazione in sanità ha rappresentato un elemento di forza nel percorso di contrasto alla diffusione della pandemia e alla cura dei pazienti colpiti dal virus ed è facilmente dimostrabile che una strutturazione di questo rapporto è ormai un elemento indispensabile per la sostenibilità dell'intero sistema e per la costruzione di un modello snello, efficace ed efficiente di salute.

La diffusione della tele-medicina, che rappresenta una delle innovazioni nell'offerta di strumenti di salute, deve tener conto della necessità di fornire strumentazione e apparecchiature adeguate non solo ai presidi sanitari territoriali, ma anche a tutti gli altri soggetti che possono concorrere alla diffusione della salute,

tenendo conto di un ritardo strutturale nella diffusione della banda larga, nella scarsa copertura digitale in molte aree interne del Paese e del gap tecnologico vissuto dai più anziani che devono, in molti casi, affidarsi ai caregiver per la gestione della strumentazione informatica e tecnica.

Questo sarà possibile solo se si avvierà un processo di modernizzazione dell'intero Paese, non solo in ambito sanitario ma, soprattutto strutturale e infrastrutturale. In questa ottica la responsabilità della proiezione l'Italia nel futuro non può essere affidata esclusivamente allo Stato ma deve essere frutto di una responsabilità collettiva.

La pandemia ha accelerato la presa di coscienza di un ritardo tecnologico del sistema sanitario, basato ancora su sistemi informatici superati e frammentati, quasi totalmente incapaci di garantire un collegamento e una continuità di cura non solo tra ospedale e territorio, ma all'interno del territorio stesso e questa consapevolezza ha permesso l'eliminazione di barriere e pregiudizi che hanno fortemente condizionato lo sviluppo della digitalizzazione e della diffusione di piattaforme e tecnologie in grado di garantire una presa in carico globale del paziente.

La risposta è stata, in molti casi tempestiva e il processo di digitalizzazione ha conosciuto una rapida accelerazione attraverso l'implementazione di strumenti quali la ricetta elettronica o lo sviluppo del fascicolo sanitario elettronico che resta però, ancora, poco implementato e soprattutto soffre della frammentazione legata alla regionalizzazione dei sistemi sanitari.

Bisogna però agire evitando che la digitalizzazione diventi un ulteriore elemento di disuguaglianza tra i cittadini e che dipenda dalle singole iniziative regionali che, fino ad oggi, non sono state capaci di condividere sistemi di informazione e dati centrati sul paziente, rendendo impossibile l'intellegibilità dei dati tra regioni e spesso tra Aziende appartenenti alla stessa realtà regionale. La sfida è quella dell'accessibilità a questa nuova tipologia di servizi su tutto il territorio nazionale e potrà essere vinta se saranno messi da parte pregiudizi e stigmi rispetto al ruolo che il privato può svolgere a favore di un sistema pubblico, grazie alla regolamentazione dei processi di relazione e alla valorizzazione delle competenze.

La prima sfida da vincere è proprio quella legata alla implementazione del fascicolo sanitario elettronico, uno strumento che deve essere in grado di accompagnare il paziente in tutto il suo percorso di salute e deve strettamente connettersi con lo sviluppo della telemedicina che dovrebbe rappresentare proprio la base di condivisione delle informazioni del paziente tra gli operatori.

La crisi pandemica ha evidenziato chiaramente che grazie all'utilizzo delle tecnologie sarebbe stato possibile gestire la diffusione dei contagi in modo più appropriato, evitando il ricorso ai pronto soccorso e frenandole occasioni di contagio. Sarebbe, inoltre, uno strumento utilissimo nel processo di diffusione di una cultura comunitaria di salute, responsabilizzando gli stessi pazienti e i loro caregiver sul processo di

monitoraggio della patologia e permettendo di ridurre i tempi e i costi di visita e di controllo.

È indubbio che non si potrà mai sostituire il rapporto diretto medico-paziente, ma è fondamentale giungere ad una integrazione tra cura di prossimità e cure digitali sviluppando nuovi modelli di assistenza, in grado di personalizzare sempre di più l'azione di salute e sostenendo lo sviluppo delle professionalità sanitarie di ogni livello.

Ricerca e innovazione

La ricerca ha un ruolo fondamentale nel sostenere lo sviluppo della società e riveste una importanza ancora maggiore in ambito sanitario, anche per dover rispondere globalmente, grazie alla condivisione dei dati scientifici, a crisi come quella pandemica che non riguardano singole nazioni ma l'intero pianeta.

Il ritardo nello sviluppo di un *open solution* negli anni passati ha determinato un rallentamento nella capacità di affrontare numerose patologie, facendo emergere, negli ultimi anni, un dibattito profondo sull'importanza della condivisione dei dati per poter rispondere globalmente alle esigenze di salute globali e alle crisi come quella pandemica che non riguardano singole nazioni ma l'intero pianeta.

Per questo è necessario fare una breve riflessione rispetto all'approccio dell'Italia e dell'Europa al finanziamento della ricerca, ancora troppo vincolato da pregiudizi che limitano la collaborazione tra soggetti pubblici e privati, entrambi in grado di esprimere competenze, conoscenze ed eccellenze che è ormai indispensabile condividere in modo sistematico, attraverso una chiara regolamentazione dei rapporti, basati su un modello di *open innovation* in grado di massimizzare le esigenze e gli obiettivi di entrambi.

Alla luce del fatto che la ricerca di farmaci e vaccini, in generale e per il covid, avviene proprio secondo il modello della *open innovation*, dobbiamo consolidare le collaborazioni e gli accordi tra le varie realtà sia accademiche sia industriali, così come ampiamente dimostrato dalla nascita della tecnologia alla base dei vaccini a mRNA, resa possibile dalla collaborazione in rete di soggetti pubblici, privati, spin-off accademici, piccole e grandi imprese. Strutturare tale percorso risulta quanto più necessario e urgente per renderlo patrimonio comune e garantire i giusti finanziamenti all'intero sistema.

I programmi europei di partenariato pubblico-privato, come l'iniziativa sui farmaci innovativi, hanno dimostrato che il modello di collaborazione funziona se strutturato e normato, garantendo benefici a tutti i soggetti coinvolti.

Va fatto un ulteriore sforzo in grado di sistematizzare queste iniziative e di consolidare un modello che sta dando i suoi frutti in termini di salute che riesce a restituire ai cittadini ma che resta ancora in fase embrionale e sul quale è necessario fare investimenti importanti anche in termini di capitale umano oltre

che finanziario.

L'organizzazione della ricerca deve essere alla base dell'azione pubblica in salute e deve essere intesa come proiezione verso il futuro, come conquista, come strumento in grado di generare benessere e ottimizzazione del sistema sanitario che deve porsi nell'ottica di offrire risposte efficaci e tempestive anche alle future minacce pandemiche e alle attuali necessità per la prevenzione, la diagnosi e il trattamento adeguato delle esigenze dei cittadini e deve essere frutto di uno sforzo collaborativo con il settore privato.

Obiettivo da raggiungere è anche un modello di partecipazione dei pazienti nel percorso di ricerca in grado di garantirne la crescita grazie allo scambio di informazioni. Questo potrebbe avvenire consolidando le conquiste tecnologiche fin qui fatte, come la telemedicina nel suo complesso, lo sviluppo del FSE e attraverso l'attuazione del regolamento europeo dei Trial clinici che renderebbe ancora più efficiente la raccolta di dati omogenea e su ampia scala.

La ricerca è necessaria per poter garantire la transizione a modelli sanitari più innovativi e di qualità ma necessita di una piena collaborazione tra i ricercatori e la dimensione istituzionale che devono procedere affiancati per la individuazione degli obiettivi da raggiungere nell'esigenza di trasformazione dei sistemi sanitari e massimizzarne i risultati.

In questo percorso non si può prescindere dal coinvolgimento di altri stakeholder, primi fra tutti i cittadini e le associazioni di rappresentanza, ai quali va riconosciuto l'importante ruolo di rafforzamento del Servizio Sanitario e uno sforzo costante per la garanzia di accessibilità, equità e adeguatezza delle cure.

Ne è un chiaro esempio il ruolo che i cittadini/pazienti potrebbero svolgere nello sviluppo dei *Decentralized Clinical Trial* per superare un modello di esecuzione degli studi svolti totalmente nei centri clinici.

Le soluzioni tecnologiche innovative impiegate durante la pandemia in condizioni di emergenza dovrebbero essere utilizzate in modo permanente. Attraverso gli studi clinici decentralizzati, infatti, è possibile applicare soluzioni tecnologiche innovative digitali per la gestione e la conduzione dei trial, grazie alle quali effettuare alcune procedure e diversi controlli da remoto, al fine di permettere ai pazienti di partecipare agli studi anche senza doversi recare nei centri clinici.

Gli studi decentralizzati non devono essere più immaginati come un obiettivo futuro, ma come una realtà ormai contingente, con una chiara e solida dimostrazione di applicabilità e con benefici significativi per la cura, la salute e la qualità della vita dei pazienti.

Il ruolo delle associazioni e del terzo settore

In questo ultimo anno anche le associazioni di volontariato, di tutela e il Terzo Settore in generale hanno avuto la necessità di rigenerarsi e rivoluzionare le proprie azioni per far fronte alle necessità sociali e sanitarie che hanno accompagnato la diffusione del virus e che hanno modificato radicalmente e definitivamente le abitudini di vita dei cittadini italiani. Lo sforzo messo in campo ha fatto la differenza rispetto alla tenuta dell'intero sistema paese e il punto di vista proprio delle associazioni ha offerto una pluralità di proposte in merito alla necessità di riforma del SSN che non può essere trascurato o rigettato.

La pandemia ha rigenerato la capacità del Terzo Settore di costruire relazioni, di tessere reti e approfondire percorsi e obiettivi che hanno permesso di offrire risposte molto prossime e adeguate ai cittadini in condizione di fragilità trascurati dai servizi ufficiali e le cui esigenze di salute richiedevano soluzioni innovative e tempestive che l'impianto pubblico non era più in grado di dare. Sono sorti servizi informali o più strutturati che si sono affiancati al normale percorso di salute esistente nel nostro Paese e hanno contribuito a defaticare il sistema ospedaliero già in grande affanno per l'emergenza Covid 19.

Quanto costruito non può essere disperso e offre anche la possibilità di condivisione, di approfondimento, di dati, di visioni che hanno il valore aggiunto di essere svincolate da logiche di sostenibilità economica e dalla idea di funzionamento del sistema sanitario a silos e offrono un approccio sistemico e olistico in grado di rilevare le carenze del sistema in un'ottica integrata e di efficientamento, oltre che di efficacia.

È partendo da questa specificità che risulta quanto più necessario garantire una completa e strutturata partecipazione del Terzo Settore ai processi di policy making in sanità, sfruttando proprio quel point of view in grado di fornire soluzioni innovative e snelle che partono da una conoscenza diretta dell'essere paziente e consentono una sburocratizzazione dei percorsi e una visione comunitaria della salute.

L'empowerment dei cittadini, che in questi anni ha costituito l'obiettivo principale delle Associazioni di tutela, nell'ottica di una azione di prossimità e di comunitarizzazione della salute, è il tassello fondamentale per la creazione di modelli integrati con le esigenze socio-economiche, ambientali dei territori e, in quanto tale, pone le stesse associazioni in una posizione strategica nel processo di ristrutturazione dell'intero sistema.

Dobbiamo superare, una volta per tutte, il limite di visione che percepisce le Associazioni e il Terzo Settore quali intrusi nel percorso legislativo pubblico per passare ad una azione di piena integrazione che parta dall'applicazione delle norme, a partire da quelle costituzionali, che garantiscono la partecipazione e che erano insite già nell'art.1 della legge 833 istitutiva del Servizio Sanitario.

Oggi viviamo realtà regionali a diverse velocità nel rapporto con il Terzo Settore, ma se vogliamo veramente arrivare ad una riforma del Sistema dobbiamo fare in modo che la partecipazione torni ad essere al centro

dell'agenda politica e che si trasformi in uno strumento di conquista di diritti in piena sintonia con il livello istituzionale a garanzia di equità, universalità e sviluppo, ricongiungendo la dimensione sociale con quella sanitaria.

Conclusioni

Ripensare le politiche della prevenzione, riorganizzare la medicina territoriale, promuovere l'integrazione ospedale-territorio puntando sulla diffusione di una cultura collettiva della salute e organizzare la ricerca su modelli *open solution* di collaborazione pubblico-privato.

Queste sono alcune delle proposte che sintetizziamo nel presente lavoro e che rappresentano, a nostro avviso, delle sfide imprescindibili da cogliere e da vincere per la garanzia di un modello di salute realmente efficace e in grado di dare le giuste risposte alle richieste di salute dei cittadini

La riorganizzazione della medicina territoriale

La riorganizzazione della Medicina Territoriale è la prima delle sfide da affrontare. La pandemia ha dimostrato quanto sia importante riuscire a dare risposte di prossimità ai cittadini non solo in situazioni di crisi ma, anche e soprattutto, in momenti di ordinarietà. L'abbattimento delle liste di attesa, l'accesso ai servizi, l'accesso ai farmaci e altre criticità possono essere affrontate unicamente defatigando il livello ospedaliero ed efficientando un sistema di offerta di prestazioni e servizi territoriali di primo e secondo livello.

La diagnostica territoriale, possibile con una riforma della figura del medico di famiglia, con l'implementazione definitiva della Farmacia dei servizi e con il pieno e capillare utilizzo dell'infermiere di comunità è un primo passo per l'accesso ad un processo di presa in carico che può garantire non solo salute, ma benessere ai cittadini.

L'implementazione della medicina di iniziativa sarà possibile se modifichiamo la filosofia di fondo che governa il ruolo del medico di medicina generale che deve essere sempre più proiettato al raggiungimento di obiettivi di salute territoriale dei quali vanno valutati gli esiti, in un modello integrato con gli altri attori della salute sia orizzontalmente sia verticalmente.

L'organizzazione di questo modello di medicina territoriale che prevede anche le case della comunità non deve trasformarsi in una replica territoriale del sistema di offerta ospedaliera ma deve essere incentrato sulla organizzazione logistica di servizi di prossimità, domiciliari, la cui valutazione e il cui monitoraggio devono essere affidati ad un team multidisciplinare che garantisce comunicazione tra i diversi livelli di cura e che genera le offerte personalizzate alle esigenze di ogni singolo paziente, evitandone la mobilità e abbattendo lo spreco di risorse.

L'integrazione ospedale territorio

Il pieno utilizzo della digitalizzazione, lo sviluppo del FSE, la costruzione e la diffusione di piattaforme informatiche in grado di monitorare il percorso di salute dei pazienti sono alla base di un sistema che deve

garantire anche una piena collaborazione tra i diversi livelli di cura e a velocizzare i processi.

Crediamo fortemente che l'esperienza ospedaliera debba essere vissuta come un momento di cura extra-territoriale, come un momento di passaggio nel modello di cura dei pazienti che devono poter avere servizi territoriali prima, una offerta ospedaliera specialistica, dove necessario, e un ritorno al territorio per il completamento o il mantenimento del percorso di cura.

L'ospedale come momento di passaggio, quindi, nel quale l'assistenza ha uno spazio sempre più ridotto in termini temporali a fronte di un crescente utilizzo di tecnologie, intensità di cure e complessità, oltre che di costi. Non più il centro della cura ma un pezzo di un sistema più articolato che deve generare forti relazioni con il territorio attraverso modelli integrati di collaborazione, di scambio di informazioni, di approfondimento dei dati, in grado di personalizzare il percorso di cura senza far venir meno le esigenze collettive di salute.

La prevenzione, la diagnosi precoce, la cura e le terapie devono avere piena attuazione sul territorio e non necessitano più di ricoveri ma di un sistema di prossimità con i luoghi di residenza e di un costante dialogo con le professionalità ospedaliere per una efficace integrazione e una continuità delle cure dell'intero percorso di salute.

La capacità di fare rete diventa, infine, prioritaria per lo stesso ospedale che renderebbe la propria azione più efficace perché frutto di un percorso maggiormente strutturato, rapido e di prossimità al cittadino, consentendo una ulteriore specializzazione dei processi e garantendo una maggiore sostenibilità economica dell'intero sistema.

Il modello di prevenzione

Lo sviluppo di reti territoriali, possibile grazie alla riforma della medicina territoriale e all'integrazione ospedale-territorio, permetterebbe anche un efficientamento del sistema di prevenzione, soprattutto oncologica, oggi piuttosto insoddisfacente.

L'utilizzo di piattaforme informatiche consentirebbe un monitoraggio costante della popolazione con la possibilità di evidenziare degli *alert* di salute in numerose patologie oggi fortemente impattanti sulla salute dei cittadini e sulla sostenibilità del sistema.

L'obiettivo è quello di prevenire gli eventi acuti e intercettare il bisogno di salute prima che questo si manifesti, garantendo maggiore benessere ai cittadini e risparmio di risorse economiche preziose per l'intero sistema. La condivisione delle conoscenze, la messa in comune delle competenze dei diversi attori sanitari, la riorganizzazione di una medicina di iniziativa, grazie all'utilizzo della digitalizzazione, potrebbero aiutarci a risolvere il gap di benessere che l'Italia sconta rispetto agli altri paesi industrializzati. Se è vero,

infatti, che siamo uno dei paesi più longevi al mondo, siamo anche tra gli ultimi per qualità di vita con patologia. Prevenendo l'insorgere degli eventi acuti, garantendo un sistema di diagnosi precoce, restituiremo salute ai cittadini, risparmiando risorse da poter reinvestire nel sistema.

Tutto ciò è ancora più valido per la prevenzione oncologica, che stenta a decollare nel nostro paese, e che genera profonde sacche di sofferenza e un tasso di mortalità che potrebbe essere fortemente ridotto, soprattutto nelle regioni del sud. Il passaggio ad una medicina di iniziativa potrebbe rappresentare un incentivo al miglioramento del percorso di prevenzione e, sicuramente, rappresenterebbe uno strumento per una ulteriore integrazione tra territorio e ospedale.

Un patto pubblico-privato

L'esperienza pandemica ha contribuito ad accelerare la costruzione del rapporto tra ricerca pubblica e ricerca privata, sgomberando il campo da una serie di pregiudizi reciproci che ne hanno condizionato lo sviluppo negli ultimi anni.

La ricerca assume un ruolo principale per la salute dei cittadini e ha un ruolo fondamentale nel sostenere lo sviluppo della società. La rimozione degli ostacoli per un pieno sviluppo della collaborazione tra pubblico e privato è uno dei passi necessari da affrontare per riuscire a rispondere alle esigenze di salute globali.

Abbiamo bisogno di una normativa di livello europeo e nazionale che ci consenta di massimizzare i profitti di tutti i soggetti coinvolti, avvicinandoci alle esperienze internazionali che hanno consentito lo sviluppo di soluzioni di salute anche per contrastare e contenere il covid.

L'Italia e l'Europa possono essere promotrici di un modello di finanziamento della ricerca innovativo e in grado di promuovere la collaborazione tra soggetti pubblici e privati basata su un modello di *open innovation* ormai indispensabile in una realtà globalizzata come quella attuale.

Considerazioni finali

Il passaggio da una salute individualistica a una visione di comunità è il primo cambiamento che dobbiamo introiettare per ripensare in modo sistemico la salute nel nostro Paese che non può più incentrarsi sulla risposta alle emergenze o sull'ospedalizzazione, ma deve garantire una capacità intrinseca di adattamento ai cambiamenti epidemiologici, demografici, sociali, economici e ambientali attraverso una moltiplicazione di servizi e un forte rinnovamento dell'offerta a partire dall'assistenza territoriale.

È proprio dall'assistenza territoriale che deve svilupparsi il rinnovamento dell'integrazione con le strutture ospedaliere e una cultura di prevenzione che ne esalti la specializzazione e tutto può avvenire solo attraverso un coinvolgimento diretto di tutti i soggetti che concorrono al percorso di salute pubblica, in primis le associazioni e il Terzo settore.

Abbiamo vissuto e stiamo continuando a vivere un forte stravolgimento dei nostri sistemi sociali e sanitari che richiedono soluzioni definitive a criticità storiche sulle quali hanno pesato fortemente le decisioni politiche e il definanziamento, attuati sulla visione dei servizi pubblici come costo e non come investimento. Va recuperata una dimensione resiliente della tutela della nostra salute e, soprattutto delle generazioni future spingendo su una sfida di modernizzazione dell'intero sistema Paese che ci trascini fuori dal pantano nel quale oggi viviamo e che sia in grado di incidere anche sull'analfabetismo, sulla povertà economica e sociale che sono diretta conseguenza di uno Stato che sta arretrando da troppo tempo.

La pandemia ci ha dato una opportunità, quella di ripensarci come nazione e di fermarci a riflettere sugli errori commessi in passato e sulle criticità oggi ancora presenti nei diversi sistemi, sta a tutti noi cogliere la sfida ed evitare il fallimento.