Welfair 2025 - LIBRO BIANCO

IL DISALLINEAMENTO

Governance, organizzazione e clinica nel sistema salute

Verso un nuovo equilibrio tra offerta tecnologica, prassi normativa e modelli di cura per un SSN sostenibile

Welfair 2025

LIBRO BIANCO

© 2026 Giulio Perrone Editore S.r.l., Roma
I edizione Marzo 2026

Copertina
Gubrin | Claudia Intino

Progetto grafico e logo design
IFIX | Maurizio Ceccato

Stampato presso Cimer, S.n.c, Roma

ISBN 978-88-6004-831-8

www.giulioperroneditore.com

IL DISALLINEAMENTO

Governance, organizzazione e clinica nel sistema salute

Verso un nuovo equilibrio tra offerta tecnologica, prassi normativa e modelli di cura per un SSN sostenibile

Welfair 2025
Libro Bianco

GIULIO PERRONE EDITORE

La salute è quel qualcosa di intangibile per la quale la gente spende con riluttanza il minimo indispensabile per mantenerla, ma per la quale spenderebbe fino all'ultimo centesimo per riconquistarla una volta che l'abbia perduta.

Daniel Frake (1785-1852)

SOMMARIO

RELATORI 11

PREMESSA 37

Cosa è Welfair e a cosa serve il Libro Bianco 39

Il contributo di Welfair 2025 nel riprogrammare il Sistema per salvare l'universalismo 41

Scienza e Governance: il binomio essenziale per la Sanità italiana 51

SCHEDE DI SINTESI DELLE TAVOLE ROTONDE 55

Tavoli del 4 novembre 57

Tavoli del 5 novembre 117

Tavoli del 6 novembre 193

RIFLESSIONI SUL SSN 305

Il Servizio Sanitario Nazionale: tra eredità storica e sfide del futuro 307

Governance e sostenibilità: verso il riallineamento del Sistema 333

Prevenzione (One Health) 371

Sicurezza 377

Sanità digitale e le frontiere tecnologiche 385

Oltre la tecnologia: etica, relazione e frontiere terapeutiche 425

Il Governo dell'Innovazione: Società Scientifiche e HTA 439

Conclusioni: il Decalogo di Welfair 2025. 10 impegni per il SSN del futuro 451

APPROFONDIMENTI DEI RELATORI 469

Medicina difensiva dopo la Gelli-Bianco: il problema dei dati, il costo sommerso, le leve realistiche di riforma 471

La Legge Gelli-Bianco tra fiducia e sfide future 476

Conciliazione: perché l'articolo 8 della Legge Gelli-Bianco deve cambiare 479

Educazione Terapeutica del Paziente, stigma e pregiudizio: il crocevia snodo dove si rafforzano o distruggono fiducia, aderenza ed outcome clinici 484

Educazione terapeutica: formazione, PDTA e indicatori di impatto 491

Come e dove promuovere l'Educazione Terapeutica del Paziente (ETP) 495

Spunti alla discussione sull'Educazione Terapeutica del paziente (ETP) 497

Serve un approccio definito delle Medical Humanities 499

La sicurezza dei veterinari ufficiali 501

Il ciclo dell'aggressività: trigger, escalation e de-escalation nelle violenze sui sanitari 511

Tecnologia sanitaria, telemedicina, e territorio: come le Direzioni Generali possono guidare l'innovazione organizzativa 516

Nutrizione e pratiche alimentari nel settore del long term care 521

Ageing in place e tecnologie assistive: progettare la trasformazione dell'habitat per le cure domiciliari 525

Cosa è la Geomedicina 528

L'approccio One Health del Dipartimento Ambiente Salute dell'Istituto Superiore di Sanità 530

Verso una nuova epidemiologia ambientale: esperienze consolidate ed in progress 537

Profilassi animale e malattie infettive 541

L'emergenza silenziosa: sanità in carcere tra sovraccarico operativo, asimmetrie regionali e necessità di integrazione socio-sanitaria 549

Farmacia dei Servizi: il prossimo passo. Ponte tra ASL e Territorio 557

Digitale, gestione della cronicità e della multicronicità 567

Verso l'ospedale del futuro: strumenti a supporto della progettazione 570

Ospedale del futuro: tecnologico, sicuro e, soprattutto, flessibile 575

Proposta di documento sul metodo e di cooperazione sulla telemedicina e sulle tecnologie innovative in sanità 579

Mobilità sanitaria e uguaglianza nelle cure, da fenomeno di squilibrio a leva di tutela dei diritti 581

Il Contributo della Psicologia di Comunità nella Formazione del Personale IPAB/ASP: la formazione empowering 585

Traccia per illustrazione del disegno di legge contenente disposizioni in materia di aziende pubbliche di servizi alla persona 590

Dalle ex-IPAB alle ASP: è sufficiente? 592

La sanità che vorrei: assistenza Residenziale anziani non autosufficienti 595

Umanizzazione delle cure è un moltiplicatore di Sicurezza delle Cure? 600

Cosa sappiamo del FSE in Molise 605

La prevenzione di precisione 609

L'impatto della Medicina di Complessità nella Ricerca in Pediatria 611

L'importanza dei network internazionali nella ricerca pediatrica 613

Le nuove frontiere della ricerca: oltre la medicina degli adulti 614

Luci e ombre dell'etica della ricerca biomedica 616

Relatori

Maria Micaela Abbinante
Dirigente Responsabile UOSVD Informazione, Comunicazione, Polo Universitario e Formazione ASL BT

Rino Agostiniani
Presidente Società Italiana di Pediatria (SIP)

Alessandro Aiuti
Professore Ordinario di Pediatria, Università Vita e Salute San Raffaele, Milano

Pierangelo Albini
Direttore dell'Area Lavoro, Welfare e Capitale Umano di Confindustria

Sergio Alfieri
Ordinario di Chirurgia generale dell'Università Cattolica del Sacro Cuore

Angelo Aliquò
Direttore Generale, AO San Camillo Forlanini

Virginia Alongi
Avvocato, socio CDTI di Roma, esperta istituzionale sanità digitale

Alessandra Aluigi
Assessore Politiche Sociali Municipio VIII Roma Capitale

Domenico Alvaro
Preside della Facoltà di Medicina e Odontoiatria Sapienza Università di Roma

Stefano Anastasia
Garante dei detenuti del Lazio

Umberto Anceschi
ANAAO ASSOMED

Paola Andreozzi
Responsabile Day Service medicina predittiva genere specifica e cronicità Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico Umberto I, Roma

Carmen Angioletti
Healthcare Manager EY, PhD at Scuola Superiore Sant'Anna

Katia Ansani
Ospedale San Camillo de Lellis Rieti, Referente Ambulatorio Allergologia adulti

Franco Antoci
Presidente dell'Opera Pia Collegio di Maria SS. Addolorata Ragusa

Michele Assandri
Presidente ANASTE Piemonte

Simona Autunnali
Tesoriere SNAMI

Alessandra Balestrazzi
Presidente Associazione Italiana Medici Oculisti (AIMO)

Giorgio Banchieri
Docente universitario presso LUISS BS e Sapienza Università di Roma

Giovanna Baraldi
Responsabile Comitato Scientifico Ass. Paz. TTT

Andrea Barbara
Dirigente Medico della Direzione Sanitaria Asl Roma 1

Filippo Barbieri
Responsabile progetto salute Legacoop

Marilù Bartiromo
Nefrologia di elezione e di emergenza AORN A. Cardarelli-Napoli

Emanuele Bartoletti
Presidente Società Italiana di Medicina Estetica (SIME)

Pier Luigi Bartoletti
Vicesegretario nazionale vicario FIMMG

Stefano Bartoli
Chirurgo Vascolare

Michelangelo Bartolo
Dirigente Ufficio Telemedicina Area Innovazione e ICT – Direzione regionale salute e integrazione sociosanitaria – Regione Lazio

Chiara Basile
Dirigente dell'Area Qualificazione, regolazione, identità e portafoglio digitale di AgID

Stefania Basili
Presidente della Conferenza Permanente dei Presidenti di Facoltà e Scuole di Medicina e Chirurgia

Serena Battilomo
Dirigente informatico-statistico Ministero della Salute

Giuseppe Baviera
Pediatra Allergologo, Comitato Medico Scientifico ALAMA-APS

Pier Luca Bellandi-Alberti
Direttore Operativo – Direttore di Ricerca presso Life Clinic – Health Connections, Bergamo

Giancarlo Loiacono Bellavitis
Presidente Associazione Italiana Medici e Comunicatori (ASSOMEDICOM); Esperto di comunicazione medico-estetica

Sergio Bellucci
Direttore sede italiana Università della Pace dell'ONU ed esperto di IA

Magda Belmontesi
Vice Presidente Agorà

Danilo Benedetti
Docente di tecnologie avanzate presso LUMSA

Domenico Benevento
Direttore Flebolinfologia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Senese

Alessandra Bertucci
Responsabile Innovazione e Promozione Sanità Digitale So.Re.Sa. SpA

Fortunato Bianconi
Direttore dell'area ICT

Paola Binetti
Prima Omar Ambassador sulle Malattie

Rare, già Presidente Intergruppo Parlamentare Malattie Rare

Tiziana Biolghini
Consigliera della Città metropolitana di Roma Capitale; Delegata Pari Opportunità, Politiche Sociali, Cultura, Partecipazione, Trasparenza e Anticorruzione

Fiovo Bitti
Consigliere CNEL

Enrico Boccone
Segretario Nazionale Nursing Up

Felice Bombaci
Coordinatore Nazionale Gruppi AIL Pazienti

Francesca Bombini
Tutor bariatrico, Associazione Fiocchetto Verde

Gabriele Bona
Presidente Associazione per le malattie reumatiche infantili (AMRI APS)

Anna Cinzia Bonfrisco
Europarlamentare

Giuseppe Borriello
Referente interventi Sanità Digitale So.Re.Sa. S.p.A.

Marcello Bozzi
Segretario ANDPROSAN

Alberto Bozzo
Avvocato, DPO e Chief Artificial Intelligence Officer. Membro della Commissione informatica e Ai presso Unione Triveneta dei Consigli dell'Ordine degli Avvocati

Stefano Braghieri
Deputy Head of Business Development – Enti Pubblici e Sanità – AON

Laura Brunelli
Anestesista; Clinical Risk Manager ASL Toscana Sud Est Presidio Ospedaliero di Poggibonsi (SI) SICADS

Velia Bruno
Direttore del Centro Nazionale della Clinical Governance ed Eccellenza delle cure Istituto Superiore di Sanità

Carla Bruschelli
Medico chirurgo specialista in Medicina Interna – Docente Metodologia Sapienza. Vicepresidente Associazione Medici Terzo Millennio

Alessandro Bugli
Consulente legale in materia di welfare complementare e assicurazioni private – THMR

Alessandra Bunkheila
Biologa nutrizionista e dietista

Alessia Cabrini
ASSD – Associazione Scientifica Sanità Digitale

Antonio Caccavo
Responsabile Ufficio Fascicolo Sanitario Elettronico InnovaPuglia

Davide Cacchiarelli
Docente Università degli Studi Federico II di Napoli

Andrea Caccia
Chairman of CEN/CENELEC JTC 19 on Blockchain and Distributed Ledger Technologies CEN/CENELEC, Vicepresidente commissione e-Business e Servizi Finanziari UNINFO

Giuliano Calabrese
Platform Integration & Assurance Director – Gruppo Lutech

Maria Immacolata Cammarota
Direttore Consorzio Arsenal.IT, Veneto

Andrea Campana
Primario della Unità Operativa Complessa di Pediatria Multispecialistica dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù sede di Palidoro

Riccardo Candido
Presidente Nazionale Associazione Medici Diabetologi (AMD)

Maria Rosaria Capobianchi
Già Direttrice UOC Laboratorio di Virologia e Laboratori di Biosicurezza, Già Direttrice Dipartimento di Epidemiologia, Ricerca Preclinica e Diagnostica Avanzata, Istituto Nazionale per le Malattie Infettive "L. Spallanzani" – IRCCS

Sara Caponigro
Medico di Medicina Generale, Divulgatrice Social, Consulente Scientifico RAI

Andrea Capra
Senior advisor in CASPO Consulting

Esmeralda Capristo
Professore in scienze tecniche dietetiche applicate Università Cattolica del S. Cuore, Roma; Comitato scientifico Fondazione Aletheia

Sebastiano Capurso
Presidente ANASTE

Eugenio Caradonna
Direttore scientifico di medicina e chirurgia rigenerativa del Mediterraneo Medical center

Tristano Cardarelli
CEO Future Technology Lead

Federica Carpagnano
Dirigente Medico Direzione Medica di Presidio dell'Ospedale di Barletta

Enrico Carsetti
Esperto di gestione del rischio

Duilio Carusi
Healthcare Advisor EY

Giorgio Casati
Direttore Farmacap

Massimo Casciello
già Direttore Generale del Ministero della Salute

Simone Casucci
Dirigente Scolastico MIM, Psicologo past Coordinatore GISED SID-AMD

Carlo Catalano
Tenente Generale medico, Ispettore Generale della Sanità Militare

Annarosa Catizzone
Segretario SIME

Giovanni Cavagni
Allergologo Pediatra; Comitato Medico Scientifico ALAMA-APS

Loredana Cavalieri
Consigliere SIME

Moira Ceci
Tesoriere SIGOT

Antonella Celano
Presidente Associazione Nazionale Persone con Malattie Reumatologiche e Rare APMARR APS ETS

Enrico Cellentanti
Componente dell'Ufficio di Presidenza di A.S.SO.FARM. e Presidente di Farmacap Azienda Speciale Farmasociosanitaria Capitolina di Roma

Hellas Cena
Presidente dell'Associazione Nazionale Specialisti in Scienza dell'Alimentazione (ANSiSA)

Stefano Centanni
SIP/IRS Società Italiana di Pneumologia – Italian Respiratory Society

Domenico Centofanti
Vice Presidente SIME

Vanessa Cerrone
Presidente Butterfly APS

Antonio Chelli
Presidente FIMIV

Antonio Chiacchio
Direttore sanitario della UOC Salute Penitenziaria di Rebibbia; Consigliere SUMAI

Francesco Chiarelli
Past President Società Italiana Ricerca Pediatrica (SIRP); Professore Ordinario di Pediatria, Università di Chieti

Gabriele Chiarini
Presidente Fondazione Sanità Responsabile

Enzo Chilelli
Presidente Comitato Esperti B-SANiTÀ, esperto in sanità digitale e trasformazione organizzativa

Paolo Ciani
Deputato, Intergruppo Parlamentare per l'Invecchiamento Attivo

Andrea Cicconetti
Presidente di Federfarma Roma

Arrigo F. G. Cicero
Professore associato Dipartimento di Scienze mediche e chirurgiche Università degli Studi

di Bologna e presidente Società Italiana di Nutraceutica (SINut)

Fabio Ciciliano
Capo Dipartimento Protezione Civile

Alessio Cicirelli
General Manager IRCCS San Raffaele

Gianluca Ciminata
Head of Global Competence Center CEO Lutech Balkans, Head of Brain Learning Organization Gruppo Lutech

Monica Cirone
Direttore Socio Sanitario, Azienda Sanitaria Locale Savonese n. 2

Tamara Civello
Direttore Amministrativo ASP Catania

Mirella Cleri
Psicologa clinica e di comunità; Dirigente sanitario Usl Umbria2; Docente a contratto di psicologia del lavoro e delle organizzazioni CLMSIO Uni Pg

Andrea Colangeli
Responsabile sviluppo Healthcare Market – Gruppo Lutech

Francesco Colavita
Dirigente responsabile ff UOC Sviluppo Strategico, Innovazione Organizzativa & Comunicazione Asl Salerno

Giorgio Colletti
UOSD Allergologia Pediatrica e Immunologia Pediatrica, Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto I Roma

Carla Collicelli
Senior Expert dell'ASviS

Eva Colombo
Direttrice della gestione risorse umane di Asst Lariana

Anna Conte
Responsabile Sviluppo Servizi Digitali & Cybersecurity del gruppo CSQA

Davide Conte
Presidente Lepida

Francesca Conti
Ricercatrice, specialista in pediatria con Dottorato in Immunologia e Biotecnologie

Mario Conti
Direttore Generale del Comune di Cinesello Balsamo

Roberto Copparoni
Ministero della salute, Direzione generale dell'Igiene e della sicurezza alimentare, Direttore Ufficio 4 – Alimenti a Fini Medici Speciali ed integratori

Giuseppe Corasaniti
Professore ordinario di filosofia del diritto digitale e di informatica giuridica presso l'Universitas Mercatorum di Roma; coordinatore del corso di laurea magistrale in sicurezza informatica

Valeria Corazza
Presidente Fondazione Corazza Onlus e Presidente APIAFCO

Francesco Cosi
Responsabile Affari Generali e Affari Legali Policlinico Tor Vergata

Floriana Costanzo
Dirigente psicologa presso l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma

Mario Luciano Crea
Regione Lazio, Presidente V Commissione Cultura, spettacolo, sport e turismo, Componente IV Commissione Bilancio, Componente VII Commissione Sanità

Marco Crispo
Avvocato del Foro di Roma, Patrocinante dinanzi le Giurisdizioni Superiori, Diritto e Responsabilità Sanitaria, Docente a contratto Corso Alta Formazione Università degli Studi di Roma "La Sapienza

Filippo Cristoferi
Partner Tessera Consulting srl

Filippo Cruciani
Referente scientifico Iapb Italia ETS

Fabrizio d'Alba
Direttore Generale Policlinico Umberto I Roma; Presidente Federsanità

Barbara D'Alessio
Segretario UNIAMO

Marinella D'Innocenzo
Membro del Comitato scientifico di Welfair, fiera del fare Sanità; Responsabile scientifico B-SANITÀ; Presidente L'Altra Sanità.

Pietro Dalmonte
Presidente SISAV

Daniele Damele
Presidente FASI

Gianfranco Damiani
Professore Associato Confermato in Igiene Generale ed Applicata (MED/42) presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore (UCSC) di Roma

Fabiana De Angelis
Amministratore Delegato Paideia International Hospital

Livio De Angelis
Direttore Generale IFO

Silvana De Antoniis
Psicoterapeuta e Responsabile del Progetto "Parliamone Insieme"

Antonio De Belvis
Direttore UOC Percorsi e Valutazione Outcome Clinici, Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS

Luciano De Biase
Professore Associato di Cardiologia, La Sapienza, Socio CDTI

Walter De Caro
Presidente Nazionale CNAI

Giancarlo De Leo
Socio CDTI, esperto in tecnologie digitali per la salute

Assunta De Luca
Direttrice Sanitaria Aziendale Fondazione Gabriele Monasterio

Daniela De Maggi
Presidente Associazione Fiocchetto Verde odv

Maurizio De Nuccio
Direttore Generale ASL Brindisi

Diego De Renzis
Esperto di Cybersecurity e AI, CEO & Co-Founder del progetto picTRUE

Felice De Ruggieri
Segretario regionale Fimmg Formazione Lazio

Marta De Santis
Ricercatore, Centro nazionale Malattie Rare, Istituto Superiore di Sanità

Marco de Vincentiis
Presidente Società Italiana di Otorinolaringologia e Chirurgia Cervico-Facciale (SIOeChCF)

Beatrice Delfrate
Dirigente informatico presso AGENAS

Alessandro Delle Donne
Direttore Generale IRCCS Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" Bari

Luigi Di Falco
Responsabile Vita e Welfare di ANIA

Daniele Di Feo
Dirigente Responsabile delle Professioni Tecnico Sanitarie e della Riabilitazione

Massimo Di Gennaro
Direttore Innovazione, Logistica Integrata, Sanità Digitale So.Re.Sa. S.p.A.

Valeria Dusolina Di Giorgi Gerevini
Dirigente struttura complessa – Ministero della Salute

Antinisca di Marco
Professore associato Università degli Studi dell'Aquila

Andrea di Mattia
Direttore UOC Farmacia Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico, Roma

Maurizio Di Mauro
Esperto di innovazione digitale e EdTech

Gioia Di Muzio
Medico specialista in Allergologia ed Immunologia Clinica, Reumatologia

Pierino Di Silverio
Segretario nazionale Anaao Assomed

Alessandro Di Virgilio
CEO di Olimpia Cauzioni e Rischi Tecnologici

Federica Dieni
Deputato, Vicepresidente COPASIR; Presidente Unione Interparlamentare Italia-Romania

Maria Letizia Diliberti
Dirigente Generale Dipartimento della Famiglia e delle Politiche Sociali, Regione Sicilia

Lorenzo Donzelli
Responsabile comunicazione OPES APS; Direttore RISORSE NEWS

Dilva Drago
Segretario Associazione Scientifica per la Sanità Digitale ASSD

Letizia Drogo
Dirigente Psicologo ASP Agrigento

Raffaele Elia
Direttore Sanitario ASP Agrigento

Roberto Esitini
Head of Specialty Heathcare MAG Italia

Salvatore Esposito
Responsabile comunicazione So.Re.Sa SpA

Gabriella Facchinetti
Primo Ricercatore afferente al Centro Nazionale della Clinical Governance ed Eccellenza delle cure dell'Iss

Francesca Faggioni
Professoressa del Dipartimento di Economia Aziendale dell'Università Roma Tre

Claudio Falasca
Responsabile del Centro Studi Nazionale di Auser; autore della ricerca "Vivere la longevità. L'invecchiamento attivo nella transizione demografica per un welfare generativo"

Annarosa Farina
Chief Information Officer, Chief Data Officer Gruppo Istituto Europeo di Oncologia (IEO)

Vanessa Sabina Farruggio
Business Development Executive, BD MMS Italy

Riccardo Fatarella
Direttore generale di sanità pubblica e privata

Gabriele Fava
Presidente INPS

Paolo Fazii
Direttore Medico dell'UOC di Microbiologia e Virologia Clinica a valenza regionale, Ospedale Civile dello Spirito Santo di Pescara

Tiziana Ferrante
Professore Ordinario Dipartimento di Pianificazione Design Tecnologia dell'Architettura, Sapienza Università di Roma

Vincenza Ferrara
Esperta Alta Qualificazione Sapienza Università di Roma

Riccardo Ferrari
Az. Osp. San Camillo-Forlanini, Roma, Presidente della sezione di studio di Informatica ed Intelligenza Artificiale della SIRM (Società italiana di Radiologia Medica ed Interventistica)

Gaetana Ferri
Già Direttore Generale della Sanità animale e del Farmaco veterinario, Ministero della Salute; Consigliere Federazione Nazionale Ordini Veterinari Italiani (FNOVI)

Maurizio Ferri
Veterinario dirigente della Asl di Pescara, Coordinatore Scientifico S.I.Me.Ve.P, esperto (reserve list) del comitato consultivo per le emergenze di sanità pubblica, istituito dalla commissione europea nel 2023

Pasquale Perrone Filardi
Professore Ordinario di Cardiologia presso l'Università Federico II di Napoli e past-president della Società Italiana di Cardiologia

Vincenzo Fiore
Consigliere Nazionale Associazione Medici Diabetologi (AMD)

Emanuele Fiorito
Referente Gruppo di Lavoro Malattie Rare, FNO TSRM PSTRP

Luigi Foglia
Avvocato, esperto Diritto dell'Informatica, Segretario generale di ANORC, Coordinatore regionale della Puglia

Agostino Fortunato
ALTEMS

Donatella Foschi
Dirigente amministrativo Asl Roma 1

Laura Franceschetti
Direttrice del Master di II livello in Management e Innovazione nelle Aziende Sanitarie, presso il Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche

Antonella Frassanito
Dipartimento Materno Infantile e Scienze Ginecologiche UOD Pronto Soccorso Pediatrico Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Umberto I Roma

Andrea Frateiacci
Presidente Sezione "Giulio Onesti" di Roma U.N.V.S. Unione Nazionale Veterani dello Sport; Rappresentante del Presidente Nazionale U.N.V.S per i rapporti con le Istituzioni; Membro Giunta CONI Lazio

Sandra Frateiacci
Presidente ALAMA-APS Associazione Liberi dall'Asma, dalle Malattie Allergiche, Atopiche, Respiratorie e Rare

Andrea Frosini
Membro del Consiglio Direttivo di Netval e

Intellectual Property Manager presso la Fondazione Toscana Life Sciences

Sandra Gallerini
Referente ricerca e documentazione Cesvot

Fabio Garofalo
Direttore Generale Aerocom GCT Srl

Stefano Gastaldi
Direttore Generale di CasAmica

Marco Gattorno
Direttore Unità Reumatologia e Malattie Autoinfiammatorie IRCCS Ospedale Pediatrico Giannina Gaslini, Genova

Antonio Gaudioso
Senior Advisor per Apoteca Natura; Vicepresidente dell'Health City Institute

Patrizia Gentili
Consultant and teacher in Digitalization Amministratore unico RG3 Digital Consulting srls

Michelangelo Giampietro
Specialista in Medicina dello Sport e in Scienza dell'Alimentazione; Docente a contratto Scuola di Specializzazione "Medicina dello sport e dell'esercizio fisico" Università "Sapienza", Roma; Docente della Scuola dello Sport – Sport e Salute Spa, Roma

Giulia Gianfilippo
Specialista in Farmacologia e Tossicologia Clinica

Gianluigi Giannelli
Direttore scientifico presso IRCCS "Saverio de Bellis"

Giovanna Giannetti
Anagrafe Fondi Sanitari Ministero della Salute

Salvatore Gioia
Direttore Generale ATS Insubria

Giuseppe Giordano
Assessore Comune di Siena

Maria Pia Giovannini
Presidente CDTI Roma

Francesca Gnudi
Direttrice U.O. Servizio Prevenzione e Protezione e Responsabile del Programma Aziendale Salute Organizzativa

Giovanni Gorgoni
Direttore Generale ASL AT

Giovanni Gravina
Presidente Eletto della Società Italiana per lo Studio dei Disturbi del Comportamento Alimentare (SISDCA)

Franco Grego
Professore di Chirurgia Vascolare, Università di Padova. Direttore della Clinica di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare, Azienda Ospedaliera di Padova e Presidente SICVE

Maria Nefeli Gribaudi
Avvocato del foro di Milano, Leads

(Donne leader in sanità), Esperta in responsabilità sanitaria

Mauro Grigioni
Socio CDTI, già Direttore del Centro Nazionale per le Tecnologie Innovative in Sanità Pubblica (TISP) dell'Istituto Superiore di Sanità

Serenella Grossi
Pediatra Allergologa, Membro Comitato Medico Scientifico ALAMA-APS

Giuseppe Guaglianone
Presidente dell'Ordine dei Farmacisti di Roma

Riccardo Guarducci
Ammiraglio Ispettore Capo medico, già Capo dell'Ispettorato di Sanità Marina Militare

Salvatore Guastella
Vicepresidente ASSAP Opere Pie Riunite Lupis, Ragusa; Psicoterapeuta, Formatore

Claudia Guerrieri
Senior Regulation Intelligence Specialist, con competenze verticali in ambito digital identity, archivistica e sanità digitale

Alfonso Guerriero
Coordinatore Nazionale Professioni infermieristiche

Valeria Guglielmi
Presidente sezione laziale della Società Italiana di Obesità (SIO Lazio) e Prof.ssa Associata di Medicina Interna dell'Univesità di Roma "Tor Vergata"

Grazia Guida
Presidente AFORP, Associazione Fornitori Ospedalieri Regione Puglia

Dario Guido
Vicepresident Health & Medical Equipment Samsung Italia

Anna Santa Guzzo
Risk management e audit clinico Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto I

Musa Awad Hussein
Consigliere dell'Ordine Provinciale di Roma dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Ivan Iacob
Segretario generale AUPI

Alessandro Iadecola
CEO Remedio – Sempli Farma

Laura Iagnemma
ASL Rieti, Infermiera Servizio di Allergologia, Ospedale San Camillo de Lellis di Rieti

Giuseppe Ippolito
Già Direttore scientifico INMI Spallanzani; già Direttore Generale della ricerca Ministero della Salute; Professore di malattie infettive presso l'Università Internazionale di Scienze della Salute Unicamillus

Gaetano Lanza
Presidente Società Italiana di Chirurgia Vascolare e Endovascolare SICVE

Salvo Latino
Presidente Longaevitas APS

Paolo Tranquilli Leali
Garante SIOT

Rodolfo Lena
Vice Presidente VII Commissione, Consiglio Regionale del Lazio Sanità, politiche sociali, integrazione sociosanitaria, Welfare

Frida Leonetti
Key Note Speaker della Società Italiana di Diabetologia

Dario Leosco
Presidente Società Italiana di Geriatria e Gerontologia (SIGG)

Ivano Leta
Dirigente Ingegnere Unità di Progetto PNRR presso Age.na.s

Sandro Libianchi
Presidente Coordinamento Nazionale Operatori per la Salute nelle Carceri Italiane – Co.N.O.S.C.I. aps; già Responsabile della Medicina Penitenziaria c/o ASL Roma2

Giuseppe Liotta
Geriatra, Comunità di Sant'Egidio, Dipartimento Biomedicina e Prevenzione Università Tor Vergata

Andrea Lisi
Presidente ANORC Professioni

Giammaria Liuzzi
Responsabile Nazionale Anaao Giovani

Giorgio Lodolini
Segretario Provinciale Sumai Assoprof Roma

Beatrice Lomaglio
Founder Fabricamente e presidente Associazione Italiana Formatori

Giusi Lorizio
Strategic Advisor – Healthcare Quality, Accreditation & Clinical Risk Management Azienda Sanitaria Provinciale Asp Messina

Luciano Lucania
Direttore Società Italiana di Medicina e Sanità Penitenziaria (SIMSPe)

Francesco Macrì
Professore di pediatria, Fondazione Roma Sapienza

Giuseppe Pasquale Macrì
Direttore Dipartimento di Medicina Legale e Tutela dei Diritti in Sanità Azienda USL Toscana Sudest; Membro del Comitato Scientifico della Fondazione Sicurezza in Sanità presso l'Istituto Superiore di Sanità

Claudio Maria Maffei
Medico, già Direttore Sanitario Regione Marche

Marco Magheri
Segretario Generale Comunicazione Pubblica

Giorgia Majelli
Sales Director Welfare & Wellbeing Solutions – AON

Marianna Malena
Associazione Titoccotoccati

Donatella Mancini
ASL Rieti – Direttore Reparto di Pneumologia, Ospedale San Camillo de' Lellis di Rieti

Flavio Mancini
Direttore U.O.C. Distretto Sabino ASL Rieti

Laura Mancini
Direttrice del reparto Ecosistemi e Salute del Dipartimento Ambiente e Salute

Stefania Mancini
Yourease srl – Esperta in sanità digitale

Antonino Mancuso
Docente Università Tor Vergata – Roma, Membro Comitato Scientifico Scuola Regionale CONI Lazio

Dario Manfellotto
Presidente Fadoi

Alberto Mantovani
Vice-Presidente Centro Studi KOS-Scienza, Arte, Società; Esperto dell'Agenzia Europea per le Sostanze Chimiche (ECHA)

Carmen Mantuano
Area Risorse Umane Incarico di Elevata Qualificazione (E.Q.) di I^a^ fascia "Progettazione e Sviluppo delle attività formative" nell'ambito della Direzione regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Pier Luca Marazzi
Dirigente Medico specialista in Medicina di Comunità e Cure Primarie presso il Dipartimento di Cure Primarie Ausl IRCCS di Reggio Emilia, membro del Direttivo SIMCCP

Daniela Marcello
Docente Università Firenze ed esperta di Responsabilità Sanitaria e Risarcimenti

Giulia Marchetti
Professore Ordinario di Malattie Infettive Università degli Studi di Milano, Direttore Clinica delle Malattie Infettive e Tropicali Ospedale S. Paolo di Milano

Stefania Mariani
Professore Associato di Scienze Tecniche Mediche e Chirurgiche Avanzate, Sapienza Università di Roma

Pier Franco Marino
Medico oculista, honorary fellow UniNa Federico. Teaching Board member ESASO e Consigliere ASMOOI

Roberta Mariotti
Amministratore unico BeeKind Trevignano Romano

Marcella Marletta
Già Dirigente Ministero della Salute Federico Marmo, Medico Oculista, Tenente Generale

Lorena Martini
Direttore UOC Formazione ECM di Agenas

Nicola Marzano
Già responsabile del reparto di oncologia medica, Ospedale San Paolo di Bari

Mauro Marè
Presidente MEFOP

Massimiliano Maselli
Assessore all'Inclusione sociale e Servizi alla persona della Regione Lazio

Damiana Mastantuono
Ceo Welfare Nest

Isabella Mastrobuono
Referente delle regioni e province autonome dell'osservatorio nazionale dei fondi sanitari integrativi

Antonio Mastromattei
Direttore Distretto 8 e della committenza ASL Roma 2

Grazia Matarante
Direttore Amministrativo Asl Campobasso

Francesco Matteoli
Direttore Generale Casagit Salute

Rodolfo Matto
Presidente Teniamoci per mano onlus

Antonella Maugliani
Prima ricercatrice ISS

Maurizio Mauro
Direttore FASDAC "Mario Besusso"

Maria Grazia Mediati
Vicepresidente Ordine Farmacisti Roma

Elena Megli
Direttore Distretto Sanitario Asl Roma 2

Tiziano Melchiorre
Segretario generale IAPB Italia Onlus

Maria Cristina Messa
Direttore Scientifico della Fondazione Don Gnocchi

Carla Metallo
Sapienza Università di Roma, Psicologa, Ricercatrice, Specializzanda in Psicologia della Salute

Stefano Maria Mezzopera
Vice Presidente della Società Italiana dei Gestori del Rischio in Sanità (SIGeRIS); Esperto di gestione del rischio in sanità

Enrico Miccadei
Professore Ordinario di Geografia Fisica e Geomorfologia, Università degli Studi "G. D'Annunzio" Chieti-Pescara, Direttore del Centro di Ateneo Ud'A TEMA (Terra-Mare) e Membro del Gruppo di Lavoro One Health dell'Associazione Italiana Microbiologi Clinici

Giuseppe Maria Milanese
Presidente nazionale Confcooperative Sanità – Presidente OSA-Operatori Sanitari Associati

Andrea Minarini
Presidente della Società Italiana dei Gestori del Rischio in Sanità (SIGeRIS)

Marianna Minnetti
Medico Chirurgo, Specialista in Endocrinologia e Malattie del Metabolismo; Ricercatrice di tipo A, Dipartimento Medicina Sperimentale, Sapienza Università di Roma

Davide Minniti
Direttore Generale dell'AOU San Luigi Gonzaga di Orbassano; Coordinatore nazionale del Forum Permanente dei Direttori generali di Federsanità

Nunzio Miraglia
Coordinatore Nazionale Associazione Nazionale Docenti Universitari (ANDU)

Enrico Mirante
Direttore UOC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza del Dea 1 Ospedale S Eugenio di Roma

Paolo Misericordia
Segretario regionale FIMMG Marche

Monica Monaco
Dirigente di Ricerca afferente al Dipartimento Malattie Infettive dell'Iss

Massimiliano Monanni
Presidente ASP Asilo Savoia

Luca Morandi
Direttore Generale AON

Lara Morelli
Vicesegretario Provinciale Fimmg Roma

Arianna Moretti
Medico di Medicina Generale, Referente Area Diabete e Dislipidemie SIICP – Società Italiana Interdisciplinare Cure Primarie, Specialista in Medicina Interna

Angelo Rossi Mori
Già Ricercatore CNR-ITB

Monica Moriconi
Delegata del Sindaco per la ASL Roma 2

Alessandra Morocchi
Assistente Sociale UOC Distretto Salario Mirtense, Servizi Sociali – ASL Rieti

Mauro Moruzzi
Presidenza della scuola di welfare del Comune e della Università di Bologna Dipartimento per la trasformazione Digitale della Presidenza del Consiglio dei Ministri Socio CDTI

Fabio Mosca
Professore Ordinario di Pediatria Università degli Studi di Milano; Delegato del Rettore sui temi della Salute Urbana, Università degli Studi di Milano

Viviana Moschese
Presidente Società Italiana Ricerca Pediatrica (SIRP)

Carolina Nacca
Data Protection Officer (DPO) presso CSA

Antonio Naddeo
Presidente Aran

Gabriella Napolano
Avvocato esperta di sinistri Studio Legale Improda

Stanislao Napolano
Presidente Associazione Italiana di Cure Domiciliari

Rita Nicolini
Dirigente generale dell'Area tecnica della Struttura di supporto commissariale

Leonardo Nobile
Security Principal DXC Technology

Vera Noto
Storica dell'arte specializzata in neuroestetica e gestione del rischio

Claudio Novali
Presidente Ass.Paz.TTT

Giuseppe Novelli
Head of the Human Genetics Research Unit at the Tor Vergata University of Rome and President of Lorenzini Foundation, Milan

Federica Obino
Coordinatore Anziani Attivi Aosta

Marco Oldani
EMED Business Development Director Dassault Systèmes

Filiberto Orlacchio
Presidente Ordine dei farmacisti provincia di Perugia

Matteo Pace
Biologo nutrizionista

Elena Pagliarino
Research Scientist presso Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR)

Piergaspare Palumbo
Past President SICADS

Gennaro Panaciulli
Molise Dati

Graziano Panfili
CEO Athena med

Ombretta Papa
Segretario Nazionale della Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie (SIICP)

Sara Consilia Papavero
ALTEMS, Laboratorio sui sistemi informativi sanitari – Osservatorio sulla Telemedicina Operativa

Leonardo Pasquini
Dirigente amministrativo Azienda USL Toscana centro

Alessandro Pastorelli
Docente SNA
(Scuola Nazionale Amministrazione)

Maria Peano
Associazione Preziosa

Daniela Pedrini
Presidente Società Italiana dell'Architettura e dell'Ingegneria per la Sanità (SIAIS)

Laila Perciballi
Garante per i diritti delle persone anziane di Roma Capitale

Roberto Perilli
Unità Operativa Semplice Oculistica Territoriale ASL Pescara

Daniele Perin
Direttore Operation Remedio – Sempli Farma

Germano Perito
Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera San Giuseppe Moscati di Avellino

Maria Rosa Perri
Delegata per i rapporti con il Governo della Società Italiana di Telemedicina

Fabio Persia
Università degli Studi dell'Aquila e Fondazione VITALITY – Ecosistema di innovazione, digitalizzazione e sostenibilità per l'economia diffusa nell'Italia centrale, SPOKE 1 – MEGALITHIC

Carlo Maria Petrini
Direttore Unità di Bioetica, ISS; Presidente del Centro di Coordinamento Nazionale dei Comitati Etici e del Comitato Etico Nazionale EPR

Daniela Pezzi
Area Sanitaria della Caritas

Mario Picozza
Presidente Federasma e Allergie – Federazio-ne Italiana Pazienti

Massimo La Pietra
Direttore Regionale Protezione Civile Lazio

Claudio Pignata
Past President Società Italiana Ricerca Pediatrica (SIRP); Professore Ordinario di Pediatria, Università Federico II, Napoli

Sergio Pillon
Vicepresidente AiSDeT; Consigliere CDTI

Claudio Plebani
Docente S.M.I.E.M. di moduli teorici nell'ambito legale normativo e legislativo, membro del comitato esecutivo Agorà

Ranieri Poli
Dirigente Medico Dipartimento della Salute Umana, della Salute Animale e dell'Ecosistema (One Health) e dei Rapporti Internazionali

Roberto Polillo
Medico Specialista Allergologo

Lorenzo Polo
MD, PhD, Medico Legale, Direttore UOC

Risk Management, Qualità, Contenzioso e Medicina Legale Policlinico San Matteo, Pavia

Barbara Porcelli
Dirigente di Unità Operativa Complessa con incarico di Direzione ASL Roma 2

Giovanni Profico
Direttore Generale ASL Roma 6

Enrico Prosperi
Medico Chirurgo, Specialista in Psicologia Clinica, Presidente della Società Italiana di Educazione Terapeutica e Prof.ac di Educazione Terapeutica nell'ambito clinico e ospedaliero presso l'Università Europea di Roma

Giuseppe Ragucci
Supervising Associate Simmons & Simmons

Giuseppe Rando
Responsabile dell'Unità Operativa di "Scienza dell' Alimentazione"dell'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata di Roma

Giuseppe Rauso
Presidente Consult@noi

Giancarlo Ripabelli
Professore Ordinario di Igiene, Università degli Studi del Molise; Segretario SIMPIOS

Chiara Rivetti
Esecutivo Nazionale Anaao Assomed

Luca Roberti
Paziente Esperto EUPATI

Massimo Robiony
Professore Ordinario Direttore del Dipartimento (DAI) Testa Collo e Neuroscienze | ASUFC, Direttore della Clinica di Chirurgia Maxillo Facciale, Direttore della Scuola di Specializzazione in Chirurgia Maxillo-Facciale | Università degli Studi di Udine, Di

Antonella Romanini
MD, MA Responsabile Ambulatori melanomi, sarcomi e Tumori Rari U.O. Oncologia Medica 1 Azienda Ospedaliero Universitaria Santa Chiara, Pisa

Maurizio Ronconi
Direttore U.O. Chirurgia Generale Ospedale di Gardone V.T. – ASST Spedali Civili di Brescia – Presidente AFI, Associazione Flebologica Italiana

Rudy Alexander Rossetto
Presidente Ordine dei Biologi della Lombardia

Laura Rossi
Specialista in Scienze dell'Alimentazione; Dirigente di ricerca; Direttore Reparto Alimentazione, Nutrizione e Salute ISS

Martino Ruggieri
Consigliere Società Italiana Ricerca Pediatrica (SIRP); Professore Ordinario di Pediatria Università di Catania

Eugenio Ruggiero
Consigliere Assoprevidenza; Partner dello Studio Visentini Marchetti e Associati; Docente presso l'Università LUISS Guido Carli

Antonello Sacco
Direttore Amministrazione Personale e Relazioni Industriali e Responsabile Legale Corporate Affairs e Privacy IDI Roma

Karin Saccomanno
Probo Viro SIME

Daniela Sagarese
Principal CEO Itlav

Andrea Sangiorgi
Sindaco di Conselice

Angelo Santoliquido
Presidente Collegio Italiano di Flebologia CIF

Ivan Satriano
Risk Manager Aeroporti di Roma

Giovanni Scapagnini
Professore di Nutrizione Clinica presso l'Università degli Studi del Molise, Direttore scientifico della Fondazione Garda Valley (Oniverse); Vicepresidente Società Italiana di Nutraceutica (SINut)

Rosa Sciatta
Avvocato esperto di mobilità sanitaria; Docente di Diritto pubblico

Domenico Scopelliti
Presidente della SMILE HOUSE Fondazione ETS

Eleonora Selvi
Fondazione Longevitas

Stefano Semplici
Professore ordinario di Etica sociale all'Università di Roma "Tor Vergata"

Maria Cristina Serra
Coordinatore delle Attivita Distrettuali RM/4 Direttore Sanitario Distretto RM4/1 Civitavecchia

Annamaria Servadio
Presidente dell'Ordine dei Fisioterapisti del Lazio (OFI Lazio)

Claudio Sestili
Director NOESI

Carlo Setacci
Professore Ordinario di Chirurgia Vascolare presso l'Università degli Studi di Siena, Direttore della Scuola di Specializzazione in Chirurgia Vascolare ed Endovascolare, responsabile del Laboratorio di Chirurgia Vascolare dell'Università di Siena

Vittorio Severi
Direttore Andigel e già DG Forlì e direttore integrazione socio-sanitaria Emilia Romagna

Francesco Sicurello
Presidente dell'Associazione Italiana di

Telemedicina e Informatica Medica (ITIM)

Sabina Sieri
Ricercatrice at Fondazione IRCCS Istituto nazionale dei tumori

Gianluca Signoretti
Componente del Comitato centrale Federazione Nazionale degli Ordini dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e delle Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione (FNO TSRM e PSTRP)

Luciana Sinisi
Esperto Senior Ambiente e Salute, Comitato Medico Scientifico ALAMA-APS; Comitato Tecnico Scientifico Progetto LADO

Lorenzo Sommella
Clinical Pathways Manager – Green Ambassador, Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico, Direttore Sanitario S. Rita da Cascia Hospital – GVM

Patrizia Sormani
Presidente ANORC Mercato

Gennaro Sosto
Direttore Generale ASL Salerno

Giampaolo Sozio
Segretario SICADS

Maria Pia Sozio
Presidente AS.MA.RA Onlus

Giovanni Paolo Sperti
Avvocato, Segretario Associazione Mamanonmama APS ETS, esperto di legislazione nell'ambito del terzo settore

Laura Spinardi
Responsabile del Technology Transfer Office (Ufficio Trasferimento Tecnologico) del Policlinico di Milano, Capofila del progetto TTO4IRCCS e membro dell'Advisory Board di ASTP (associazione europea degli Uffici di Trasferimento Tecnologico

Demetrio Spinelli
Presidente Società Italiana di Oftalmologia Legale – FISM

Domenico Spoletini
Dirigente medico Ospedale S. Eugenio-ASL Roma 2

Maria Beatrice Stasi
Già Direttore Generale dell'ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo

Francesco Stillo
Past President Società Italiana per lo Studio delle Anomalie Vascolari SISAV

Alessandro Strada
Direttore Generale dell'ASP Cesena Valle Savio

Luca Stucchi
Direttore Generale ASST Lariana

Maricla Tameni
Associazione La Valle con Te

Maria Grazia Tarsitano
Responsabile della Commissione ECM Ordine dei Medici di Roma (OMCEO)

Domenica Taruscio
Già Direttrice Centro Nazionale Malattie Rare, ISS. Presidente Centro Studi KOS – Scienza, Arte, Società Vincenzo Telesca, General Manager presso MedEA srl

Vito Tenore
Presidente di sezione Giurisdizionale della Corte dei conti della Lombardia, Professore SNA

Angelo Testa
Presidente SNAMI

Patrizia Todisco
Presidente Società Italiana per lo Studio dei Disturbi del Comportamento Alimentare (SISDCA)

Andrea Toniutti
Direttore Ripartizione Informatica Azienda Sanitaria dell'Alto Adige

Giuseppe Tonutti
Direttore Generale Azienda sanitaria Friuli Occidentale

Jorge Torre
Responsabile Contrattazione sociale, rapporto con il welfare aziendale, fondi sanitari integrativi presso CGIL Nazionale

Alberto Eugenio Tozzi
Responsabile della Udr Medicina Predittiva e Preventiva, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù IRCCS di Roma

Francesco Trecate
Inside Sales Team Leader BD MMS PAR Italy

Maria Triassi
Direttore del Dipartimento ad Attività Integrata di Sanità Pubblica, Farmacoutilizzazione e Dermatologia AOU Federico II; Professore ordinario di igiene generale e applicata, Università degli Studi di Napoli Federico II

Ersilia Troiano
Presidente Associazione Scientifica Alimentazione, Nutrizione e Dietetica (ASAND)

Vito Trojano
Presidente Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO)

Elena Tropiano
Direttore Amministrativo Ospedale Policlinico di Milano

Anna Trovò
Dirigente della gestione e promozione degli enti bilaterali, CISL – Confederazione Italiana Sindacati Lavoratori Attilio Turchetta, Specialista Allergologia, Pneumologia e Medicina dello Sport; Referente per lo Sport della Società Italiana di Pediatria (SIP)

Sonia Uccellatori
Segretaria Nazionale CISL FP

Massimo Ughi
Coordinatore del gruppo aziendale per la prevenzione delle aggressioni al personale sanitario Azienda USL Toscana nord ovest

Sarah Ungaro
Vice Presidente ANORC Professioni

Angela Vacca
Presidente SIVeMP e componente dell'ONSEPS

Silvia Vaccari
Presidente Federazione Nazionale degli Ordini della Professione Ostetrica (FNOPO)

Rosario Valastro
Presidente Croce Rossa Italiana

Luca Vallega
Medico Legale

Francesco Venneri
Responsabile della SS di Rischio Clinico dell'Azienda Sanitaria Toscana Centro di Firenze e Lecturer in Patient Safety presso la New York University

Fabio Verdone
Docente presso il corso di Sport Individuali dell'Università degli Studi di Roma Foro Italico e presso il corso di specializzazione della Neuroeducazione e dell'Apprendimento Motorio nella Disabilità e nella Neurotipicità

Tommaso Vesentini
Bees Sanità Magazine

Paolo Villari
Presidente della Conferenza Permanente di Facoltà e Scuole di Medicina e Chirurgia

Silvio Roberto Vinceti
Ricercatore Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università di Modena e Reggio Emilia

Mariangela Vitone
Direttore Risorse Umane dell'Ospedale di Sassuolo

Massimo Guerrieri Wolf
Dirigente UOC Affari Generali, legali e assicurativi Asl Roma 2

Paolo Zamboni
Professore Ordinario di Chirurgia Vascolare Università degli Studi di Ferrara, Direttore della Scuola di Specializzazione in Chirurgia Vascolare e del Centro di Ricerca sulle Malattie Vascolari Unife

Amanda Zanchi
Market Access BD Italy

Iris Zani
Presidente Federazione delle Associazioni di Pazienti Obesi

Massimiliano Zolesi
A IFO (Incarico di Funzione Organizzativa) dell'Area Dipartimentale Logistica, Gestione

Contratti, Servizi e Farmaceutica,
Azienda USL Toscana Sudest – Grosseto

Luigi Zurlo
Presidente Regionale Lazio Associazione
Anestesisti Rianimatori Ospedalieri
Italiani Emergenza Area Critica
(AAROI-EMAC)

PREMESSA

Cosa è Welfair e a cosa serve il Libro Bianco

Welfair è la fiera dedicata alla Sanità in Italia che riunisce in un appuntamento nazionale i vertici della governance sanitaria, delle società scientifiche, delle grandi aziende di tecnologie medicali assieme ai professionisti sanitari, alle associazioni pazienti e ai rappresentanti del terzo settore.

La fiera ha due obiettivi paralleli: l'internazionalizzazione del comparto sanitario italiano attraverso l'incontro con istituzioni sanitarie e buyer esteri; e lo sviluppo di nuovi processi di miglioramento e innovazione – gestionale e tecnologica – nati dal confronto tra tutti gli attori e le attrici della filiera sanitaria

Questo Libro Bianco è uno degli strumenti che danno continuità e forza alle soluzioni emerse durante il confronto tra gli oltre 600 relatori in presenza.

È uno strumento eminentemente pratico.

Nella sezione *Schede di Sintesi* sono racchiuse le proposte di miglioramento emerse dalle tavole rotonde, riassunte in un formato coerente e diretto che ha lo scopo di facilitare la diffusione e la trasformazione delle proposte in azioni di miglioramento nelle sedi opportune.

La sezione *Riflessioni sul SSN* ad opera del Comitato Scientifico della fiera contiene, invece, una panoramica amplia e approfondita sulle più rilevanti dinamiche in essere nella nostra Sanità.

La sezione *Approfondimenti* offre lo spazio, a Coordinatori e Relatori, di esporre nel dettaglio le posizioni ed esperienze già riassunte nelle *Schede di Sintesi*.

In questo modo, il Libro Bianco offre soluzioni concrete ma sostenute da un forte impianto teorico, esperienziale e interdisciplinare: uno strumento al servizio dei decisori per aggiornare il nostro sistema di cure universali e portarlo nel futuro.

Il contributo di Welfair 2025 nel riprogrammare il Sistema per salvare l'universalismo

Il Diritto alla Salute oltre il "CAP"

L'articolo 32 della nostra Costituzione definisce la salute come un "*fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività*". Eppure, oggi, la realtà ci restituisce un quadro di profonde disuguaglianze: l'accesso alle cure è spesso dettato dal censo, dall'appartenenza a fondi integrativi o, inaccettabilmente, dal luogo di residenza. Come sintetizzato dal Ministro Schillaci, "*è inaccettabile che l'aspettativa di vita dipenda dal Codice di Avviamento Postale*".

Governo e Parlamento tentano di arginare la crisi, ma le risposte fornite negli ultimi decenni si sono rivelate parziali:

- il de-finanziamento ha razionalizzato senza riformare, comprimendo il sistema entro parametri puramente contabili;
- la privatizzazione ha delegato pezzi di salute al mercato, creando un sistema multi-pilastro che rischia di lasciare indietro i più fragili;
- il rifinanziamento si è limitato a iniettare risorse in modelli organizzativi invarianti e ormai obsoleti.

Nessuna di queste tesi è riuscita a ricostruire l'equilibrio tra domanda e offerta. Il motivo è semplice: finché misuriamo il volume delle prestazioni e non l'impatto sulla salute, il sistema non potrà reggere.

La Sfida di Welfair: Rendere il Futuro Strutturalmente Sostenibile

L'obiettivo di Welfair 2025 è rispondere a una domanda cruciale: *è possibile modificare norme e comportamenti per governare la spesa producendo, contemporaneamente, più salute?*

La nostra convinzione è che la Sanità pubblica si salvi solo se riusciamo a farla costare strutturalmente meno, senza rinunciare alla piena soddisfazione dei diritti di pazienti e operatori. Il paradosso del nostro SSN è che le sue attuali criticità – lunghe liste d'attesa e pressione sulla spesa – sono in parte figlie del suo successo: abbiamo vinto malattie un tempo fatali, gestiamo la cronicità e abbiamo allungato la vita media. Tuttavia, questa vittoria richiede oggi un cambio di paradigma: la programmazione non può più essere solo "efficienza allocativa", deve essere cambiamento.

Scenario 2025: I numeri dell'emergenza e l'eredità dei Libri Bianchi

L'edizione 2025 di Welfair prosegue il cammino verso la garanzia di un SSN universale, partendo da una consapevolezza rigorosa: i dati attuali definiscono un raggio d'azione che non ammette inerzie. Non possiamo ignorare i tre pilastri dell'emergenza che minacciano la tenuta del sistema:

- Demografia critica. Il crollo delle nascite (-26% in dieci anni) unito al vertiginoso aumento degli over 65 (+30% in vent'anni) sta portando il rapporto lavoratori/pensionati a uno squilibrio insostenibile per la fiscalità generale.
- Crisi del personale. In assenza di interventi strutturali sui flussi migratori e sull'attrattività delle professioni, prevediamo una contrazione del 60% dei professionisti sanitari entro il 2050.
- Rigidità dei costi e dei modelli. L'aumento dei disavanzi regionali si scontra con modelli prestazionali "tayloristici" – rigidi e frammentati – totalmente inadeguati ai bisogni di una popolazione multicronica.

Proprio per rispondere a queste sfide, Welfair ha sistematizzato le criticità rilevate nelle precedenti edizioni, trasformandole in direttrici di riforma necessarie per colmare il "disallineamento" attuale:

Macro-Area	Criticità Rilevata	Proposta di Azione / Soluzione
Sostenibilità Economica	Tensione tra risorse limitate e bisogni in aumento.	**Riequilibrio Domanda/Offerta:** Nuovo modello di finanziamento e riassetto dei poteri istituzionali.
Bilanci e Costi	Disavanzi crescenti e costi strutturali elevati.	**Lotta alle Diseconomie:** Adozione sistematica di "Black List" (eliminazione delle attività inutili) nelle Aziende.
Modello di Cura	Frammentazione prestazionale senza presa in carico.	**Oltre il Taylorismo:** Passaggio a un sistema interconnesso e multicentrico nel luogo di vita del malato.
Professioni e Lavoro	Profili e ruoli professionali obsoleti.	**Riforma del Lavoro:** Definizione di compiti flessibili, multidisciplinari e orientati al valore.

Capitale Umano	Formazione non allineata all'innovazione.	**Aggiornamento Formativo:** Percorsi di studio adeguati alle tecnologie emergenti e alle nuove competenze.
Governance	Assenza di visione strategica a lungo termine.	**Programmazione Strategica:** La programmazione (fino a 20 anni) come reale metodo di governo.
Prassi Medica	Gap tra nuove conoscenze e innovazioni cliniche.	**Nuovo Paradigma Medico:** Gestione della super-complessità clinica oltre i protocolli standard.

Questa sintesi conferma che il cuore della crisi non risiede esclusivamente nella carenza di risorse, ma in un profondo disallineamento organizzativo e metodologico. La sfida dei precedenti Libri Bianchi, che Welfair 2025 raccoglie, è completare il passaggio dalla gestione della malattia (modello industriale/ripetitivo) alla gestione della salute (modello di sistema complesso).

Il Disallineamento: colmare il gap tra innovazione e prassi

Il volume "Il Disallineamento" fotografa la distanza siderale che separa il potenziale tecnologico dalla realtà operativa del nostro Servizio Sanitario Nazionale. Si tratta di un critico "gap di implementazione" che compromette il dettato dell'Art. 32 della Costituzione, trasformando il diritto alla salute in un privilegio variabile in base al censo, alle competenze digitali e, paradossalmente, al codice di avviamento postale. Welfair 2025 non si limita ad analizzare questa frattura, ma sfida gli stakeholder a rispondere a interrogativi radicali per riallineare la prassi clinica, legislativa e organizzativa al progresso scientifico.

Le cause del gap: oltre la carenza di risorse

Il sistema soffre di un'inerzia strutturale alimentata da fattori che vanno ben oltre il semplice sotto-finanziamento:

- anacronismo normativo e burocratico: una legislazione stratificata e lenta che non tiene il passo con la medicina delle 3P (Predittiva, Personalizzata, Partecipativa), ostacolando l'adozione di terapie innovative come le DTx o i test NGS;
- frammentazione regionale: l'assenza di un coordinamento nazionale unico (Art. 117r) genera sistemi informativi isolati (silos) che non dialogano tra loro, rendendo la salute primaria una funzione marginale rispetto alla gestione delle acuzie;
- resistenza organizzativa: la persistenza di modelli "tayloristici" focalizzati sulla singola prestazione impedisce una reale presa in carico, aggravata dalla carenza di ruoli dedicati al *change management* tecnologico;
- offerta digitale senza ricaduta: siamo di fronte a un'offerta tecnologica avanzata che non si traduce in pratica quotidiana: nonostante la disponibilità di AI e FSE, la telemedicina è utilizzata solo dal 36% degli specialisti e le televisite pesano per meno dell'1% sul totale delle prestazioni. Senza infrastrutture e competenze diffuse, la tecnologia rischia di amplificare il Digital Divide anziché ridurlo.

Le Domande Radicali per il Cambiamento

Abbiamo interrogato i protagonisti della sanità su nodi strutturali che non possono più essere ignorati:

- modelli organizzativi: l'attuale assetto dell'Azienda Sanitaria è ancora funzionale o servono organizzazioni profondamente diverse? È possibile riformare l'ospedale senza abbattere norme di gestione ormai fuori dal tempo?;
- salute primaria vs acuzie: perché la medicina del territorio è rimasta ai margini, lasciando che il peso del sistema gravi quasi interamente sulla cura della malattia acuta?;
- lavoro e professioni: In quale condizione versa il lavoro oggi? Gli atti professionali sono ancora coerenti con il progresso tecnologico o serve un'idea diversa di operatore sanitario?;
- sostenibilità e valore: come si rende davvero sostenibile la sanità pubblica? È ancora conveniente la rigida divisione del lavoro tra i servizi o serve una medicina di "genere" diverso?

La Strategia di Welfair 2025: un approccio sistemico

Per garantire un SSN universale alle future generazioni, proponiamo di agire su quattro leve concrete:

- Semplificazione e Standardizzazione: eliminare il superfluo tramite "black list" di procedure inutili e uniformare l'ontologia dei dati in ottica One Health. La tecnologia deve essere lo strumento per liberare tempo di cura, non un nuovo fine burocratico.
- Dati come Patrimonio Collettivo: invertire il paradigma del consenso (modello opt-out per FSE ed EDS) per eliminare passaggi ridondanti e favorire una ricerca di eccellenza.
- Governance e Tariffe: definire un quadro normativo chiaro che includa i LEA digitali e tariffe nazionali certe per garantire la sostenibilità delle prestazioni a distanza.
- Investimento nel Capitale Umano: superare il deficit di competenze digitali con una formazione continua che accompagni professionisti e cittadini in un'evoluzione cognitiva e collaborativa.

Conclusione: colmare il disallineamento

In conclusione, colmare il disallineamento non è una sfida meramente tecnica, ma un imperativo etico che richiede il coraggio di scardinare modelli organizzativi obsoleti e semplificare un quadro regolatorio soffocante. Solo attraverso questa profonda metamorfosi strutturale potremo trasformare il potenziale tecnologico in benefici clinici tangibili, restituendo ai medici e ai pazienti la risorsa più preziosa: il "tempo della comunicazione", che è, a tutti gli effetti, tempo di cura. Riallineare la realtà del sistema al progresso della scienza non rappresenta più una delle possibili opzioni di riforma, ma si configura come l'unica via percorribile per salvaguardare l'universalismo del SSN e garantire la sopravvivenza del nostro diritto costituzionale alla salute.

Scienza e Governance: il binomio essenziale per la Sanità italiana

Serve una collaborazione stabile e interdisciplinare tra Società scientifiche: dai percorsi sul territorio dei pazienti complessi al confronto con Regioni e Istituzioni nazionali per orientare le scelte di politica sanitaria

L'Italia attraversa uno shock demografico: il numero degli ottantenni ha superato quello dei bambini di dieci anni. Ognuna di queste persone anziane richiede, inevitabilmente, assistenza sanitaria. Non è pensabile esista, infatti, una vecchiaia senza malattia. Ma può esistere una vecchiaia senza o con ritardata disabilità. La prevenzione, la capacità del territorio di assistere la persona complessa e cronica dopo il ricovero d'urgenza e la formazione dei caregiver per scongiurare questo ricovero all'origine, sono elementi portanti della sostenibilità del sistema universale nel futuro. Un sistema che non è stato concepito per sopportare lo stress della longevità. E che, quindi, ha bisogno di adattarsi alla nuova situazione demografica. Parimenti importanti in questa direzione sono e saranno l'aderenza agli screening; l'ampliamento delle vaccinazioni – HPV in primis –; il governo dell'aggiornamento tecnologico – alcune Regioni hanno più robot chirurgici dell'intera Francia –; l'omogeneizzazione dei DRG – superando le incomprensibili differenza tra una Regione e l'altra –; l'educazione sessuale – per ridurre il crescente impatto delle malattie sessualmente trasmesse che pregiudicano la salute e la fertilità in età adulta; la definizione, infine, di protocolli di cura unitari per la chirurgia ambulatoriale; la

definizione di linee guida e buone pratiche che rafforzino la tutela civilistica dell'operatore sanitario; o che permettano una diffusione omogena sul territorio nazionale della telemedicina; e nel caso di discipline relativamente 'recenti', come la Medicina Estetica, aiutino a definirne e rafforzarne il perimetro medico.

Sapendo che un incremento del Fondo Sanitario è molto improbabile – e che l'aumento negli ultimi 15 anni non ha coperto quello dell'inflazione – ognuna di queste voci – e molte altre ovviamente – rappresenta un'occasione di spendere meglio le risorse finanziarie della sanità, non solo curando in maniera più efficace e sicura, ma perseguendo l'unica realistica possibilità di preservare i criteri di universalità e equità della salute pubblica.

In ognuna di queste voci le Società scientifiche sono portatrici di conoscenze uniche e imprescindibili per lo sviluppo, attraverso il confronto con le istituzioni, di politiche sanitarie nazionali e regionali.

La conoscenza delle più recenti evidenze scientifiche combinata all'aggiornamento sulle migliori pratiche italiane e internazionali le mette in una posizione particolarmente privilegiata per poter contribuire allo sviluppo delle politiche sanitarie.

Il momento non è sfavorevole: l'esperienza traumatica della pandemia ha visto il coinvolgimento delle Società scientifiche nei processi decisionali e la crescente ricerca, da parte del pubblico, di informazioni autorevoli in un momento di incertezza.

La sfida è rendere il ruolo e il coinvolgimento delle Società scientifiche stabile e strutturato. Le Società scientifiche sono già interpellate su diversi tavoli istituzionali. Ma è importante che facciano sentire la loro voce anche negli argomenti e nei processi sui quali non sono state interpellate.

È difficile che un Presidente di Società scientifica non venga perlomeno ascoltato, qualora si rivolga ad un'Istituzione su un argomento di competenza della sua disciplina. È compito nostro, perciò, presentarci in maniera pro-attiva. Un approccio che ha avuto già diverse volte un impatto dimostrato e dimostrabile nel migliorare l'erogazione delle cure e, in particolare, nel correggere le diseguaglianze e differenze di accesso che la frammentazione dei regolamenti regionali provoca tra un territorio e l'altro.

La frammentazione, va riconosciuto, non è un difetto dal quale le Società stesse sono immuni. Il gran numero di ambiti ultra-specialistici e la moltiplicazione degli interlocutori scientifici – in alcuni casi giustificata dalla comples-

sità terapeutica, in altri meno – indebolisce la voce della Scienza nell'interlocuzione con gli altri stakeholder della salute.

Proprio per questo la crescente sinergia tra Società scientifiche – che, recentemente, ha individuato in Welfair, la fiera del fare Sanità, un apprezzato momento di incontro e confronto annuale – è particolarmente importante, e va incoraggiata a partire dai più immediati obbiettivi comuni.

Il primo è sicuramente la sinergia interdisciplinare nella cura del paziente complesso sul territorio: un traguardo di salute che è, anche, un traguardo di sostenibilità economica ove si pensi che il ricovero in una struttura ad alta complessità costa, in due giorni, l'intero investimento pro-capite del Fondo Sanitario (circa 3mila euro).

Il secondo traguardo è la riduzione delle diseguaglianze e delle diversità di accesso. La delega alle Regioni, va ricordato, riguarda l'autonomia organizzativa, non il livello dell'assistenza. Per questo le Società scientifiche hanno il dovere di lavorare a fianco delle Regioni per aiutare a colmare i gap assistenziali tra territori.

Il terzo obiettivo è la trasformazione di ogni atto medico in un atto di prevenzione, un approccio che deve estendersi dai primi giorni di vita. Sebbene, infatti, la crescita dell'età media sposti inevitabilmente risorse verso la terza e quarta età, non bisogna dimenticare che le radici della prevenzione delle malattie croniche si seminano già nei primi anni di vita e che condizioni sviluppate nell'infanzia o nell'adolescenza possono avere impatti sanitari e sociali gravi nell'età adulta (le già citate MST e il cheratocono, per esempio).

Il quarto obiettivo è rafforzare la solidarietà tra i sanitari, arginarne la disaffezione e invertire la fuga dall'attività di ricerca nelle Università. È una verità inconfutabile che tutti e tutte i sanitari – medici, infermieri, tecnici – lavorino gratis. Lavorino, cioè, molte più ore di quante vengano retribuite con stipendi molto inferiori rispetto ad altri Paesi europei. Il SSN si è retto, finora, grazie alla passione e al senso di missione degli operatori. Una passione che le condizioni di lavoro stanno erodendo, pregiudicando la motivazione e la qualità nella preparazione dei futuri medici e sanitari.

Questo ci porta al quinto punto: quello della comunicazione. Le Società scientifiche devono comunicare su tre livelli: una comunicazione interdisciplinare per sviluppare approcci e strategie comuni; una comunicazione istituzionale per arricchire il processo decisionale con le evidenze scientifiche più aggiornate e le esperienze più efficaci in Italia e all'estero; una comunicazione pubblica per rag-

giungere le persone con i messaggi che fanno la differenza per la loro salute e offrono una voce di cui fidarsi nel mare incontrollato di notizie incerte, infondate e pseudoscientifiche che si trovano online. C'è poi, un'altra comunicazione che non afferisce alle Società scientifiche ma che è fondamentale ricordare: quella tra sanitario e paziente, dalle carenze nella quale dipende una quota maggioritaria dei contenziosi e delle tensioni nel rapporto terapeutico.

Esempi plastici che riuniscono i diversi piani di comunicazione possono essere: promuovere un forte aumento del costo delle sigarette, unico strumento davvero efficace per ridurne il consumo: un traguardo che, ancora una volta, è sia di salute che di sostenibilità. Il fumo, infatti, è causa diretta di Ictus, infarto, BPCO, malattie il cui costo sociale e sanitario supera di molto i proventi del monopolio.

Altro caso è: estendere al 95% l'aderenza alla campagna di vaccinazione per lo Human Papilloma Virus. Il vaccino ha fatto 'estinguere' il tumore al collo dell'utero nei Paesi dove si raggiunge quella soglia, oltre a proteggere la fertilità nell'età adulta.

Traguardi ragionevoli e raggiungibili, ma solo se le Società scientifiche avranno successo nel fare ascoltare la voce della Scienza nella Governance della Sanità.

Pasquale Perrone Filardi,
Professore Ordinario di Cardiologia
presso l'Università Federico II di Napoli
e past-president della Società Italiana di Cardiologia

SCHEDE DI SINTESI DELLE TAVOLE ROTONDE

TAVOLI DEL 4 NOVEMBRE

EDUCAZIONE TERAPEUTICA DEL PAZIENTE, STIGMA E PREGIUDIZIO: IL CROCEVIA SNODO DOVE SI RAFFORZANO O DISTRUGGONO FIDUCIA, ADERENZA ED OUTCOME CLINICI

A cura del coordinatore:

Enrico Prosperi, Medico Chirurgo, Specialista in Psicologia Clinica, Presidente della Società Italiana di Educazione Terapeutica e Prof.ac di Educazione Terapeutica nell'ambito clinico e ospedaliero presso l'Università Europea di Roma

Sono intervenuti:

Valeria Guglielmi, Presidente sezione laziale della Società Italiana di Obesità (SIO Lazio) e Prof.ssa Associata di Medicina Interna dell'Univesità di Roma "Tor Vergata"

Giuseppe Pasquale Macrì, Direttore Dipartimento di Medicina Legale e Tutela dei Diritti in Sanità Azienda USL Toscana Sudest; Membro del Comitato Scientifico della Fondazione Sicurezza in Sanità presso l'Istituto Superiore di Sanità

Hellas Cena, Presidente dell'Associazione Nazionale Specialisti in Scienza dell'Alimentazione (ANSiSA)

Giovanni Gravina, Giovanni Gravina Presidente Eletto della Società Italiana per lo Studio dei Disturbi del Comportamento Alimentare (SISDCA)

Simone Casucci, Dirigente Scolastico MIM, Psicologo past Coordinatore GISED SID-AMD

Patrizia Todisco, Presidente Società Italiana per lo Studio dei Disturbi del Comportamento Alimentare (SISDCA)

Vincenza Ferrara, Esperta Alta Qualificazione Sapienza Università di Roma

Giuseppe Rauso, Presidente Consult@noi

Maria Grazia Tarsitano Responsabile della Commissione ECM Ordine dei Medici di Roma (OMCEO)

Marianna Minnetti, Medico Chirurgo, Specialista in Endocrinologia e Malattie del Metabolismo; Ricercatrice di tipo A, Dipartimento Medicina Sperimentale, Sapienza Università di Roma

Ersilia Troiano, Presidente Associazione Scientifica Alimentazione, Nutrizione e Dietetica (ASAND)

Iris Zani, Presidente Federazione delle Associazioni di Pazienti Obesi

Chi cura deve "sapere"; "saper fare"; "saper essere". Ma lo stesso vale per chi vive con una malattia cronica. Deve conoscere la sua malattia, essere informato su come aderire al meglio alle terapie e alla prevenzione secondaria e, soprattutto, deve essere accompagnato ad accettare la malattia e a vivere una vita significativa. Da qui il ruolo dell'Educazione Terapeutica del Paziente (ETP) come strumento che migliora gli outcome clinici, l'alleanza terapeutica e la qualità della vita. Un'educazione che non può essere rivolta solo ai pazienti ma anche ai sanitari che la impartiscono e devono essere i primi a farla propria se, come dice l'OMS, lo stigma correlato alla salute è il "fardello nascosto della malattia". Uno stigma fatto di pregiudizi che i medici e sanitari stessi spesso condividono e i pazienti interiorizzano, colpevolizzandosi, allontanandosi dalle cure, perdendo fiducia nei clinici. Ma può un malato di diabete, obesità o problemi mentali essere colpevolizzato, (o trattato come se fosse più colpevole di un ammalato di tumore?). Partendo da questa domanda un panel di esperti multidisciplinari affronterà l'impatto e l'origine dei pregiudizi in ambito sanitario, le esperienze sperimentali che l'hanno superato, e gli interventi formativi che possono aiutare il personale sanitario a informare ed essere informato, trasformando comunicazione, ascolto ed empatia in strumenti di miglioramento clinico per le cronicità.

TEMATICHE AFFRONTATE

Nel corso dell'incontro è emersa innanzitutto la necessità di una formazione interdisciplinare e continua, insieme al ruolo fondamentale svolto dalle Associazioni, dalle Università, dagli Ordini professionali e dalle Istituzioni. È stato inoltre approfondito il contributo dei pazienti e dei caregiver nella cocostruzione degli interventi di Educazione Terapeutica del Paziente (ETP), così come l'importanza di individuare indicatori di impatto in grado di misurare l'efficacia delle azioni intraprese. Si è discusso anche della resistenza al cambiamento e dell'esigenza di promuovere il modello biopsicosociale, evidenziando il valore dell'integrazione dell'Educazione Terapeutica del Paziente (ETP) nei PDTA e affrontando il tema dello stigma.

Le posizioni riportate di seguito rappresentano una sintesi estesa dei contributi emersi durante la tavola rotonda. In alcuni punti il documento approfondisce concetti che non sono stati trattati in modo esplicito ma che risultano coerenti con l'impianto discusso. Per mantenere aderenza al confronto, si sottolineano in particolare:

- il ruolo attivo del paziente e del caregiver;
- la necessità di formare i professionisti anche sugli aspetti psicologici e comunicativi, incluso lo stigma;
- l'importanza di definire indicatori già in fase di progettazione degli interventi;
- il valore della leadership istituzionale nel superare la resistenza al cambiamento.

L'Educazione Terapeutica del Paziente (ETP) rappresenta oggi uno dei pilastri delle politiche di gestione delle malattie croniche e della promozione del benessere lungo tutto l'arco di vita. L'ETP non è un'attività accessoria o "di contorno", ma un intervento terapeutico basato sulle evidenze, riconosciuto **dall'Organizzazione Mondiale della Sanità** come componente essenziale della gestione clinica, psicologica e sociale delle condizioni croniche.

L'OMS nel documento pubblicato nel novembre 2023, Therapeutic patient education: an introductory guide, ha ribadito che l'ETP:

- migliora gli esiti clinici;
- riduce le complicanze;
- diminuisce ricoveri e degenze;
- rafforza la qualità della vita e il benessere psicosociale;
- riduce la pressione sui sistemi sanitari;
- favorisce l'equità e la partecipazione informata dei cittadini.

Il **modello biopsicosociale** rappresenta la premessa teorica dell'ETP. Questo modello riconosce che la malattia non è un semplice evento biologico, ma un processo complesso che coinvolge dimensioni psicologiche, emotive, sociali, culturali e relazionali. Superare il modello puramente bio-medico e adottare un approccio biopsicosociale significa:

- considerare il vissuto soggettivo del paziente;
- accogliere le emozioni che accompagnano diagnosi e cronicità;
- affrontare lo stigma (esterno e interiorizzato);
- valorizzare la rete sociale e familiare;
- adattare le strategie terapeutiche al contesto di vita reale.

I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DNA) rappresentano un esempio particolarmente significativo di condizione in cui fattori biologici, psicologici e sociali interagiscono profondamente, rendendo imprescindibile un approccio educazionale personalizzato e multidisciplinare.

Durante la discussione è emerso come il modello biopsicosociale rappresenti non solo un orientamento teorico, ma una cornice operativa che deve guidare la pratica clinica quotidiana dell'ETP e la formazione interdisciplinare dei professionisti.

L'ETP diventa così uno strumento per "leggere" e accompagnare la complessità delle vite, non solo delle malattie.

Questa richiede un team interdisciplinare (medici, infermieri, psicologi, dietisti, fisioterapisti, assistenti sociali, chinesiologi) capace di lavorare con un approccio realmente integrato.

CRITICITÀ EMERSE E DIVERGENZE

La formazione degli operatori è uno dei nodi strutturali più critici. Attualmente, la maggioranza dei professionisti non riceve una formazione sistematica in ETP durante la formazione universitaria o post-universitaria. Un nodo cruciale è la scarsità di docenti con competenze mediche, psicologiche ed educative.

Un'altra importante criticità è la difficoltà per il personale medico di passare da una modalità prescrittiva ad una partecipativa, riconoscendo al paziente il suo ruolo attivo e di responsabilità nel progetto di cura.

L'ETP non è ancora presente sistematicamente nei percorsi di studi universitari e post universitari.

Negli Ospedali spesso mancano vere equipe interdisciplinari (o sono presenti con legami deboli, poco strutturati e poco supportati dal management aziendale) e questo porta ad una frammentazione della cura e ad un invio, quando richiesto, ad uno specialista esterno (ad esempio nell'ambito delle malattie gastrointestinali l'invio ad un nutrizionista o ad uno psicologo che non lavora all'interno della struttura della gastroenterologia) che non conosce l'équipe e molto spesso non si interfaccia con essa perdendo il senso dell'intero processo terapeutico.

Un'importante criticità emersa riguarda la scarsa riconoscibilità dell'ETP da parte di:

- decisori politici,
- amministratori sanitari,
- dirigenti di strutture,
- associazioni di categoria.

La resistenza culturale e organizzativa all'introduzione dell'ETP come pratica strutturata richiede una leadership istituzionale chiara, che sostenga percorsi formativi obbligatori e modelli organizzativi interdisciplinari.

CONCLUSIONI E PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO

Posizioni effettivamente condivise emerse dal panel:

- L'ETP è parte integrante della cura e non un'attività accessoria.
- La formazione interdisciplinare è una priorità non più rinviabile.
- Pazienti e caregiver devono essere coinvolti in modo attivo e strutturato nella progettazione degli interventi.
- Lo stigma e i pregiudizi rappresentano barriere cliniche e relazionali che vanno affrontate con formazione specifica.
- Gli indicatori di output, outcome e impatto devono essere definiti a monte dei percorsi educativi.
- L'inserimento dell'ETP nei PDTA è essenziale per garantire continuità, coerenza e sostenibilità.
- Serve una leadership istituzionale forte per superare la frammentazione attuale e promuovere una cultura realmente centrata sulla persona.
- È necessario un riconoscimento dell'ETP a livello istituzionale

L'ETP è un intervento terapeutico basato su evidenze, con impatto su esiti clinici, benessere, riduzione dei costi e sostenibilità del sistema sanitario.

Si propone quindi di:

- inserire l'ETP nei curricula obbligatori di tutte le professioni sanitarie, creando percorsi formativi nazionali certificati, promuovendo al contempo una formazione continua dell'équipe di lavoro all'ETP;
- introdurre l'ETP nei PDTA;
- coinvolgere i pazienti e i caregiver nella costruzione di programmi di ETP e nella valutazione di quanto realizzato in termine di servizi di ETP strutturati e estesi in continuità fra Ospedali, Aziende sanitarie e servizi del territorio;
- riconoscere a livello istituzionale l'ETP come un intervento essenziale nella cura delle malattie croniche (come accaduto in Francia nel 2009 con una legge specifica), vera azione di politica sanitaria strategica per fronteggiare il numero sempre più crescente di persone affette da patologie croniche il cui "costo" è strettamente legato ad una mancanza di presa in carico globale da parte del sistema sanitario e della comunità tutta.

Queste considerazioni mirano a mantenere il documento pienamente aderente a quanto emerso nel confronto collegiale e a valorizzare i punti di convergenza più significativi che potranno orientare la definizione delle raccomandazioni finali.

FLESSIBILI, LIBERI ED ESENTASSE: IL NUOVO MODELLO DI WELFARE INTEGRATIVO PER TUTTI I DIPENDENTI DEL MONDO DELLA SANITÀ

A cura dei coordinatori:
Stefano Braghieri, Deputy Head of Business Development - Enti Pubblici e Sanità – AON
Giorgia Majelli, Sales Director Welfare &Wellbeing Solutions – AON

Sono intervenuti:
Donatella Foschi, Dirigente amministrativo Asl Roma 1
Antonio Naddeo, Presidente Aran
Leonardo Pasquini, Dirigente amministrativo Azienda USL Toscana centro
Antonello Sacco, Direttore Amministrazione Personale e Relazioni Industriali e Responsabile Legale Corporate Affairs e Privacy IDI Roma
Giorgio Casati, Direttore Farmacap
Francesca Gnudi, Direttrice U.O. Servizio Prevenzione e Protezione e Responsabile del Programma Aziendale Salute Organizzativa
Mariangela Vitone, Direttore Risorse Umane dell'Ospedale di Sassuolo
Elena Tropiano, Direttore Amministrativo Ospedale Policlinico di Milano
Isabella Mastrobuono, Referente delle regioni e province autonome dell'osservatorio nazionale dei fondi sanitari integrativi

La sanità pubblica italiana attraversa una fase di profonda criticità, segnata da una carenza strutturale di personale – in particolare infermieristico – riconducibile a una programmazione inadeguata dei fabbisogni, all'invecchiamento della forza lavoro e ai vincoli alla spesa che per anni hanno rallentato il turnover.

A questi fattori si aggiunge la ridotta attrattività del lavoro nel settore pubblico e il conseguente aumento dei fenomeni di uscita: **l'emigrazione professionale verso l'estero** (oltre 31.000 professionisti tra il 2001 e il 2021) e l'incremento delle dimissioni volontarie, ulteriormente acuitosi durante la pandemia da Covid19. Oggi più di un terzo dei dipendenti del SSN ha più di

55 anni e, tra il 2025 e il 2035, si stimano circa 154.000 pensionamenti. Il ricambio generazionale appare quindi incerto, con effetti potenzialmente critici sulla sostenibilità futura del sistema.

Per garantire la tenuta del SSN è necessario un cambiamento di paradigma che includa:

- una migliore programmazione dei fabbisogni,
- la revisione dei modelli organizzativi e dei rapporti interprofessionali,
- una forte azione per rendere più attrattive le professioni sanitarie.

In questo scenario, anche alla luce del recente rinnovo del CCNL del comparto sanità pubblica, gli strumenti di welfare integrativo assumono una valenza strategica: costituiscono una forma di sostegno economico e di benessere – estendibile anche ai familiari – capace di incidere in modo significativo sull'attrazione, la permanenza e il coinvolgimento dei professionisti.

Il tavolo di lavoro si è sviluppato lungo un percorso coerente, con l'obiettivo di porre il benessere di chi opera nella sanità pubblica al centro delle scelte organizzative, e di individuare leve e strumenti per rafforzarlo in modo strutturale.

In apertura, a partire dagli esiti della survey **Aon H&B Trends Report Italia 2024**, realizzata in collaborazione con l'Università di Pavia, è stata delineata una fotografia:

- del livello di conoscenza del welfare integrativo da parte del personale del settore pubblico;
- della percezione del suo impatto sulla performance delle organizzazioni.

Ne emerge un quadro in cui il potenziale del welfare è ampiamente riconosciuto, ma non sempre pienamente compreso, comunicato e valorizzato.

All'interno di questo contesto è stato quindi approfondito lo strumento dei **flexible benefit**, un insieme di benefit flessibili che consentono di personalizzare il pacchetto di welfare in base ai bisogni delle persone e che si stanno progressivamente diffondendo anche nel settore pubblico, grazie agli ultimi rinnovi contrattuali. Tali strumenti consentono inoltre di sostenere il potere d'acquisto dei dipendenti, poiché gli importi destinati all'iniziativa sono soggetti a totale defiscalizzazione.

I contributi dei relatori hanno illustrato le prime esperienze e i primi approcci al welfare integrativo nelle Aziende Sanitarie Pubbliche, evidenziando non solo le opportunità, ma anche le principali difficoltà:

- resistenze culturali, legate a una visione tradizionale del rapporto di lavoro pubblico e a una scarsa conoscenza degli strumenti di welfare;
- limiti organizzativi e gestionali delle amministrazioni, spesso prive di strutture dedicate e di competenze specialistiche sul tema.

Le indagini sul welfare integrativo sviluppate dalle realtà sanitarie hanno fatto emergere alcune aree considerate prioritarie dai dipendenti, tra cui:

- mobilità e logistica;

- sanità integrativa offerta direttamente sul luogo di lavoro;
- sostegno ai caregiver;
- misure a favore della genitorialità;
- contributi e sussidi orientati al benessere organizzativo.

In questo quadro si inserisce l'esperienza della **ASL Roma 1**, prima realtà a livello nazionale ad introdurre un piano di flexible benefit rivolto all'intero personale, che ha reso ancora più tangibili questi concetti traducendoli in interventi concreti. Sono stati illustrati:

- il percorso progettuale seguito dall'Amministrazione;
- le fasi di ascolto e di confronto strutturato con le parti sociali;
- le valutazioni effettuate in termini di sostenibilità economica e organizzativa;
- le principali scelte operative adottate per definire l'offerta di servizi e le modalità di fruizione del piano.

Decisivo per il successo dell'iniziativa è stato il ricorso a una **piattaforma digitale esterna**, in grado di offrire un'ampia gamma di beni e servizi fruibili dai dipendenti, garantendo equità, trasparenza e facilità di accesso.

Il confronto si è infine esteso a ulteriori esperienze, anche del settore privato, finalizzate a valorizzare il benessere dei dipendenti e lo sviluppo professionale, con l'obiettivo di aumentare l'attrattività e la capacità di retention delle strutture sanitarie.

Tra i diversi spunti emersi:

- il **worklife balance** è riconosciuto come componente strutturale del benessere lavorativo, con un'attenzione particolare alle misure di sostegno alla genitorialità, alle tutele per le lavoratrici madri, al supporto ai caregiver e agli strumenti di conciliazione vita-lavoro;
- viene ribadito il **ruolo centrale del rapporto tra benessere organizzativo e leadership**: qualità delle relazioni, stile di gestione e capacità di ascolto dei responsabili incidono in modo diretto sulle decisioni delle persone di restare o meno in azienda;
- costruire percorsi personalizzati di crescita, che sappiano riconoscere il potenziale unico delle persone e offrano lo spazio per esprimerlo pienamente. Un modello che mette al centro la persona, non solo come professionista, ma come individuo portatore di

valori, idee e visioni per il futuro e che mira a generare valore non solo per i singoli professionisti coinvolti, ma per l'intera organizzazione ospedaliera, favorendo un modello di sanità più evoluto, umano e sostenibile.

Gli esiti del confronto convergono su un'idea chiave: **mettere il benessere di chi lavora nella sanità pubblica al centro delle scelte organizzative e gestionali**, riconoscendolo come leva strategica per migliorare la qualità dei servizi offerti ai cittadini e generare valore pubblico.

In questa prospettiva, il welfare integrativo – pur nella sua importanza – non è sufficiente se non inserito in una più ampia **politica di gestione e sviluppo del personale** che preveda:

- qualità della leadership;
- sviluppo continuo delle competenze;
- percorsi di carriera chiari, trasparenti e differenziati;
- sistemi di riconoscimento del merito.

La cura delle persone che lavorano nella sanità viene dunque riconosciuta come **condizione essenziale** per garantire continuità, qualità e sostenibilità al servizio sanitario nel suo complesso.

Il benessere del personale non può essere ridotto a un insieme di singole misure, ma va inteso come un risultato sistemico, frutto di scelte coerenti su più piani:

- organizzativo,
- culturale,
- relazionale,
- formativo.

Un elemento ricorrente in tutti i contributi è che il problema principale non viene percepito come strettamente economico. Non è tanto la mancanza di risorse a bloccare i processi, quanto piuttosto una **resistenza di natura culturale e organizzativa**, in particolare sul versante sindacale e, più in generale, nel modo tradizionale di concepire la gestione del lavoro pubblico.

Per superare queste criticità, è stata evidenziata la necessità di:

- avvalersi di esperti in grado di supportare le amministrazioni nella progettazione, nella comunicazione e nella presentazione dei progetti di welfare;
- definire obiettivi chiari e trasparenti, da condividere sin dall'inizio con le organizzazioni sindacali;
- costruire un dialogo strutturato, basato su dati, evidenze di impatto e monitoraggio continuo.

Tutto ciò suggerisce che le resistenze possono essere superate lavorando su una progettazione accurata e su un confronto trasparente e partecipato.

CONCLUSIONI E PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO

Dalle testimonianze delle aziende sanitarie e dagli interventi istituzionali emerge un quadro ricco di esperienze positive, progetti di innovazione gestionale e iniziative orientate a migliorare clima interno, partecipazione e valorizzazione professionale. Tali esperienze risultano però ancora:

- frammentate,
- disomogenee,
- non sempre adeguatamente sostenute, monitorate o diffuse.

Perché il welfare integrativo possa esprimere appieno il proprio potenziale, è necessario inserirlo in una strategia complessiva di benessere organizzativo e di sviluppo delle persone. In quest'ottica, le principali linee di miglioramento indicate dal tavolo sono le seguenti.

1. Rendere strutturali le politiche di benessere organizzativo

Occorre passare da iniziative episodiche a **programmi continuativi** di attenzione al benessere del personale, che prevedano:

- sistemi di ascolto regolari (indagini di clima, focus group, canali di feedback strutturati);
- traduzione sistematica dei risultati in piani di azione concreti;
- definizione di indicatori specifici (turnover, assenteismo, segnali di disagio, percezione di equità), da monitorare stabilmente accanto ai tradizionali indicatori economici e clinici.

2. Valorizzare competenze, percorsi di carriera e riconoscimento

Per contrastare demotivazione, fuga di competenze e difficoltà di retention è fondamentale:

- disegnare percorsi professionali chiari, trasparenti e differenziati, con reali opportunità di sviluppo clinico, tecnico e gestionale;
- affiancare un sistema di riconoscimento – anche non strettamente economico – che dia visibilità ai contributi innovativi e premi impegno, responsabilità e risultati.

3. Sostenere una leadership orientata alle persone

La qualità della leadership intermedia e apicale rappresenta un elemento critico per l'ambiente di lavoro. È quindi raccomandabile:

- investire in modo sistematico nella formazione di direttori, dirigenti e coordinatori su temi quali gestione delle persone, comunicazione, gestione dei conflitti, inclusione e partecipazione;
- riconoscere il benessere del personale come responsabilità diretta del management, integrandolo negli obiettivi e nei sistemi di valutazione della performance.

4. Sfruttare pienamente le leve contrattuali e il dialogo sociale

Gli spazi offerti dal CCNL e dalla contrattazione integrativa a livello aziendale e regionale possono essere utilizzati per:

- introdurre o potenziare misure che migliorino l'organizzazione del lavoro;
- favorire la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro;
- rafforzare le tutele delle lavoratrici e dei lavoratori.

È auspicabile un **coinvolgimento stabile e strutturato** delle organizzazioni sindacali e delle rappresentanze del personale nella progettazione, implementazione e valutazione degli interventi di welfare e di benessere organizzativo.

GOVERNANCE E TECNOLOGIE PER LA RIDUZIONE DELLE LISTE D'ATTESA: UN APPROCCIO INTEGRATO PER GUIDARE DECISIONI STRATEGICHE

A cura del coordinatore:
Roberto Perilli, Unità Operativa Semplice Oculistica Territoriale ASL Pescara

Sono intervenuti:
Salvatore Guastella, Vicepresidente ASSAP Opere Pie Riunite Lupis, Ragusa; Psicoterapeuta, Formatore
Salvatore Gioia, Direttore Generale ATS Insubria
Luciano De Biase, Professore Associato di Cardiologia, La Sapienza, Socio CDTI
Lara Morelli, Vicesegretario Provinciale Fimmg Roma
Chiara Basile, Dirigente dell'Area Qualificazione, regolazione, identità e portafoglio digitale

Il tavolo si inserisce in un dibattito di estrema attualità, stante il perdurare del problema relativo alle liste d'attesa nonostante la molteplicità delle proposte, che non hanno ancora generato una soluzione.

Ad affrontare il problema sono chiamati a contribuire diversi operatori: sanitari, amministrativi, informatici, manageriali, pubblici e privati, tra i quali sembra persistere l'assenza di un dialogo trasversale efficace.

- Aumento delle prestazioni sanitarie legato all'invecchiamento della popolazione, ai progressi tecnologici e ad una maggiore coscienza sanitaria dei cittadini.
- Sanità digitale e Intelligenza Artificiale (IA).
- Ruolo delle diverse figure coinvolte nell'erogazione dei servizi e contesto contrattuale.
- Adeguatezza della normativa vigente e stato dell'applicazione della stessa.
- Privacy e medicina legale.
- Formazione.

La burocratizzazione dei passaggi e l'autonomia interpretativa regionale contribuiscono a rendere impianti normativi di per sé chiari e completi come il DM 77 e il Piano Nazionale per il Governo delle Liste d'Attesa (PNGLA) difficili da realizzare. Anche l'articolazione clinica dell'offerta tramite Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali (PDTA) si scontra spesso con ridondanze generate da un eccesso di cautela medico-legale, da disomogeneità dei dati e da una limitazione alla condivisione degli stessi per motivi di privacy e per la implementazione non ancora completa e disomogenea tra regioni del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE). Un aggiornamento degli Accordi Collettivi Nazionali potrebbe disegnare meglio l'articolazione delle attribuzioni di ogni singolo stakeholder coinvolto.

L'integrazione ed interazione ospedale-territorio e la messa a regime delle case di comunità sono ancora lontane, nonostante la presenza di due potenziali grandi facilitatori quali la telemedicina, che permette un lavoro di gruppo e la possibilità di giovarsi di opinioni cliniche meno "monocratiche", ed il FSE.

L'informatizzazione dei dati permette di valutare le scelte dei pazienti, tra le quali la percentuale di rinunce alle prestazioni ed i flussi verso altri centri di erogazione spesso più blasonati, parametri indiretti ma significativi della qualità dell'erogato. Una cultura dell'analisi dei dati informatici è ancora carente.

La fase più prettamente medica spazia fortemente:

- le *prescrizioni* spesso sono iperprescrizioni (considerate anche quelle successive moltiplicative generate da una prima prescrizione) con forte componente difensiva, per un timore medico-legale che dovrebbe essere discusso a tavolino tra società scientifiche onde rassicurare cittadini e medici;; peraltro, una limitazione che impatta sulla valutazione del processo e della sua qualità è l'eccesso di attenzione rivolto alle singole prestazioni, piuttosto che ai pacchetti di prestazioni compresi nei PDTA;
- l'*appropriatezza*, argomento di difficilissima gestione in quanto entra nella valutazione della capacità clinica dei professionisti, è molto discussa ma poco incline a soluzioni, anche se l'adozione di linee-guida e PDTA concordati, e la digitalizzazione dei dati con conseguente innalzamento della standardizzazione di procedure e linguaggi, ne potrebbe verificare l'esecuzione senza ap-

parire invadente nei confronti dell'"autonomia clinica" dei professionisti;

- le *classi di priorità* rimangono spesso (almeno fino all'adozione completa del nuovo manuale RAO) un filtro spesso a maglie troppo larghe per poter essere considerate un "non-problema" nella gestione delle liste d'attesa;
- la *presa in carico*, imposta dal PNGLA, è ancora il più delle volte un miraggio, che condiziona anche tutta la programmazione delle *visite di controllo*, male denominate (controlli, visite successive, esami parziali…tutte diciture comprese negli stessi codici LEA) e, pertanto, male organizzate, con difficile tracciabilità dei dati erogativi;
- alcune *incombenze burocratiche*, che spaziano dalla raccolta del consenso privacy all'atto della visita al rinnovo dei piani terapeutici, dovrebbero trovare tempi e luoghi diversi dall'ambulatorio deputato ad erogare salute.

La *formazione* degli stakeholder è ancora non ben definita e può risentire, nella sua componente medica, della presenza delle aziende farmaceutiche. L'università, che dovrebbe farsene carico (soprattutto in presenza di epidemiologie che cambiano continuamente), non è ancora pronta a diffondere una cultura organizzativa adeguata, e soprattutto ispirata al *Needs Assessment*, disciplina anglosassone che regola l'allocazione dei servizi secondo epidemiologia, storia delle malattie, logistica di erogazione.

CONCLUSIONI E PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO

Le posizioni riportate, condivise dal Tavolo, rappresentano spunti di lavoro per i quali la collaborazione tra culture e attitudini diverse è un plusvalore indispensabile per il successo.

La monoliticità di paradigmi quali la centralizzazione delle responsabilità nelle mani del direttore generale, la sostanziale irresponsabilità del singolo attore nei confronti di un'educazione alla prevenzione ed alla salute e ad un rispetto nei confronti della salute stessa e dei suoi erogatori, la maniacalità di un controllo capillare mediante una burocratizzazione ipertrofica, l'attitudine a normare – anche in maniera differente regione per regione – i processi piuttosto che rispettare i princìpi generali ed agire con snellezza a riguardo, sono parametri che non sembrano vincenti nella soluzione dei problemi che affliggono il nostro SSN.

Certamente la possibilità digitale è un elemento da cavalcare, e può servire a creare parametri di applicazione standardizzata ed universale, che hanno il retrogusto dolce di togliere qualche responsabilità di controllo.

Insomma, in questo periodo di grande crisi, ma anche di grande disponibilità morale ed intellettuale, quello che è diventato il *Sistema* Sanitario Nazionale ci offre tutti gli strumenti per farlo tornare a diventare il *Servizio* Sanitario Nazionale: la differenza non è solo nella scelta del termine, ma nella volontà di riattribuire nella percezione collettiva dei cittadini, soprattutto anziani e fragili, quel senso di dedizione di persone capaci che si mettono a disposizione per ascoltare ed avviare ad un percorso coordinato verso la soluzione, o quanto meno l'alleggerimento, del problema "salute".

IN SALUTE E MALATTIA: L'ALIMENTAZIONE AL CENTRO DI VITA, BENESSERE E PREVENZIONE

A cura di:
Arrigo Cicero, Professore associato Dipartimento di Scienze mediche e chirurgiche Università degli Studi di Bologna e presidente Società Italiana di Nutraceutica (SINut)

Sono intervenuti:
Salvo Latino, Presidente Longaevitas APS
Frida Leonetti, Key Note Speaker della Società Italiana di Diabetologia
Enrico Prosperi, Medico Chirurgo, Specialista in Psicologia Clinica, Presidente della Società Italiana di Educazione Terapeutica e Prof.ac di Educazione Terapeutica nell'ambito clinico e ospedaliero presso l'Università Europea di Roma
Antonella Maugliani, Prima ricercatrice ISS
Rudy Alexander Rossetto, Presidente Ordine dei Biologi della Lombardia
Matteo Pace, Biologo nutrizionista
Giovanni Scapagnini, Professore di Nutrizione Clinica presso l'Università degli Studi del Molise, Direttore scientifico della Fondazione Garda Valley (Oniverse); Vicepresidente Società Italiana di Nutraceutica (SINut)
Elena Pagliarino, Research Scientist presso Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR)
Esmeralda Capristo, Professore in scienze tecniche dietetiche applicate Università Cattolica del S. Cuore, Roma; Comitato scientifico Fondazione Aletheia
Laura Rossi, Specialista in Scienze dell'Alimentazione; Dirigente di ricerca; Direttore Reparto Alimentazione, Nutrizione e Salute ISS
Sabina Sieri, Ricercatrice at Fondazione IRCCS Istituto nazionale dei tumori

Integrazione nutrizionale nella prevenzione cardiometabolica e nelle strategie per la longevità

Nel confronto è emerso come la **prevenzione primordiale** sia oggi un passaggio decisivo per aumentare l'healthspan e favorire la **"compressione**

della morbidità", cioè spostare più avanti possibile l'insorgenza delle malattie croniche e ridurre gli anni vissuti con disabilità. In quest'ottica, l'attenzione si concentra sui **parametri che anticipano il rischio** (pressione arteriosa, profilo lipidico, glicemia e insulino-resistenza, adiposità viscerale, stato infiammatorio), e su quando abbia senso intervenire **prima** che tali indicatori superino soglie tali da rendere inevitabile una farmacoterapia più intensa.

Un punto centrale riguarda i **criteri di scelta** degli integratori: l'impiego ha senso solo quando si tratta di prodotti con **standardizzazione** e controllo di qualità, buona **biodisponibilità**, evidenze cliniche solide e **riproducibilità di lotto**. È stata inoltre discussa la necessità di una **gerarchia delle evidenze**, distinguendo tra dati provenienti da RCT e meta-analisi rispetto a studi brevi o osservazionali, e tra marker surrogati **validati** (con significato prognostico) e marker meramente esplorativi.

Infine, è stata sottolineata l'importanza della **personalizzazione** (in base a età, dieta di base, stile di vita e comorbidità) e del ruolo di medici e farmacisti nel counselling, per gestire aspettative e aderenza. In parallelo, si è ribadito che dose, durata e monitoraggio sono determinanti: definire target misurabili, programmare follow-up e stabilire criteri di sospensione è parte integrante di un utilizzo appropriato.

Nel confronto è emerso come la **prevenzione primordiale** sia oggi un passaggio decisivo per aumentare l'healthspan e favorire la **"compressione della morbidità"**, cioè spostare più avanti possibile l'insorgenza delle malattie croniche e ridurre gli anni vissuti con disabilità. In quest'ottica, l'attenzione si concentra sui **parametri che anticipano il rischio** (pressione arteriosa, profilo lipidico, glicemia e insulino-resistenza, adiposità viscerale, stato infiammatorio), e su quando abbia senso intervenire **prima** che tali indicatori superino soglie tali da rendere inevitabile una farmacoterapia più intensa.

Un punto centrale riguarda i **criteri di scelta** degli integratori: l'impiego ha senso solo quando si tratta di prodotti con **standardizzazione** e controllo di qualità, buona **biodisponibilità**, evidenze cliniche solide e **riproducibilità di lotto**. È stata inoltre discussa la necessità di una **gerarchia delle evidenze**, distinguendo tra dati provenienti da RCT e meta-analisi rispetto a studi brevi o osservazionali, e tra marker surrogati **validati** (con significato prognostico) e marker meramente esplorativi.

Infine, è stata sottolineata l'importanza della **personalizzazione** (in base a età, dieta di base, stile di vita e comorbidità) e del ruolo di medici e farmacisti nel counselling, per gestire aspettative e aderenza. In parallelo, si è ribadito che dose, durata e monitoraggio sono determinanti: definire target misurabili, programmare follow-up e stabilire criteri di sospensione è parte integrante di un utilizzo appropriato.

ll gruppo ha concordato su un'impostazione **"evidence-first"**: privilegiare prodotti con composizione definita e dati clinici riproducibili, evitando scelte basate su mode o claims non supportati. È stata condivisa l'idea che l'integrazione debba rimanere **complementare** e non sostitutiva dello stile di vita: la vera "platform therapy" della longevità resta infatti alimentazione, attività fisica, controllo del peso, qualità del sonno e gestione dello stress.

Un altro punto di consenso riguarda la necessità di usare **dosi efficaci** e con continuità: interventi intermittenti o sotto-dosati riducono drasticamente la probabilità di ottenere benefici misurabili. In questo quadro, la **rivalutazione periodica** di efficacia e sicurezza è considerata imprescindibile, definendo a monte obiettivi chiari e condivisi con il paziente e verificandone l'andamento nel tempo.

CRITICITÀ EMERSE E DIVERGENZE

Tra le principali criticità è stata evidenziata l'**eterogeneità dei prodotti** e la variabilità di qualità, che rende difficile trasferire nella pratica risultati ottenuti con formulazioni non comparabili o non standardizzate. È stata inoltre discussa la frequente dipendenza da evidenze su **durate brevi** e su endpoint surrogati, con conseguente incertezza sull'impatto clinico **di lungo periodo**, soprattutto quando l'obiettivo dichiarato è la prevenzione su orizzonti di anni.

È emerso anche il rischio di alimentare aspettative irrealistiche, specie in presenza di marketing "anti-aging", con possibile **medicalizzazione** di soggetti a basso rischio o con interventi non realmente necessari. Infine, si è sottolineato il tema della **sicurezza in polifarmacoterapia**, con possibili interazioni e la necessità di criteri condivisi per avvio, monitoraggio e sospensione, soprattutto nei pazienti fragili o pluritrattati.

CONCLUSIONI E PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO

In un percorso orientato alla longevità, l'integrazione nutrizionale può essere utile quando è **selettiva, misurabile e monitorata**: si definiscono obiettivi, si verifica la risposta (clinica e/o laboratoristica), si valuta la tollerabilità e si integra tutto con un intervento strutturato sullo stile di vita. In pratica, questo significa adottare criteri di appropriatezza – **chi** trattare, **cosa** usare, **per quanto tempo**, con **quali target** – e privilegiare prodotti standardizzati, con dosi studiate e tracciabilità di qualità.

È inoltre opportuno prevedere un monitoraggio periodico e un counselling mirato su aderenza, sicurezza e aspettative realistiche, in modo che l'integrazione rimanga uno strumento di prevenzione razionale e non una scorciatoia "promozionale".

La transizione clinico assistenziale e organizzativa - dalla gestione pediatrica alla medicina dell'adulto

A cura delle coordinatrici:

Sandra Frateiacci, Presidente ALAMA-APS (Associazione Liberi dall'Asma, dalle Malattie Allergiche, Atopiche, Respiratorie e Rare); Responsabile Nazionale Settore Salute OPES APS

Antonella Celano, Presidente Associazione Nazionale Persone con Malattie Reumatologiche e Rare APMARR APS ETS

Sono intervenuti:

Rino Agostiniani, Presidente Società Italiana di Pediatria (SIP)

Paola Andreozzi, Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto I Roma, Direttore responsabile Day Service di Medicina Predittiva, Genere specifica e Cronicità, Formazione Società Italiana Medicina Interna (SIMI)

Katia Ansani, ASL Rieti - Referente Ambulatorio Allergologia adulti, Ospedale San Camillo de Lellis di Rieti

Giuseppe Baviera, Pediatra, Allergologo, Comitato Medico Scientifico ALAMA-APS

Andrea Campana, Primario della Unità Operativa Complessa di Pediatria Multispecialistica dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù sede Palidoro

Sara Caponigro, Medico di Medicina Generale, Divulgatrice Social, Consulente Scientifico RAI, Autrice

Giovanni Cavagni, Pediatra Allergologo, Comitato Medico Scientifico ALAMA-APS

Giorgio Colletti, UOSD di Allergologia e Immunologia Pediatrica, Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto I Roma

Roberto Copparoni, Ministero della salute, Direzione generale dell'Igiene e della sicurezza alimentare, Direttore Ufficio 4 - Alimenti a Fini Medici Speciali ed integratori

Antonella Frassanito, Dipartimento Materno Infantile e Scienze Ginecologiche; UOD Pronto Soccorso Pediatrico - Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Umberto I Roma

Serenella Grossi, Pediatra Allergologa, Membro Comitato Medico Scientifico ALAMA-APS

Anna Santa Guzzo, Risk management e audit clinico - Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto I Roma

Laura Iagnemma, ASL Rieti - Infermiera Servizio di Allergologia, Ospedale San Camillo de Lellis di Rieti

Donatella Mancini, ASL Rieti, Ospedale San Camillo de' Lellis di Rieti - Direttore UOC Pneumologia

Carla Metallo, Psicologa, Ricercatrice, Specializzanda in Psicologia della Salute - Sapienza Università di Roma

Arianna Moretti, Medico di Medicina Generale, Referente Area Diabete e Dislipidemie SIICP - Società Italiana Interdisciplinare Cure Primarie, Specialista in Medicina Interna

Mario Picozza, Presidente Federasma e Allergie Odv - Federazione Italiana Pazienti

Maurizio Pizzoli, ASL Rieti, Referente Ambulatorio Allergologia Pediatrica

La Transizione delle cure dall'età pediatrica all'età adulta è un tema di rilevante attualità e interesse generale, che deve essere affrontato con un approccio strutturato che preveda una presa in carico multidisciplinare e multiprofessionale supportata da un approccio psicologico che presti particolare attenzione ai minori affetti da malattie croniche e/o rare e, tra queste, le malattie atopiche, respiratorie, allergico/immunologico e a coloro che vivono una condizione di disagio psicologico.

- come gestire la transizione del minore di età dalle cure a gestione pediatrica a quelle a gestione dell'adulto;
- come gestire il rischio clinico nel passaggio dalla gestione ospedaliera a quella territoriale;
- la nutrizione in età pediatrica e fattori di rischio;
- l'importanza delle reti e dei registri di patologia;
- la comunicazione con gli adolescenti e le famiglie;
- vecchie e nuove modalità di comunicazione e di consultazione tra professionisti della sanità, medicina di base e specialistica in un contesto territorio-ospedale-territorio e la telemedicina.

Attraverso FOCUS specifici sono state esaminate, in particolare, due esperienze in atto sulla gestione del minore con patologia cronica e/o rara attraverso alcuni modelli di "transizione" delle cure dalla gestione pediatrica a quella dell'adulto attualmente in fase di realizzazione in due contesti sanitari con diverse caratteristiche territoriali ed organizzative. Il primo, riferito ad un contesto Territorio-Ospedale-Territorio nella città metropolitana di Roma presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto I di Roma con un percorso di transizione che vede nella figura dell'internista e della medicina predittiva e di precisione l'opportunità di gestione delle multimorbilità e di rivalutazione e riconciliazione terapeutica nei minore con comorbilità (come nel caso di minori affetti da patologie su base atopica) provenienti dalle diverse unità specialistiche ospedaliere e dal territorio. Il PPDTA attiva tra gli altri, percorsi di educazione sanitaria e follow-up programmati volti a seguire nel tempo il paziente che ha effettuato la transizione e, ove necessario, successivi specifici percorsi di approfondimento specialistico e di telemedicina rivolti al paziente e alla condivisione della sua gestione tra e con gli specialisti ospedalieri, territoriali e della medicina di base (PLS-MMG) come ulteriore strumento di garanzia della continuità dell'assistenza tra ospedale e territorio.

Il secondo, realizzato nella ASL di Rieti, in un contesto provinciale, in un territorio a forte valenza interna, vede nella realizzazione di un ambulatorio condiviso tra allergologia pediatrica e allergologia dell'adulto l'attuazione di un percorso condiviso, dove la contemporanea presenza degli specialisti pediatri e dell'adulto, permette di definire ed attuare uno specifico PPDTA de-

dicato alla Transizione, nel quale sono programmate e gestitele le diverse "fasi" del passaggio di presa in carico e cura sanitaria e socio-assistenziale tra i due diversi setting, l'attuazione del PPDTA è favorito dalla condivisione anche fisica degli spazi dedicati alla cura e all'**educazione terapeutica** del minore e della sua famiglia/caregiver.

In entrambe le esperienze è stata **evidenziata l'importanza del ruolo e del contributo della medicina di base nelle figure dei pediatri di libera scelta e dei medici di medicina generale** operanti sul territorio nonché dell'**infermiere quale figura strategica nel ruolo del Case Manager della transizione.**

Un focus particolare è stato dedicato alle tematiche della nutrizione e della sicurezza alimentare, con specifico riferimento alle persone di minore età affette da allergie alimentari e/o disturbi dell'alimentazione nel percorso di presa in carico e cura ed in particolare nel momento del ricovero ospedaliero.

Attenzione specifica è stata posta agli aspetti del **rischio clinico nella gestione condivisa tra ospedale e territorio** nella fase della transizione dalle cure ospedaliere a quelle territoriali.

Ampio spazio è stato poi dedicato alle problematiche di gestione di minori affetti da malattie rare che presentano spesso caratteristiche gestionali particolarmente complesse e ad alta specificità che frequentemente continuano ad essere gestiti in reparti pediatrici ad alta specializzazione, come ad esempio presso l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, anche dopo aver abbondantemente superato l'età generalmente indicata per effettuare la transizione dalle cure del pediatra a quelle dell'adulto.

Le due proposte di PPDTA sopra esaminate, che vedono anche la partecipazione attiva delle associazioni di pazienti, fanno riferimento a due percorsi che prevedono di superare le criticità organizzative secondo due modalità di presa in carico e gestione che, seppure con diverse modalità, sono volte alla **creazione di percorsi di *transitional care* formalizzati**, **che assicurano il passaggio di consegne tra équipe pediatrica e dell'adulto, tra setting ospedaliero e territoriale.**

Percorsi che impattano su Famiglie e Adolescenti con l'obiettivo di **mitigare l'aspetto emotivo e sociale che la *discontinuità assistenziale* crea e che frequentemente genera un senso di abbandono e di incertezza** nei giovani e nelle loro famiglie.

Modelli di presa in carico e cura, multidisciplinari e multiprofessionali supportati da strumenti di monitoraggio che, attraverso **indicatori di esito condivisi**, permettono di sostenere **percorsi personalizzati** fondamentali per **garantire continuità, equità, qualità assistenziale e tracciabilità del percorso di transizione attraverso un processo pianificato e multidisciplinare,** che include anche il **supporto psicologico.**

Coinvolgimento delle società scientifiche e delle associazioni pazienti e del terzo settore. Le società scientifiche di patologia giocano un ruolo importante nella definizione di Linee Guida e raccomandazioni e, insieme alle **associazioni pazienti e del terzo settore assumono un ruolo strategico nella creazione di reti di osservazione del fenomeno e di supporto alle direzioni aziendali ospedaliere e territoriali e alla politica** per favorire il superamento delle difficoltà ancora oggi fortemente presenti.

Necessità di una **formazione universitaria e continua dei professionisti sanitari, che deve comprendere la formazione alla comunicazione medico-paziente e tra professionisti.**

CRITICITÀ EMERSE E DIVERGENZE

Le criticità emerse dall'analisi del contesto nazionale riguardano principalmente:

- evidenti differenze territoriali e frammentazione del sistema di accesso a strutture dedicate alla Transizione delle cure dall'età pediatrica a quella dell'adulto;
- la necessità che gli interventi vengano strutturati in un "quadro nazionale" e siano "normati" e formalmente riconosciuti e non delegati alla buona volontà dei responsabili di turno assegnati ai vari livelli decisionali.

Criticità che si presentano **sia** in termini di strutture socio-assistenziali e sanitarie (territoriali e ospedaliere – una testimonianza è rappresentata dal numero di ricoveri di minori in reparti per adulti o, come già evidenziato, di adulti con malattia rara che continuano ad essere gestiti in reparti pediatrici ad alta specializzazione); **sia** in termini di loro ubicazione fisica (Strutture, Risorse, Sicurezza) e organizzativa (Modelli, Articolazioni, Meccanismi di Coordinamento, Risorse Umane) che non tiene conto della loro interdipendenza.

CONCLUSIONI E PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO

La mancanza di percorsi strutturati che coinvolgano in maniera proattiva e personalizzata l'adolescente e la sua famiglia (quest'ultima quale "traghettatore" dalla fase adolescenziale a quella adulta) e il medico pediatra sinora coinvolto nelle cure, ha frequentemente, come conseguenza diretta, l'abbandono delle cure da parte dell'adolescente e ricadute, specie nei soggetti con patologie, sulla qualità della sua salute fisica e psicologica, aspetto quest'ultimo che necessita sempre più, specie dopo l'esperienza del COVID-19, di particolare attenzione per personalizzare gli interventi e favorire e preservare una buona qualità della vita.

Non mancano alcuni documenti di indirizzo, proposte e modelli di presa in carico che, nel corso degli anni hanno cercato di affrontare il problema della frammentazione dell'assistenza in questo particolare e delicatissimo momento della vita. Ma come spesso accade, in mancanza di modelli organizzativi strutturati e formalizzati a livello nazionale, poche sono le esperienze di attuazione di percorsi di Transizione e ci si affida alla buona volontà e alla iniziativa di singoli esperti, organizzazioni, associazioni di pazienti, singole strutture sanitarie che identificano e attuano dei percorsi che mirano a garantire la continuità delle cure, a formare ed educare all'acquisizione di abilità di autogestione della malattia, alla preparazione psicologica dell'adolescente con l'obiettivo di ridurre i rischi legati all'abbandono terapeutico durante il passaggio ai servizi per l'adulto.

Le proposte emerse sottolineano la necessità di prevedere e programmare:

- **Percorsi Preventivo Diagnostici Terapeutici Assistenziali e Riabilitativi (PPDTAR) che assicurino la continuità assistenziale, l'educazione terapeutica, la riabilitazione e la programmazione e gestione dei follow-up** al fine di prevenire il rischio di abbandono delle cure da parte dell'adolescente e la conseguente esacerbazione e comparsa delle complicanze cliniche della patologia di base. Complicanze che potrebbero esitare in eventi particolarmente pericolosi per la vita e potenzialmente fatali (anafilassi, attacco acuto d'asma).
- **Interventi multidisciplinari e multiprofessionali**, per la presa in carico e la gestione del minore nella fase di transizione.
- **Collegamento e collaborazione attiva tra medicina di base (PLS e MMG) e i diversi specialisti** coinvolti nella cu-

ra, sia ospedalieri sia territoriali, come caratteristica distintiva orientata al raggiungimento del successo della transizione.

- **Utilizzo delle prestazioni di telemedicina strutturate all'interno dei PPDTA** sulla base delle specifiche necessità diagnostico-terapeutico-assistenziali della persona di minore età presa in carico e del contesto socio/familiare in cui vive, quale strumento utile al miglioramento delle comunicazioni e interazioni tra i diversi professionisti sanitari coinvolti nella presa in carico e cura del paziente nei diversi setting sanitari nonché nell'auspicato miglioramento delle tempistiche di accesso alla cura e alle prestazioni.
- **La formazione universitaria e in aggiornamento continuo del personale sanitario** orientata alla corretta diagnosi, presa in carico e gestione tenendo conto anche degli aspetti nutrizionali e alle potenziali conseguenze negative che le patologie croniche e/o rare, in particolare per gli adolescenti affetti da malattie allergiche alimentari, anche sotto l'aspetto psicologico, del minore nella delicata fase della Transizione nonché l'attenzione agli aspetti nutrizionali al fine di prevenire le conseguenze che possono interferire nella crescita e negli aspetti psicologici del rapporto con il cibo.
- **Percorso Educazionale rivolto al minore e alla sua famiglia/caregiver** strutturato nei PPDTA per far acquisire le competenze utili a gestire la propria malattia sia riguardo l'aspetto terapeutico sia riguardo le abitudini e gli stili di vita e far maturare la consapevolezza dell'importanza dell'aderenza alle prescrizioni delle cure, terapeutiche e non, consigliate dai curanti.

ONE HEALTH: L'INGREDIENTE MANCANTE DEL PROCESSO DECISIONALE

A cura del coordinatore:

Enrico Miccadei, Professore Ordinario di Geografia Fisica e Geomorfologia, Università degli Studi "G. D'Annunzio" Chieti-Pescara, Direttore del Centro di Ateneo Ud'A TEMA (Terra-Mare) e Membro del Gruppo di Lavoro One Health dell'Associazione Italiana Microbiologi Clinici

Sono intervenuti:

Paolo Fazii, Direttore Medico dell'UOC di Microbiologia e Virologia Clinica a valenza regionale, Ospedale Civile dello Spirito Santo di Pescara

Gaetana Ferri, già Direttore Generale della Sanità animale e del Farmaco veterinario, Ministero della Salute; Consigliere Federazione Nazionale Ordini Veterinari Italiani (FNOVI)

Maurizio Ferri, Veterinario dirigente della Asl di Pescara, Coordinatore Scientifico S.I.Me.Ve.P, esperto (reserve list) del comitato consultivo per le emergenze di sanità pubblica, istituito dalla commissione europea nel 2023

Laura Franceschetti, Direttrice del Master di II livello in Management e Innovazione nelle Aziende Sanitarie, presso il Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche

Valeria Dusolina Di Giorgi Gerevini, Dirigente struttura complessa - Ministero della Salute

Giulia Marchetti, Professore Ordinario di Malattie Infettive Università degli Studi di Milano, Direttore Clinica delle Malattie Infettive e Tropicali Ospedale S. Paolo di Milano

Elena Megli, Direttore Distretto Sanitario Asl Roma 2

Laura Mancini, Direttrice del reparto Ecosistemi e Salute del Dipartimento Ambiente e Salute

Maria Triassi, Direttore del Dipartimento ad Attività Integrata di Sanità Pubblica, Farmacoutilizzazione e Dermatologia AOU Federico II; Professore ordinario di igiene generale e applicata, Università degli Studi di Napoli Federico II

Il concetto di *One Health* – traducibile come "Una Salute" – rappresenta un approccio integrato che riconosce l'interconnessione profonda tra la salute umana, quella animale e quella ambientale. Questo paradigma nasce dall'esigenza di affrontare in modo sistemico le grandi sfide globali, promuovendo la collaborazione tra discipline e settori tradizionalmente separati, nella consapevolezza che la salute del pianeta e quella delle persone siano inseparabili.

La pandemia da COVID-19 ha reso evidente quanto le malattie zoonotiche possano emergere dall'interazione non governata tra ecosistemi, animali e attività umane, accelerando il riconoscimento della One Health come strumento indispensabile per la prevenzione e la gestione del rischio sanitario.

Sfide globali e sviluppo sostenibile

L'approccio One Health consente di affrontare in modo integrato problematiche complesse come la perdita di biodiversità, l'inquinamento ambientale, la sicurezza alimentare e l'antibiotico-resistenza. Tali fenomeni non possono più essere analizzati singolarmente, ma richiedono una lettura sistemica che tenga conto delle interdipendenze tra ambiente, economia e salute.

In questa prospettiva, la One Health rappresenta un pilastro fondamentale per uno sviluppo sostenibile ed equo, capace di proteggere contemporaneamente la salute delle persone, degli animali e degli ecosistemi, riducendo le disuguaglianze e aumentando la resilienza delle comunità.

Determinanti ambientali e contesto italiano

Il crescente ruolo dei determinanti ambientali nella salute umana impone una trasformazione profonda delle conoscenze e degli strumenti decisionali. Non è più sufficiente limitarsi allo studio delle patologie e dei fattori di rischio tradizionali: è necessario comprendere come il territorio, le risorse naturali e le trasformazioni antropiche influenzino direttamente l'insorgenza delle malattie.

Nel contesto italiano, caratterizzato da una lunga storia industriale, da un'elevata urbanizzazione e dalla presenza di numerosi siti contaminati, questa integrazione diventa ancora più urgente. La complessità del territorio richiede approcci multidisciplinari in grado di leggere i rischi sanitari in chiave preventiva.

Il lavoro del gruppo e le domande chiave

Il gruppo di lavoro, coordinato da esperti di diversi ambiti disciplinari e coordinato dal Prof. Enrico Miccadei, Professore Ordinario di Geografia Fisica e Geomorfologia, Università degli Studi "G. D'Annunzio" Chieti-Pescara, Direttore del Centro di Ateneo interdisciplinare Terra-Mare, ha condiviso una serie di temi strategici che guidano la riflessione sul futuro della One Health.

In particolare, l'attenzione si è concentrata sul ruolo dei territori e delle città del futuro, sulla gestione delle risorse e della biodiversità, e sul significato operativo del concetto di One Health nelle attività di ricerca. È emersa la necessità di chiarire quali parametri e conoscenze multidisciplinari debbano entrare nei processi decisionali e a quali livelli istituzionali.

Un ulteriore punto centrale riguarda il messaggio da trasmettere a cittadini, professionisti e società nel loro complesso, soprattutto considerando la presenza, nei ruoli decisionali, di figure come medici, veterinari, economisti, geologi, statistici e agronomi. In questo contesto, il ruolo dell'educazione – scolastica e universitaria – viene riconosciuto come fondamentale per costruire una nuova cultura della prevenzione e della responsabilità.

Infine, è stato discusso il contributo specifico delle Scienze della Terra alla salute umana, evidenziando come tali conoscenze possano ridurre in modo significativo i rischi sanitari.

1. Interdisciplinarietà

La One Health si fonda sul dialogo continuo tra le diverse discipline, superando compartimenti stagni e approcci settoriali. La condivisione dei dati e l'oggettività delle informazioni scientifiche rappresentano elementi chiave per costruire decisioni efficaci e basate sull'evidenza.

2. Sicurezza e prevenzione

Un approccio realmente preventivo richiede comportamenti "globali", reti di competenze integrate e sistemi di allerta e monitoraggio condivisi. In questo quadro assumono rilievo la responsabilità collettiva e l'elaborazione di linee guida comuni, capaci di orientare le politiche pubbliche e le azioni sul territorio.

3. Resilienza

La resilienza si costruisce attraverso un'etica condivisa, che coinvolga sia il singolo sia la società nel suo complesso. Una governance consapevole ed edotta, unita a un dialogo trasparente con i cittadini, è essenziale per rafforzare la fiducia e la capacità di risposta ai rischi sanitari e ambientali.

CRITICITÀ EMERSE E DIVERGENZE

Tra le principali criticità identificate vi è la mancanza di informazioni realmente condivise e una definizione univoca di One Health: attualmente, ogni ente tende a interpretare il concetto secondo una propria visione. Inoltre, si avverte l'assenza di momenti strutturati e continuativi di confronto come quello descritto, che dovrebbero invece diventare parte integrante del processo decisionale.

CONCLUSIONI E PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO

Proposte di miglioramento: formazione

La senatrice Liliana Segre scrive: "Per favorire l'onestà intellettuale e la critica è necessaria una società che le incoraggi. Popper chiama la società che incoraggia la critica "società aperta": tra i vantaggi di questo modello c'è quello di favorire lo sviluppo della scienza e, più in generale, della democrazia. La "società chiusa", invece, è tribale, dogmatica, affonda le proprie radici nella filosofia platonica e si materializza nel Novecento nelle dittature comunista, fascista e nazista".

L'onestà intellettuale passa attraverso la conoscenza e dal gruppo di lavoro è uscita la proposta di miglioramento che converge in un'unica parola chiave: **formazione**.

È necessario investire in nuovi percorsi formativi, dalle materne all'università, e in programmi rinnovati, capaci di generare una nuova cultura delle scelte.

Solo attraverso la formazione interdisciplinare sarà possibile costruire competenze adeguate ad affrontare le sfide della One Health.

La formazione rinnovata e innovativa porterà il miglioramento ambientale e quello conseguente della salute pubblica.

DM70, DM77, telemedicina, prevenzione e cura a che punto siamo? Presa in carico del paziente cronico multimorbido. Esperienze realizzate e in corso, risultati e replicabilità.

A cura delle coordinatrici:

Sandra Frateiacci, Presidente ALAMA-APS Associazione Liberi dall'Asma, dalle Malattie Allergiche, Atopiche, Respiratorie e Rare;

Paola Andreozzi, Direttore Responsabile Day Service di Medicina Predittiva, Genere specifica e Cronicità - Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto I Roma; Formazione Società Italiana Medicina Interna (SIMI)

Sono intervenuti:

Michelangelo Bartolo, Regione Lazio – Ufficio Telemedicina Area Innovazione e ICT – Direzione regionale salute e integrazione sociosanitaria

Carla Bruschelli, Medico chirurgo specialista in Medicina Interna, Docente Metodologia Sapienza

Roberto Cangemi, Professore Associato Dipartimento di Medicina Traslazionale e di Precisione, Sapienza Università di Roma

Sara Caponigro, Medico di Medicina Generale, Divulgatrice Social, Consulente Scientifico RAI, Autrice

Roberto Copparoni, Ministero della salute, Direzione generale dell'Igiene e della sicurezza alimentare, Direttore Ufficio 4 – Alimenti a Fini Medici Speciali ed integratori

Mario Luciano Crea, Regione Lazio Presidente V Commissione Cultura, spettacolo, sport e turismo, componente IV Commissione Bilancio Componente VII Commissione Sanità

Gioia Di Muzio, Medico specialista in Allergologia ed Immunologia Clinica; Reumatologia; Medicina estetico

Dilva Drago, Comitato Direttivo Associazione Scientifica per la Sanità Digitale (ASSD)

Giulia Gianfilippo, Farmacista ospedaliera e Medical Writer

Anna Santa Guzzo, Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto I Roma – Risk management e audit clinico

Antonio Magi, Presidente Ordine provinciale di Roma dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Pier Luca Marazzi, Dirigente Medico specialista in Medicina di Comunità e Cure Primarie presso il Dipartimento di Cure Primarie Ausl IRCCS di Reggio Emilia, membro del Direttivo SIMCCP

Lucia Migliaccio, URP e Comunicazione – ASL Roma5

Arianna Moretti, Referente Area Diabete e Dislipidemie Società Italiana Interdisciplinare Cure Primarie (SIICP), Medico di Medicina Generale

Alessandra Morocchi, Assistente sociale ASL Rieti

Sara Consilia Papavero, Knowledge Transfer Manager – Università Campus Bio-Medico di Roma e PhD candidate Università campus Bio-Medico di Roma

Roberto Polillo, Medico Specialista Allergologo

L'applicazione dei due decreti DM77/2002 (assistenza territoriale) e DM70/2015 (standard ospedalieri) che nelle intenzioni dei decisori, hanno l'obiettivo di integrare l'organizzazione sanitaria ospedaliera e territoriale per garantire un accesso equo e appropriato al SSN da parte dei cittadini e dei pazienti, in base alle loro necessità, promuovendo una forte integrazione tra servizi sanitari, socio-sanitari e sociali, lo sviluppo e applicazione di strumenti di telemedicina e il coinvolgimento e la collaborazione della medicina generale e della pediatria di famiglia (ancora oggi, invece, scarsamente integrate) al fine di garantire una presa in carico globale di prossimità e continuità.

Ci sono regioni che stanno adeguando i piani sanitari per definire standard organizzativi e tecnologici su telemedicina e assistenza domiciliare volti a migrare le cure dall'ospedale al territorio potenziando una presa in carico che vede nelle équipe multiprofessionali e nella medicina e pediatria di base la rete di assistenza al cittadino e alle persone affette da malattie croniche/rare, fragili e disabili.

Ma a pochi mesi dal termine del PNRR, si è ancora lontani dall'obiettivo di dare uniformità a livello nazionale alla possibilità di garantire risposte ai problemi di equità di accesso ai cittadini e pazienti al "Sistema Territoriale" previsto nel DM77/2022 assicurando la presenza di Strutture e il numero e l'operatività delle risorse umane utili al loro funzionamento e sull'attuazione dei decreti riferiti alla telemedicina.

Case della Comunità, Centrali Operative Territoriali (COT), Ospedali di Comunità, coinvolgimento della medicina di base (PLS e MMG) e integrazione con quanto previsto dal il DM70/2015 e dai decreti relativi alla telemedicina, ideati per raggiungere l'obiettivo di ridurre le disuguaglianze territoriali e garantire una presa in carico globale in termini di prevenzione, diagnosi, erogazione delle prestazioni sanitarie, riabilitative, socio-sanitarie e sociali di prossimità, di cui necessitano cittadini e pazienti, è una sfida ancora aperta e dai risultati incerti.

TEMATICHE AFFRONTATE

È in questo contesto che abbiamo voluto descrivere il Progetto T.O.T. acronimo di Territorio-Ospedale-Territorio, quale buona pratica ed esempio reale di un percorso di presa in carico globale del paziente cronico e multimorbido, affrontando le seguenti tematiche:

- come gestire la transizione della persona con malattia cronica, in particolare con multimorbidità, e la gestione del rischio clinico nei diversi setting di cura;
- la nutrizione del paziente cronico multimorbido con particolare attenzione agli over 60 e ai grandi anziani e relativi fattori di rischio;
- la necessità di strutturare reti e registri di patologia e, nello specifico, l'urgenza di garantire una rete allergologica nazionale con centri specialistici ospedalieri e territoriali distribuiti in tutte le regioni italiane;
- l'importanza della ricognizione e riconciliazione terapeutica nel paziente cronico multimorbido;
- l'importanza dell'inserimento nei percorsi di presa in carico e cura della telemedicina e, in particolare, del teleconsulto tra specialisti ospedalieri, territoriali e medici di medicina generale;
- la comunicazione e l'educazione terapeutica con le persone con malattie croniche/rare e multimorbidità, con le loro famiglie e caregiver;
- vecchie e nuove modalità di comunicazione e di consultazione tra professionisti della sanità, medicina di base e specialistica in un contesto territorio-ospedale-territorio e la telemedicina;
- la formazione universitaria e la formazione continua delle figure sanitarie e professionali impegnate nei percorsi di presa in carico e cura.

Il progetto, sviluppato e realizzato da anni presso *il Day Service di Medicina Predittiva, Genere specifica e Cronicità dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto I di Roma*, convertito anche in un percorso di erogazione di prestazioni in telemedicina nel periodo della pandemia COVID-19, realizzato in collaborazione con il "Laboratorio sistemi informativi sanitari" - ALTEMS Alta scuola economia management sistemi sanitari mediante l'approccio "telemedicina

subito" e con il contributo dell'Associazione pazienti ALAMA-APS, ha permesso di garantire durante la pandemia la continuità dell'assistenza ai pazienti in carico al Day Service ed è ancora oggi attivo.

Nel progetto T.O.T. – Territorio-Ospedale-Territorio, si concretizza un processo che mira ad attuare una presa in carico personalizzata e globale delle persone con malattie croniche e multimorbide, attraverso percorsi volti alla **diagnosi tempestiva**, alla **ricognizione e riconciliazione terapeutica**, a **programmi educazionali** dedicati al paziente e ai caregiver che hanno l'obiettivo di far **conoscere i fattori di rischio e le misure di prevenzione** utili a contrastarli divenendo così **parte attiva nella gestione della propria malattia** e consapevole dell'importanza dell'**aderenza alle terapie consigliate farmacologiche e non** (stili di vita, corretta alimentazione, nutrizione) e grazie all'implementazione delle attività legate al **telemonitoraggio direttamente dallo studio del Medico di Medicina Generale**, con l'opportunità del **teleconsulto** diretto con gli specialisti del Day Service e all'analisi della **sicurezza delle** cure nel passaggio dai diversi setting di cura, tenendo conto dei **determinanti ambientali di salute. Un approccio che favorisce** il mantenimento della **qualità della vita** in ogni momento del percorso di cura, dalla gestione ospedaliera alla gestione al domicilio, dai ricoveri in emergenza alla gestione delle acuzie, dalla riabilitazione al follow-up, così da concorrere alla limitazione delle riacutizzazioni e dei ricoveri, all'evitamento degli accessi impropri in Pronto Soccorso e alla riduzione delle liste di attesa.

Consenso unanime nella necessità di garantire:

- la continuità della presa in carico e dell'assistenza tra Territorio-Ospedale-Territorio, della telemedicina applicata secondo regole quale supporto alla continuità assistenziale, terapeutica e al monitoraggio del paziente al domicilio ed in particolare della formalizzazione della prestazione di "teleconsulto" così da ottimizzare la possibilità di consulti tra medici specialisti ospedalieri e territoriali e medici di medicina generale.
- L'importanza della gestione della nutrizione nel paziente con malattie croniche, in particolare dei pazienti con allergia alimentare, sia al domicilio sia durante i ricoveri ospedalieri e dei fattori di rischio che determinano l'insorgenza e/o l'aggravamento delle malattie croniche con una attenzione alla sfera socio-assistenziale, sociale, culturale e di comunità.
- Alla situazione particolarmente critica determinata dall'assenza di una rete nazionale di allergologia e alla necessità della creazione di reti di patologia che tengano conto delle comorbilità in un'ottica di presa in carico globale multidisciplinare e multiprofessionale.
- L'importanza della formazione, dell'educazione sanitaria, dell'erogazione delle prestazioni in telemedicina e dell'alfabetizzazione digitale.
- L'importanza della corretta informazione in ambito sanitario e socio-assistenziale e sociale in tema di salute e assistenza individuando nella Comunicazione Efficace lo strumento necessario ad instaurare un rapporto medico-paziente utile a generare fiducia e a trasmettere e valorizzare informazioni e concetti utili alla gestione della malattia quali l'adozione di corretti stili di vita, la corretta alimentazione, il movimento, l'attività fisica, lo sport e l'importanza dell'abbandono dell'abitudine tabagica e del consumo di alcool.

CRITICITÀ EMERSE E DIVERGENZE

Le criticità emerse dall'analisi del contesto nazionale riguardano principalmente:

- la conclusione del PNRR con conseguente termine dei finanziamenti;
- le difformità territoriali nella messa a terra dei decreti di riforma del SSN;
- evidenti differenze territoriali e frammentazione del sistema di accesso a strutture dedicate alle cure e al sostegno socio-assistenziale e sociale della persona con malattie croniche e/o rare o fragile.

CONCLUSIONI E PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO

L'obiettivo rimane la creazione di un sistema sanitario efficiente e sostenibile e più vicino a tutti i cittadini, siano essi con patologia/disabilità/fragilità o non, che permetta una presa in carico appropriata in funzione delle effettive necessità di cura e di assistenza, che tenga conto non solo dell'aspetto sanitario ma anche socio-assistenziale e sociale e, nel caso delle persone con malattie allergiche anche degli aspetti legati ai fattori di rischio derivanti dalla presenza di allergeni nei vari setting di cura e di vita.

Un sistema sanitario che tenga conto degli aspetti legati all'accesso e alle modalità di erogazione e distribuzione di tutte le tipologie di farmaci prescritti ai pazienti, in tutto il territorio nazionale e non solo ed esclusivamente nella propria regione di residenza, come nel caso di alcune tipologie di farmaci, che oggi costringe i pazienti che per lavoro, studio o motivi familiari si trovano fuori regione, a sostenere un impegno improbo per poterli reperire.

Le proposte emerse riprendono quando condiviso nella trattazione delle tematiche discusse sottolineando la necessità di fare tesoro delle esperienze maturate e di quanto di positivo è stato realizzato per replicarle adattandole ai vari contesti prevedendo e programmando:

- **percorsi Preventivo Diagnostici Terapeutici Assistenziali e Riabilitativi che assicurino la continuità assistenziale, la riabilitazione, la programmazione e gestione dei follow-up**.
- Modelli di **interventi multidisciplinari e multiprofessionali**, per la presa in carico, la gestione e il monitoraggio dei pazienti con particolare riferimento agli over 60 e ai grandi anziani. Definizione di **indicatori di esito condivisi** che permettano di sostenere **percorsi personalizzati** per **garantire continuità, equità, qualità assistenziale e tracciabilità dell'assistenza attraverso un processo pianificato e multidisciplinare,** che include anche il **supporto psicologico.**
- **L'accesso tempestivo alla valutazione multidimensionale** e percorsi che facilitino **l'accesso all'assistenza sanitaria domiciliare, riabilitativa, socioassistenziale e sociale e/o l'accesso alle RSA e alle cure palliative** ove necessario.

- **Certezza della valutazione del rischio di reazioni allergiche** in pazienti con dichiarata allergia, in particolare per allergie a farmaci e alimenti e attivazione di misure di controllo e sicurezza nelle fasi di somministrazione ai fini di contrastare eventi particolarmente pericolosi per la vita e potenzialmente fatali (anafilassi, attacco acuto d'asma).
- **Collegamento e collaborazione attiva tra medicina di base (PLS e MMG) e i diversi specialisti** coinvolti nella cura, sia ospedalieri sia territoriali, come caratteristica distintiva orientata all'evitamento delle riacutizzazioni.
- **Utilizzo delle prestazioni di telemedicina strutturate all'interno dei PPDTA** sulla base delle specifiche necessità diagnostico-terapeutico-assistenziali della persona presa in carico e del contesto socio/familiare in cui vive farendo il miglioramento delle tempistiche di accesso alla cura e alle prestazioni.
- **Alfabetizzazione digitale** ove necessario, del paziente e dei suoi familiari/caregiver per favorire l'utilizzo di strumenti di monitoraggio/alert e contatto con i curanti.
- **Formazione universitaria e aggiornamento continuo**
  1. **del personale sanitario medico**, orientata alla corretta diagnosi, presa in carico e gestione tenendo conto anche degli aspetti nutrizionali e alle potenziali conseguenze negative che la presenza di patologie croniche e/o rare può determinare nelle persone anziane e in particolare nei pazienti affetti da malattie allergiche alimentari, tenendo conto sempre anche dell'aspetto psicologico;
  2. **dei professionisti sanitari alla comunicazione medico-paziente e tra professionisti;**
  3. **del personale operante in ambito socio-sanitario e sociale e dei nuclei di valutazione multidimensionale.**
- **Percorso Educazionale rivolto al paziente e alla sua famiglia/caregiver** strutturato all'interno nei PPDTA per far acquisire le competenze utili a gestire la propria malattia sia riguardo l'aspetto terapeutico sia riguardo le abitudini e gli stili di vita per far maturare la consapevolezza dell'importanza dell'aderenza alle prescrizioni delle cure terapeutiche e non, consigliate dai curanti.

- **Coinvolgimento delle Società scientifiche e delle Associazioni pazienti e del Terzo settore, le Società scientifiche di patologia** giocano un ruolo importante nella definizione di Linee Guida e raccomandazioni.
- **Coinvolgimento riconosciuto istituzionalmente e collaborazione con le associazioni dei pazienti e del Terzo settore per il loro ruolo strategico nella creazione di reti di osservazione dei fenomeni, di supporto alle direzioni aziendali ospedaliere e territoriali e alla politica** nel favorire la comprensione dei territori e delle necessità dei pazienti e delle loro famiglie per una co-programmazione e e co-progettazione di azioni utili alla popolazione di riferimento.

"Sanità Militare: qual è il prossimo passo?"

A cura del coordinatore:
Riccardo Guarducci, Ammiraglio, MD, già Capo del Corpo sanitario e Capo dell'Ispettorato di Sanità della Marina Militare

Sono intervenuti:
Carlo Catalano, Tenente Generale medico, Ispettore Generale della Sanità militare
Dario Guido, Vicepresidente Health & Medical Equipment Samsung Italia
Ivan Satriano, Risk Manager Aeroporti di Roma
Andrea Minarini, Presidente della Società Italiana dei Gestori del Rischio in Sanità (SIGeRIS)
Enrico Carsetti, Esperto di gestione del rischio.

TEMATICHE AFFRONTATE

Nell'adempimento del proprio ruolo istituzionale, la tutela della salute dei militari, la Sanità militare è costantemente rivolta ad una sempre maggiore innovazione scientifica e tecnologica oltre che ad un continuo aggiornamento e miglioramento delle competenze e delle abilità professionali del personale sanitario della Difesa.

Dai primi studi e trattati di medicina e chirurgia di guerra, che risalgono ai medici delle armate napoleoniche, allorché è stato praticamente creato il moderno concetto di medicina e chirurgia d'urgenza, fino all'attuale *leadership* nel settore della **Telemedicina avanzata**, condiviso con l'Istituto San Raffaele di Milano ed il Policlinico Gemelli di Roma, **la Sanità militare ha sempre perseguito un modello di costante sviluppo tecnico e tecnologico** nonché di continuo aggiornamento scientifico e professionale degli operatori sanitari. Ciò le consente, in particolare, di poter assistere adeguatamente ed in sicurezza, cioè attraverso un'attenta analisi e gestione dei rischi, il personale militare impiegato nei contesti operativi, non esclusivamente bellici, spesso difficili e talora oggettivamente proibitivi. Nell'espletamento di questo compito, la Sanità militare svolge di fatto **un ruolo vicario del Sistema Sanitario Nazionale,** garantendo al "cittadino militare" il diritto costituzionale alla salute anche nei luoghi e negli ambienti che rendono materialmente impossibile l'intervento della Sanità pubblica, quali, ad esempio, i Teatri Operativi esteri o le Unità Navali della Marina Militare, impegnate in operazioni od in attività addestrative, dislocati a centinaia, se non migliaia, di miglia lontano dalla Madrepatria. Indispensabile, per l'efficace raggiungimento degli obbiettivi suesposti, è **lo stretto rapporto di collaborazione**, già proficuamente esistente, con le aziende *leaders* nei settori della tecnologia medicale e della comunicazione sanitaria, tanto in campo diagnostico, quanto in campo terapeutico, con un continuo interscambio di informazioni sulle nuove capacità rese disponibili dall'innovazione scientifica.

Altresì fondamentale è il ricorso **a precisi *standards* procedurali,** costantemente verificati, controllati e certificati, per un'efficace valutazione e gestione dei rischi sanitari connessi alle peculiari attività istituzionali della Difesa.

POSIZIONI CONDIVISE E CONSENSO

Tutti i relatori intervenuti hanno condiviso le posizioni emerse nella discussione ed hanno espresso il proprio consenso alle conclusioni di seguito esposte.

CRITICITÀ EMERSE E DIVERGENZE

Non è emersa alcuna criticità o divergenza tra i relatori.

CONCLUSIONI E PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO

In conclusione, "i prossimi passi" della Sanità militare non possono che continuare a seguire il sentiero, già storicamente segnato, del progresso scientifico e tecnologico della medicina nonché della crescita professionale continua del personale.

Tale percorso dovrà necessariamente avvenire lungo alcune direttrici fondamentali:

- **l'integrazione sempre più stretta con la Sanità pubblica**, con l'implementazione di un'incessante e reciproca osmosi tra le specifiche conoscenze ed esperienze;
- la costante interlocuzione con le maggiori aziende operanti nel settore medicale e delle comunicazioni;
- la continua attività di ricerca, sia autonoma, sia di concerto con le Università;
- l'adozione, sempre più serrata, di *standards* operativi, verificati e certificati, per una corretta gestione dei rischi e l'erogazione, anche nei contesti ambientali meno permissivi, di prestazioni sanitarie sicure, in ossequio alla legislazione nazionale vigente oltre che alla normativa NATO.

TAVOLI DEL 6 NOVEMBRE

L'impatto della sanità digitale sull'umanità dell'assistenza

A cura della coordinatrice:

Alessandra Bertucci, Responsabile Innovazione e Promozione Sanità Digitale So.Re.Sa. SpA

Sono intervenuti:

Maria Micaela Abbinante, Dirigente Responsabile UOSVD Informazione, Comunicazione, Polo Universitario e Formazione ASL BT

Riccardo Candido, Presidente Nazionale Associazione Medici Diabetologi (AMD)

Giancarlo De Leo, socio CDTI, esperto in tecnologie digitali per la salute

Umberto Anceschi, ANAAO ASSOMED

Daniele Di Feo, Dirigente Responsabile delle Professioni Tecnico Sanitarie e della Riabilitazione

Salvatore Esposito, Responsabile comunicazione So.Re.Sa SpA

Rodolfo Matto, Presidente Teniamoci per mano onlus

Francesco Sicurello, Presidente dell'Associazione Italiana di Telemedicina e Informatica Medica (ITIM)

Dilva Drago, Segretario Associazione Scientifica per la Sanità Digitale ASSD

Il Tavolo "Umanità" ha affrontato il tema della centralità della persona nel sistema sanitario contemporaneo, interrogandosi su come preservare il senso della cura in un contesto segnato da digitalizzazione, pressione organizzativa, scarsità di risorse e crescente complessità clinica e sociale. Il confronto si è sviluppato a partire dalla consapevolezza che l'umanità non è un valore astratto o retorico, ma un elemento strutturale che incide direttamente sugli esiti di salute, sull'aderenza alle cure e sulla sostenibilità del sistema.

Nel dibattito è emersa una lettura critica della trasformazione in atto: se da un lato l'innovazione tecnologica e i modelli data-driven offrono opportunità rilevanti, dall'altro rischiano di comprimere il tempo della relazione, ridurre la persona a "caso clinico" o a flusso informativo e spostare il baricentro decisionale

lontano dall'esperienza concreta di pazienti e professionisti. Il tavolo si colloca quindi come spazio di riflessione strategica su come governare il cambiamento senza perdere il senso etico, relazionale e sociale della sanità pubblica.

Uno dei nuclei centrali del confronto riguarda **la relazione di cura** come fondamento dell'atto sanitario. È stato sottolineato come l'ascolto, la comunicazione e la fiducia incidano in modo determinante sull'efficacia clinica, soprattutto nei percorsi di cronicità, fragilità e fine vita. Diversi interventi hanno richiamato esempi concreti di pratiche assistenziali in cui la mancanza di tempo relazionale produce disorientamento, conflitto o rinuncia alle cure. Ampia attenzione è stata dedicata **al ruolo degli operatori sanitari**: l'umanità della cura è stata letta come condizione impossibile da realizzare senza la tutela del benessere professionale. Burnout, carichi amministrativi, turn over e perdita di senso del lavoro emergono come fattori che compromettono la qualità umana dell'assistenza.

Il tema della **sanità digitale** è stato affrontato in modo non ideologico: cartelle elettroniche, intelligenza artificiale e telemedicina possono migliorare l'accesso e la continuità delle cure, ma solo se progettate per supportare – e non sostituire – la relazione. È stato citato il rischio di una **"medicina a distanza emotiva"**, in cui il contatto umano viene progressivamente eroso.

Altre tematiche rilevanti includono l'equità di accesso, l'integrazione ospedale-territorio, la partecipazione attiva del paziente e il riconoscimento delle dimensioni culturali e sociali della salute.

In particolare, si sono analizzati alcuni vantaggi della digitalizzazione. Per esempio:

- nel rapporto con il pubblico la chiusura degli sportelli fisici degli URP e l'automazione alle richieste di informazioni più semplici permette di concentrare il poco personale nel risolvere i problemi più complessi in un rapporto da persona a persona con l'assistito.
- La telemedicina permette di superare alcune diseguaglianze d'accesso e il teleconsulto permette di offrire un approccio terapeutico più completo e centrato sul paziente.
- Il teleconsulto è emerso essere anche un importante strumento di valorizzazione della rete territoriale, collegando i centri più periferici agli HUB centrali, prevenendo una migrazione interna verso i punti ultra-specialistici e rafforzando, invece, la fiducia dei cittadini nella rete territoriale.
- È dimostrato che visita tradizionale, tuttora considerata comunemente il gold standard, ha un forte problema di ritenzione delle

informazioni da parte del paziente. Il digitale permette di fissare i contenuti e le indicazioni.

- I pazienti, in particolare i cronici, hanno molte domande e nel corso del tempo. Non tutte possono essere fatte in una visita. La sanità digitale facilità i follow-up post visita/ricovero e permette una relazione terapeutica senza vincolarla alle visite programmate con le liste di attesa.

Dal confronto emerge un consenso forte sull'idea che l'umanità debba essere riconosciuta **come criterio di qualità del sistema sanitario**, al pari della sicurezza e dell'efficienza. I partecipanti condividono la convinzione che l'umanizzazione non possa essere demandata alla buona volontà dei singoli professionisti, ma debba essere incorporata nei modelli organizzativi, nei percorsi formativi e nei sistemi di valutazione.

È ampiamente condivisa **la necessità di ridare tempo alla relazione**, riducendo attività burocratiche non essenziali e ripensando l'organizzazione del lavoro. Vi è accordo anche sull'importanza di una formazione che integri competenze tecniche e competenze relazionali, etiche e comunicative, considerate oggi insufficientemente valorizzate.

La tecnologia viene vista come una leva potenzialmente positiva se orientata a migliorare la presa in carico e la continuità assistenziale; è condivisa l'idea che l'innovazione debba essere valutata anche in base al suo impatto umano, e non solo economico o prestazionale.

Infine, emerge consenso sull'importanza di coinvolgere attivamente pazienti e caregiver nei processi decisionali, riconoscendoli come parte integrante del percorso di cura.

CRITICITÀ EMERSE E DIVERGENZE

Una criticità ricorrente riguarda la **distanza tra principi e pratiche**: l'umanizzazione è spesso richiamata nei documenti programmatici, ma raramente tradotta in scelte operative coerenti. È stato evidenziato come i vincoli di bilancio, la carenza di personale e la frammentazione dei servizi rendano difficile applicare modelli realmente centrati sulla persona.

Sul tema della tecnologia emergono posizioni differenziate: alcuni interventi sottolineano il rischio di una progressiva disumanizzazione, soprattutto nei contesti ad alta intensità tecnologica; altri evidenziano che il problema non è la tecnologia in sé, ma il modo in cui viene introdotta e governata.

Un ulteriore nodo critico riguarda la **misurabilità dell'umanità**: manca una condivisione su indicatori e strumenti capaci di valutare la qualità relazionale e l'esperienza del paziente, che restano spesso fuori dai sistemi di monitoraggio.

La formazione del personale è cruciale, ma anche l'aspettativa sull'approccio e l'intraprendenza del personale emergono. Ad ogni livello, e in particolare nell'URP, ma non solo – il digitale **propone uno stacco.** Il personale deve superare questa nuova distanza, con un approccio rivolto al problem solving. Nella sanità digitale, il punto di accesso dell'URP richiede personale ancora più specializzato e motivato. Un'altra criticità – ed una necessità al contempo – è l'interoperabilità dei sistemi: i sistemi devono parlarsi anche per non perdere la maggior parte dei dati dell'attività clinica quotidiana.

Infine, è emersa la difficoltà di garantire equità e continuità di cura **nei territori più fragili,** dove **l'umanizzazione rischia di diventare un privilegio anziché un diritto.**

Anche la formazione delle persone è un nodo. Un'efficace alfabetizzazione digitale è pre-requisito sia per un accesso ai servizi digitali inclusivo che per attenuare i rischi della disinformazione e dell'utilizzo dell'AI per trovare informazioni sulla salute.

Il paziente esperto digitale è quello che riesce a muoversi nell'ambiente digitale, accedendo a prenotazioni, informazioni corrette. Formazione digitale è parte integrante dell'empowerment del paziente.

CONCLUSIONI E PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO

Il Tavolo "Umanità" converge sulla necessità di un cambio di paradigma: l'umanità deve diventare una **leva strategica di sostenibilità del sistema sanitario**, non un elemento accessorio.

Tra le proposte emerse vi è l'integrazione esplicita dell'umanizzazione nei modelli di governance e accreditamento dei servizi, affiancando agli indicatori quantitativi strumenti di valutazione dell'esperienza di pazienti e operatori.

Si propone di investire in formazione interdisciplinare continua, di ripensare l'organizzazione del lavoro per restituire tempo alla relazione e di sviluppare modelli di innovazione tecnologica human-centered.

Centrale anche il rafforzamento dell'integrazione tra ospedale, territorio e servizi sociali, per una presa in carico realmente globale. Ben chiaro è **il legame tra umanizzazione e semplificazione**, come emerso dalla best practice Sinfonia, il Sistema Informativo della Regione Campania per operatori, ASL, medici, fornitori e cittadini. Un sistema progettato a priori per far sì che tutti gli applicativi siano interoperabili e garantire la maggiore semplicità d'utilizzo, il risparmio di tempo nell'accesso alle informazioni e alle prenotazioni e la massima trasparenza. Il tavolo conclude che una sanità più umana non è solo eticamente auspicabile, ma clinicamente più efficace e socialmente più giusta. Le riflessioni e le proposte emerse rappresentano un contributo concreto al Libro Bianco Welfair 2025 e offrono indicazioni operative per orientare le politiche sanitarie future.

L'UNICITÀ DELLA PERSONA CON MALATTIA RARA: LA PERSONALIZZAZIONE DELLA CURA TRA RICERCA, INNOVAZIONE E NUOVI MODELLI ORGANIZZATIVI

A cura della coordinatrice:
Barbara D'Alessio, Segretario UNIAMO Federazione Italiana Malattie Rare Onlus

Sono intervenuti:
Gabriele Bona, Presidente Associazione per le malattie reumatiche infantili (AMRI APS)
Emanuele Fiorito, Referente Gruppo di Lavoro Malattie Rare, FNO TSRM PSTRP
Vanessa Cerrone, Presidente Butterfly APS
Ranieri Poli, Dirigente Medico Dipartimento della Salute Umana, della Salute Animale e dell'Ecosistema (One Health) e dei Rapporti Internazionali
Francesco Macrì, Professore di pediatria, Fondazione Roma Sapienza
Agostino Fortunato, ALTEMS
Marta De Santis, Ricercatore, Centro nazionale Malattie Rare, Istituto Superiore di Sanità

Una patologia è considerata "rara" quando interessa al massimo 5 persone ogni 10.000; le malattie rare conosciute sono, ad oggi, tra le 6000 e le 8000 e colpiscono nel mondo più di 300 milioni di persone. Pochi individui per ogni patologia, ma molte persone nella dimensione collettiva di comunità: le malattie rare, con la loro unicità, possono rappresentare il paradigma per il ripensamento dei modelli organizzativi nell'ottica della personalizzazione.

Il Servizio Sanitario Nazionale si trova infatti a un punto di svolta: cresce il consenso generale rispetto alla necessità di rivoluzionare l'approccio che ha guidato le politiche sanitarie fino a ora. Il cambiamento passa necessariamente, in primo luogo, da un nuovo pensiero guida e da un nuovo linguaggio: il

focus non sono più le prestazioni e i servizi, bensì i bisogni di salute, sui quali costruire nuove politiche sanitarie.

Non si ragiona più per silos di patologie, ma a seconda della condizione specifica della persona e delle sue necessità; la visione ospedalocentrica è superata dall'assistenza territoriale e domiciliare, dove il digitale gioca un ruolo cruciale. Non più standardizzazione, ma personalizzazione: il paziente non è "al centro", fermo rispetto a un sistema che si muove intorno a lui. Al contrario, diventa protagonista attivo, comunica gli esiti della sua esperienza rispetto a una terapia o un dispositivo, partecipa alla valutazione dell'impatto dell'innovazione, indirizza la definizione di nuovi modelli organizzativi.

Tematiche principali affrontate durante la tavola rotonda:

- approccio One Health;
- complessità delle malattie rare;
- unicità delle malattie rare come paradigma per il ripensamento dei modelli organizzativi del SSN;
- adozione degli strumenti di digital health;
- raccolta e gestione dei dati sanitari;
- innovazione tecnologica e utilizzo dell'Intelligenza Artificiale;
- partecipazione dei pazienti ai processi decisionali;
- formazione dei rappresentanti dei pazienti.

Approccio One Health (livello macro): inteso come 'modus operandi', in quanto prevede che si possano identificare le molteplici cause di una minaccia alla salute attraverso studi a livello locale, nazionale e globale, e mediante una collaborazione transdisciplinare e multisettoriale nei settori della salute (umana, animale, vegetale ed eco-sistemica) e con il contributo di figure professionali anche provenienti da ambiti non direttamente correlati con quello della sanità, come quello sociale ed economico.

Multidisciplinarietà (livello micro o 'messa a terra'): questo stesso approccio, calato nella vita di tutti i giorni, significa che non ci si può occupare correttamente di malattie rare in assenza di un team multidisciplinare – una sola competenza specialistica è insufficiente, qualunque sia la malattia rara di cui ci si occupa. Inoltre, sganciare l'assistenza alle persone con malattia rara da valutazioni anche di tipo programmatico, economico, di ricerca etc. non consentirebbe una adeguata programmazione e implementazione dei piani di assistenza individuali e/o familiari.

Complessità e unicità: Le malattie rare rappresentano, infatti, condizioni complesse, sia a causa della bassa incidenza di ognuna di esse, sia in quanto spesso presentano necessità molto specifiche a seconda della patologia e innescano bisogni multifattoriali. Personalizzazione e interazione sono dunque le parole chiave per affrontare le sfide che riguardano le MR nei diversi ambiti del sistema sanitario. L'unicità delle MR può essere un paradigma per un ap-

proccio sempre più personalizzato sui bisogni della persona, che devono essere gestiti attraverso un'interazione multidisciplinare dei diversi professionisti sanitari e dei diversi servizi. Dal modello prestazionale al modello orientato alla persona: significa riprogettare i percorsi di cura a partire dai bisogni dei pazienti, integrando componenti cliniche, sociali e organizzative, e valorizzando la collaborazione tra i diversi attori del sistema salute (approccio patient-centered e value based healthcare). Personalizzazione: della cura, della terapia, dei dispositivi, dei modelli di presa in carico. Ogni malattia è diversa. Ogni persona è diversa. Le persone con malattia rara non dovrebbero avere né terapie né dispositivi medici 'standardizzati', perché il punto di partenza deve essere il bisogno (complesso) da soddisfare, non la prestazione da erogare.

Gestione dei dati, digital health e Intelligenza artificiale: al fine di operare un cambio di prospettiva nell'ambito della cura e dei modelli organizzativi del SSN, è fondamentale da un lato costruire una solida conoscenza condivisa a partire dalla raccolta dei dati e, dall'altro, sfruttare le possibilità offerte dall'innovazione tecnologica. La digital health viene incontro a queste necessità, attraverso le diverse possibilità che può mettere in campo, come avviene per le applicazioni della Medicina di Connessione (o Telemedicina) come Telemonitoraggio, Teleprescrizione, Teleriabilitazione etc. Un utile strumento per creare modelli innovativi è l'Intelligenza Artificiale: governance dei dati, è possibile infatti una analisi dei Big Data, provenienti da diversi settori; sistemi di sorveglianza automatizzati, capaci di rilevare segnali precoci di malattie; previsione predittiva con simulazioni per valutare l'efficacia dei controlli (ad esempio per prevedere l'impatto dei cambiamenti climatici o per valutare il rischio di diffusione di malattie); potenziamento della ricerca traslazionale, con integrazione dei dati provenienti da differenti discipline, promuovendo il collegamento fra la ricerca di base e la pratica clinica e veterinaria; l'IA è utile, inoltre, anche nell'aggregare i dati correlati alle patologie rare a livello globale.

Partecipazione dei pazienti ai processi decisionali: chi vive la malattia in prima persona (il paziente e la sua famiglia) è in grado di dire non solo se una tecnologia funziona, ma quanto migliora la sua vita reale. Il coinvolgimento dei pazienti deve dunque avvenire in diversi ambiti: nella ricerca, con una partecipazione già dalle prime fasi degli studi, fino all'HTA, con la valutazione delle tecnologie e del loro impatto anche a livello sociale. I pazienti,

inoltre, devono essere chiamati a portare la propria esperienza anche all'interno dei tavoli di lavoro istituzionali durante i confronti multistakeholder. L'innovazione non deve essere solo tecnologica: ad essa va affiancata l'innovazione dei processi, e in questo campo i pazienti possono davvero rappresentare una preziosa fonte di conoscenza. Per questi motivi diventa fondamentale la formazione dei rappresentanti dei pazienti, affinché bisogni e necessità vengano tradotti efficacemente in proposte concrete attraverso un linguaggio e modalità consone ai contesti istituzionali.

Non sono emerse divergenze nel corso della tavola rotonda, ma sono state evidenziate alcune criticità, tra cui:

- la necessità di rafforzare **la formazione** dei medici e del personale sanitario in generale, anche sul fronte della comunicazione con pazienti e familiari;
- la necessità di **ottimizzare le risorse disponibili,** sia per l'assistenza (spesso le prestazioni, soprattutto non farmacologiche, non vengono erogate per mancanza di risorse) sia per la ricerca, anche alla luce del fatto che nei prossimi anni ci si aspetta che saranno disponibili diverse terapie innovative per le malattie rare;
- la necessità di **rafforzare la cultura della prevenzione,** anche attraverso una reale uniformità del programma dello Screening Neonatale Esteso, tenendo conto della lentezza con cui si muove tutto il sistema dei LEA. Ad oggi, infatti, il panel nazionale dello SNE si aggiorna in relazione ai nuovi LEA: sebbene questo legame sia stato pensato per garantire uniformità di trattamento su tutto il territorio nazionale, nella realtà succede invece il contrario. Ogni qual volta viene scoperta una terapia salvavita che è efficace solo se somministrata precocemente, serve attendere l'aggiornamento dei LEA prima che la patologia in questione venga ricercata tramite SNE su tutto il territorio nazionale. L'aggiornamento del panel SNE, invece, deve procedere in modo autonomo rispetto a quello dei LEA;
- la necessità di utilizzare al meglio le opportunità offerte **dall'Intelligenza Artificiale** e dal nuovo ecosistema europeo di condivisione dei dati sanitari, che – se ben usati – potrebbero dare un fortissimo impulso alla ricerca sulle MR – considerata la frammentarietà dei diversi sistemi sanitari regionali.

- **Modello territoriale vs modello ospedalo-centrico**: la raccolta e l'utilizzo dei dati sanitari, la digital health e l'applicazione dell'intelligenza artificiale sono gli strumenti attraverso i quali possiamo modificare i modelli organizzativi. Da una sanità ospedalo-centrica a quella territoriale, da un approccio fondato sui servizi a quello basato sui bisogni di salute della persona. Possono essere prodotti PDTA adeguati o, ancor meglio, percorsi digitali interattivi (Patient Journey) già effettuati per diverse patologie, che consentendo una interdisciplinarietà simultanea tra gli specialisti coinvolti possono portare alla definizione di interventi diagnostici/terapeutici più efficaci, accorciando i tempi dei percorsi clinici, eliminando il rischio di esami diagnostici superflui e di interazioni farmacologiche dannose. Applicazioni di AI generativa (vedi il sistema rfDiffusion) possono portare alla realizzazione di molecole di farmaci ritagliate in 3D sulla base della configurazione dei recettori cui sono dedicate con notevoli vantaggi in termini di efficacia terapeutica.
- **Modello partecipativo**: se personalizzazione e multidisciplinarietà sono le parole chiave, diventa fondamentale inserire nei processi decisionali i rappresentanti dei pazienti. In conclusione, non esiste valore senza il coinvolgimento del paziente. La cura, soprattutto nelle malattie rare, è un incontro di esperienze, competenze e prospettive che definisce un nuovo modo di generare valore in sanità. Porre la persona al centro del Sistema significa generare valore non solo per il singolo, ma per l'intera collettività. Verso una governance partecipata in Italia: iniziative come lo Stakeholder Network di AGENAS o AIFA Ascolta, promuovono un dialogo strutturato tra istituzioni, pazienti e altri attori del sistema. Questi strumenti favoriscono una co-costruzione delle politiche sanitarie, rafforzando il principio di corresponsabilità e il riconoscimento del valore dell'esperienza del paziente.

OSPEDALE DEL FUTURO E CITTÀ DEL FUTURO: COME LA PIANIFICAZIONE URBANA DIVENTA STRUMENTO DI PREVENZIONE

A cura del coordinatore:
Lorenzo Sommella, Clinical Pathways Manager – Green Ambassador, Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico Direttore Sanitario S. Rita da Cascia Hospital – GVM

Sono intervenuti:
Daniela Pedrini, Presidente Società Italiana dell'Architettura e dell'Ingegneria per la Sanità (SIAIS)
Alessio Cicirelli, Direttore Generale IRCCS San Raffaele Roma
Marco Oldani, EMED Business Development Director
Maurizio De Nuccio, Direttore Generale ASL Brindisi
Maria Beatrice Stasi, già Direttore Generale dell'ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo
Tiziana Ferrante, Professore Ordinario Dipartimento di Pianificazione Design Tecnologia dell'Architettura, Sapienza Università di Roma
Fabio Mosca, Professore Ordinario di Pediatria Università degli Studi di Milano; Delegato del Rettore sui temi della Salute Urbana, Università degli Studi di Milano
Tamara Civello, Direttore Amministrativo ASP Catania

I nostri ospedali e le nostre città si stanno rinnovando e questo percorso di crescita e di innovazione lo stanno percorrendo **in parallelo**, definendo rapporti e stabilendo sinergie finalizzate alla tutela della salute di tutti noi. Sono ormai lontani i tempi in cui l'ospedale era un elemento avulso dal contesto urbano, luogo di reclusione a fini diagnostico-terapeutici, pur se nelle grandi città esso è stato tradizionalmente progettato e collocato nel vivo del tessuto cittadino, con i vantaggi legati alla prossimità, in un mondo in cui le strutture ospedaliere non erano ancora immerse nel caos cittadino e sopraffatte dal traffico veicolare come al giorno d'oggi. Correvano gli anni Trenta del Milleno-

vecento quando i criteri dell'edilizia ospedaliera indicavano la salubrità del luogo come requisito costruttivo caratteristico, ma la logica era comunque quella di una separazione netta da ciò che l'ospedale aveva intorno. Prevaleva il timore del rischio di trasmissione di infezioni alla cittadinanza sana, timore che ha resistito per molti decenni, fino a quando le conoscenze sulle infezioni ospedaliere si sono affinate e si è capito che non certo i visitatori, ma piuttosto gli operatori le possono trasmettere (veramente lo aveva già detto Semmelweiss un secolo prima, ma tant'è…). A quel punto, ma solo a partire dagli anni '70 del secolo scorso, si sono cominciate ad **"aprire le porte" alla comunità dei sani** e l'ospedale ha cominciato a diventarne parte, dando il là ad un processo di umanizzazione sia del luogo che delle cure che eroga, processo che è ancora in corso.

L'evoluzione più recente sta portando la città "dentro" l'ospedale, che diviene luogo non solo di cura ma di incontro, di relazioni, di formazione, di insegnamento di stili di vita sani, spazio aperto ed accogliente, sicuro per pazienti, operatori e visitatori, un mondo da vivere appieno, dove la sofferenza ed il dolore non sono confinati in ambiti chiusi ma vengono affrontati come fasi ineludibili della vita di tutti noi.

Come dobbiamo pensarla allora questa evoluzione simbiotica dell'ospedale e della città, che ha come fine ultimo la tutela della salute e il miglioramento della qualità della vita? Che modelli possiamo introdurre, che percorsi possiamo costruire, che metriche di misurazione possiamo inventare per misurare questo progresso?

Questi sono i temi e i quesiti che ci siamo posti per rispondere alla domanda: come sarà l'ospedale del futuro e come sarà la città del futuro? In che modo potranno integrarsi per tutelare contemporaneamente la salute umana e animale e quella dell'ambiente, come la prospettiva One Health ci richiede?

Per pensare e definire l'ospedale del futuro non possiamo non partire dal patrimonio ospedaliero attuale, dove i due terzi degli oltre mille ospedali italiani sono stati costruiti prima della seconda guerra mondiale, quindi hanno più di ottanta anni. Come ci insegnano i progettisti, spesso è più facile ricostruire che ristrutturare, ma per il momento dobbiamo gestire ospedali spesso vetusti ed inadeguati, sia tecnologicamente che dal punto di vista del confort. Inutile dire che questa situazione rende **la maggior parte delle strutture pubbliche italiane non accreditabili definitivamente per carenza di requisiti**. Quindi il primo impegno è quello di lavorare ad un progressivo riadattamento, che renda gli ospedali più consoni alle mutate esigenze della medicina e dei pazienti. Ecco allora la necessità di rendere gli ambienti più accoglienti, di ristrutturare i servizi "core" (come le sale operatorie), di correggere in definitiva quell'aspetto cupo che l'ospedale spesso ha e che certamente non contribuisce al benessere del paziente né al processo di cura.

In alcuni casi anche queste operazioni di "maquillage" sono improponibili e si affaccia allora l'ipotesi del cambio della destinazione d'uso. Interessante il caso dell'ospedale di Sondalo, nato come sanatorio e ora trasformato in museo. Tali operazioni sono amministrativamente complesse o talora irrealizzabili: emblematico il caso dell'ospedale S. Giacomo, situato al centro di Roma, chiuso da decenni e la cui riconversione è bloccata dal divieto di modifica della destinazione d'uso, sancito secoli fa dai proprietari dell'edificio e mai sanato.

Quando noi ragioniamo dell'ospedale del futuro pensiamo innanzitutto ad una collocazione urbanistica diversa, fuori dalle zone centrali della città ma raggiungibile da arterie stradali e ferroviarie di comunicazione, in aree immerse nel verde. Pensiamo alle **tecnologie**, emergenti o già consolidate, alla chirurgia robotica e assistita dalla realtà virtuale, **ai dispositivi *wearable* per il tele-controllo e alle altre utilities per la telemedicina,** ai droni per il trasporto di farmaci e altri materiali, ai robot umanoidi per le pulizie, a tutto ciò che può essere assistito dalla Intelligenza Artificiale (IA). E allora il futuro non è solo nell'"hardware" ma trova spazio il "software" dei processi assistenziali, che consentano al paziente di essere accompagnato per mano lungo percorsi spesso molto complessi, nei quali rischia di perdersi

se i vari anelli della sequenza diagnostico-terapeutica non sono collegati e governati.

L'esperienza della pandemia da COVID ci ha insegnato che il primo requisito di cui dobbiamo dotare i nostri ospedali, ora e nel futuro, è la **flessibilità**. I mutamenti demografici ed epidemiologici, come stiamo vedendo in questi decenni e, drammaticamente, abbiamo vissuto solo cinque anni fa, impongono la necessità di realizzare mutamenti, sia fisici che organizzativi, che si adattino alle esigenze del momento (o del periodo storico). Inutile dire che non si tratta solo di avere stanze a due letti o singole, ma di attuare una governance ben più complessa che consenta anche la flessibilità di figure professionali e discipline.

L'altro elemento che ci traghetta verso il futuro è la **sostenibilità**, intesa non solo come compatibilità economica tra risorse e prestazioni erogate, ma anche nel senso di sostenibilità ambientale. Le strutture sanitarie sono responsabili di una quota intorno al 5% delle emissioni totali di CO2 e il 60% proviene dagli ospedali, alcuni dei quali sono fortemente energivori e pertanto inquinanti. È giunto il momento di avviare politiche per l'abbattimento del livello di inquinanti immessi in atmosfera, provenienti dalla produzione di energia, dal ciclo dei rifiuti, dallo smaltimento di farmaci e sostanze chimiche, dal consumo incontrollato della plastica, dallo spreco di acqua e di cibo.

L'ospedale del futuro sarà sempre più ***smart***, perché ricco di interconnessioni tra apparecchiature, operatori, pazienti e sempre più ***green***, perché più ecocompatibile e fruitore di spazi verdi (che, come è noto, sono elementi utili per il processo di cura).

Questa nuova concezione dell'ospedale ci consente l'aggancio con il tessuto urbano circostante, anche esso in una fase di rigenerazione architettonica e ambientale. Ma se l'ospedale è luogo privilegiato di protezione e recupero della salute, quale è l'impatto delle nostre città e della loro attuale condizione sulla qualità della nostra vita?

L'obiettivo 11 dell'**Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile** ha per tema "*Città e comunità sostenibili*" e punta a elevare la qualità di vita della popolazione attraverso il miglioramento della qualità dell'aria, della mobilità e della sicurezza. Inoltre, pone particolare attenzione ad una gestione più consapevole dei rifiuti per ridurne l'impatto ambientale e alla realizzazione di edifici, re-

sidenziali e non, più efficienti e sostenibili, il che vuol dire *rendere le città e le comunità inclusive, sicure, sostenibili e resilienti.*

Sembra che al momento siamo abbastanza lontani dal poter dichiarare tali le nostre città. Nella tavola rotonda è stata presentata una panoramica delle problematiche connesse all'**esposoma urbano** e al suo impatto sulla salute nelle città contemporanee. Tema molto rilevante, considerando che entro il 2050 è previsto che il 70% della popolazione mondiale vivrà in contesti urbani e che, di conseguenza, un ambiente urbano ben progettato costituisce un elemento essenziale per la salute e la qualità della vita dei cittadini. A livello globale, le città occupano il 3% della superficie terrestre, ma accolgono attualmente più del 50% della popolazione e sono responsabili del 78% del consumo energetico e dell'70% circa delle emissioni di CO2.

L'ambiente urbano contemporaneo è spesso ricco di problematiche tra cui sovraffollamento, traffico, inquinamento dell'aria, inquinamento acustico e luminoso, mancanza di spazi verdi con conseguente surriscaldamento e isola di calore, smaltimento dei rifiuti e inondazioni.

L'insieme di questi fattori ambientali costituisce l'esposoma urbano che, interagendo con l'esposoma personale (dieta, attività fisica, tipologia di attività lavorativa, esposizione a sostanze chimiche tossiche, interazione sociale, fumo, ecc.), condiziona la risposta biologica individuale e lo stato di salute.

Quali sono le principali componenti dell'esposoma urbano e i suoi effetti sulla salute?

- Urban Heat Island: numerosi studi hanno evidenziato la correlazione tra l'aumento delle temperature (maggiore nelle aree urbane) e la mortalità, soprattutto nelle fasce di popolazione più fragili (donne in gravidanza, bambini e anziani).
- Inquinamento atmosferico: è noto che l'inquinamento atmosferico è la seconda causa di mortalità negli adulti e nei bambini, ed è implicato in modo rilevante in numerose patologie tra cui broncopneumopatia cronico ostruttiva (BPCO), ictus, diabete, infarto miocardico, infezioni delle vie respiratorie, tumore polmonare, parto pretermine ecc.

- Inquinamento acustico: spesso sottovalutato, ma associato a stress e disturbi della salute mentale, rischio cardiovascolare e ictus, con implicazioni sulla fertilità di uomini e donne.
- Inquinamento luminoso: interferisce con i ritmi circadiani e l'omeostasi della melatonina, con effetti negativi sul metabolismo.
- Verde urbano: numerosi studi hanno dimostrato gli effetti positivi sul tono dell'umore, incremento dell'attività fisica, diminuzione del numero di patologie cardiovascolari, miglioramento di capacità cognitiva in bambini e anziani, un effetto ben dimostrato sulla riduzione della mortalità e sul contenimento dei costi sanitari.

Questi fattori non agiscono isolatamente ma compongano un *sistema integrato di esposizioni*, variabile da zona a zona della città. È proprio questa combinazione a determinare profili di rischio differenti e diseguaglianze ambientali che si riflettono in diseguaglianze di salute. È necessario un approccio interdisciplinare che unisca epidemiologia, medicina, urbanistica, architettura, geografia, ingegneria ambientale e scienze sociali, per comprendere e affrontare in modo efficace le criticità ambientali e le loro ricadute sulla salute. Questo approccio offre strumenti cruciali per guidare progettazione, politiche pubbliche e interventi mirati di prevenzione, con l'obiettivo di costruire città più eque, resilienti e promotrici di benessere.

Le nuove tecnologie della progettazione e della conoscenza ci consentono di prevedere l'impatto che questi cambiamenti potranno avere sull'organizzazione dei nostri ambienti di vita e di lavoro e quindi, in ultima analisi, sulle nostre vite. Così come è giunta l'ora della medicina predittiva, che ci dice come sarà la nostra salute, ora abbiamo una modellistica che ci consente di conoscere l'impatto futuro delle modifiche che noi apportiamo adesso al sistema, operando anche delle simulazioni.

Se la città, attraverso le sue trasformazioni, diventa un dispositivo di salute, l'ospedale è un nodo di quel dispositivo. Ma affinché ciò funzioni, serve *conoscere*, *simulare*, *prevedere*. È qui che entra in gioco il **virtual twin**, che è stato descritto nella tavola rotonda. In sintesi, un virtual twin urbano-ospedaliero è una replica digitale, dinamica e aggiornata, di un sistema reale – con tutte le sue variabili, i suoi flussi, le sue interdipendenze.

Nel nostro caso, il virtual twin:

- rappresenta l'ospedale: infrastrutture, reti impiantistiche (energia, acqua, ventilazione, climatizzazione), percorsi interni, distribuzione degli spazi, dotazioni sanitarie, flussi di pazienti e operatori;
- rappresenta l'intorno urbano: traffico, mobilità, spostamenti pedonali, inquinamento, microclima, reti infrastrutturali (acque, elettricità), densità abitativa, mobilità dolce;
- integra dati in tempo reale: sensori ambientali, IoT, dispositivi wearable, sistemi informativi clinici, dati ambientali esterni;
- consente simulazioni e scenari what-if: cosa accade se aumento l'aria condizionata? Se ingrandisco un padiglione? Se disegno una nuova pista ciclabile che collega il quartiere all'ospedale?

In altre parole, è uno strumento digitale che ci permette di vedere l'impatto delle decisioni sia sull'ospedale che sulla città, in modo preventivo e predittivo. Esso consente di ottimizzare gli spazi ospedalieri e percorsi interni; di sperimentare scenari per la riorganizzazione spaziale (un nuovo padiglione, corsie dedicate, zone filtro) prima di costruire; di monitorare le condizioni ambientali interne (qualità dell'aria, temperatura, umidità); di integrarsi con i sistemi urbani per la salute ambientale. Il virtual twin urbano può modellare la qualità dell'aria, la dispersione delle polveri sottili, il rumore, il microclima – e correlare questi dati con esiti sanitari (es. ricoveri per asma, cardiopatie). Si valutano scenari di mitigazione (più alberi, barriere verdi, nuovi percorsi pedonali) e si simula l'effetto nel ridurre il carico sul sistema sanitario. È possibile integrare la mobilità dolce: simulare come patient journey o accesso al nosocomio cambi se costruisco piste ciclabili o potenzio trasporto pubblico, valutando la riduzione dell'inquinamento legata alla minore circolazione veicolare.

In caso di crisi (pandemie, eventi estremi), posso simulare stress test sull'ospedale e sull'intero quartiere (punte di domanda, percorsi alternativi, ospedalizzazione diffusa). Si possono anticipare scenari di crescita demografica o cambiamento climatico (ondate di calore, eventi meteo estremi) e predisporre infrastrutture che prevengano danni alla salute.

Il virtual twin è un asset strategico, una nuova frontiera perché permette una governance "anticipata" delle politiche urbane e sanitarie: prima di intervenire, misuri l'impatto atteso su salute e costi.

I nostri ospedali hanno bisogno di un grande e diffuso intervento di *revamping*, che ne aumenti l'efficienza organizzativa ed ambientale, le caratteristiche di prossimità e di relazionalità con il paziente, il tanto auspicato raccordo con il territorio, la crescita in tecnologie "umane" e *user friendly*.

Non dobbiamo nasconderci che questi obiettivi, sui quali c'è ampia condivisione non solo nel nostro Tavolo ma in tutto il mondo sanitario, passano attraverso l'impegno delle persone, la loro motivazione a voler migliorare e a mettersi in gioco, ma hanno bisogno di investimenti economici, la cui entità è decisamente maggiore rispetto a quelli che sono programmati. Il FSN per il 2026 arriverà a 143 miliardi, ma gli incrementi (che ci sono e non vanno negati) saranno assorbiti da altri *asset*, forse anche più urgenti di quelli sui quali noi abbiamo discusso e ci siamo interrogati.

CONCLUSIONI E PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO

In conclusione, e per tornare al binomio "ospedale del futuro – città del futuro" da cui siamo partiti, dobbiamo continuare a pensare in grande ma rimanere con i piedi per terra.

Il nostro ospedale del futuro è sicuramente più *smart*, grazie alle nuove e straordinarie tecnologie che abbiamo a disposizione, e più *green*, perché l'attenzione all'ambiente interno e circostante deve crescere. Sarà un ospedale che cura, ma che collabora anche alla prevenzione, che è missione del territorio alla quale l'ospedale può contribuire formando utenti e caregiver ad una *life style* più sana. Dobbiamo in poche parole passare da un ospedale "disintegrato", monade in un sistema complesso, ad un ospedale "integrato" con tutti gli elementi che compongono questo sistema. Il modello One Health deve essere per noi una filosofia di lavoro e di vita.

Ma proprio il modello One Health non può raggiungere piena completezza se non con la partecipazione delle nostre città, che devono andare incontro ad un incisivo intervento di rigenerazione urbana, che riguardi l'edilizia, le aree verdi, la mobilità sostenibile, l'efficienza energetica, la raccolta dei rifiuti.

Solo questa sinergia e l'impegno comune e coordinato di amministratori di ospedali e di città potrà veramente dare senso al termine **sostenibilità**, questo mantra che ormai recitiamo quotidianamente e che ha un semplice significato: fare ciò che facciamo non solo per noi ma per tutti coloro che verranno dopo di noi.

"Lo sviluppo sostenibile, lungi dall'essere una definitiva condizione di armonia, è piuttosto un processo di cambiamento tale per cui lo sfruttamento delle risorse, la direzione degli investimenti, l'orientamento dello sviluppo tecnologico e i cambiamenti istituzionali siano resi coerenti con i bisogni futuri oltre che con gli attuali".

Rapporto Brundtland, Commissione mondiale sull'ambiente e lo sviluppo, 1987.

QUANTO È FORTE LA VOCE DELLA SCIENZA NEL GOVERNANCE DEL SSN?

A cura del coordinatore:
Pasquale Perrone Filardi (Coordinatore), Professore Ordinario di Cardiologia presso l'Università Federico II di Napoli e past-president della Società Italiana di Cardiologia

Sono intervenuti:
Rino Agostiniani, Presidente Società Italiana di Pediatria (SIP)
Stefano Centanni, SIP/IRS Società Italiana di Pneumologia – Italian Respiratory Society
Walter De Caro, Presidente Nazionale CNAI
Gaetano Lanza, Presidente Consulta Vascolare
Dario Leosco, Presidente Società Italiana di Geriatria e Gerontologia (SIGG)
Sergio Alfieri, Ordinario di Chirurgia generale dell'Università Cattolica del Sacro Cuore
Maria Rosa Perri, Delegata per i rapporti con il Governo della Società Italiana di Telemedicina
Alessandra Balestrazzi, Presidente Associazione Italiana Medici Oculisti (AIMO)
Emanuele Bartoletti, Presidente Società Italiana di Medicina Estetica (SIME)
Marco de Vincentiis, Presidente Società Italiana di Otorinolaringologia e Chirurgia Cervico-Facciale (SIOeChCF)
Paolo Tranquilli Leali, Garante SIOT
Vito Trojano, Presidente Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO)

IL SSN si trova ad affrontare uno shock demografico per affrontare il quale non era stato progettato in origine. L'obiettivo irrinunciabile di preservare l'equità e l'universalità del sistema di cure richiede la capacità di adattarlo al

nuovo contesto demografico. Considerando la possibilità che il Fondo Sanitario venga significativamente implementato altamente improbabile, preservare la sostenibilità del SSN attraverso il miglioramento nell'uso delle risorse appare come l'unica realistica possibilità di garantire i criteri di universalità e equità della salute pubblica anche nel futuro. Le Società scientifiche sono custodi di conoscenze uniche e indispensabili per armonizzare qualità delle cure e sostenibilità economica. La conoscenza delle più recenti evidenze scientifiche combinata all'aggiornamento sulle migliori pratiche italiane e internazionali le mette in una posizione particolarmente privilegiata per poter contribuire allo sviluppo delle politiche sanitarie.

In ognuno dei seguenti ambiti è stato identificato un impatto benefico e dimostrabile delle Società scientifiche nella costruzione dei percorsi di governance sanitaria. Il primo e più importante impatto è stato **identificato nella capacità di ridurre le diseguaglianze nei trattamenti tra i diversi territori regionali attraverso il monitoraggio, il confronto costruttivo, la presentazione di modelli italiani ed esteri di provata efficacia**.

Tra gli altri temi toccati:

- la capacità del territorio di assistere la persona complessa e cronica dopo il ricovero d'urgenza;
- la formazione dei caregiver in chiave preventiva e per ridurre la possibilità di ricovero in stato acuto;
- l'aderenza agli screening;
- l'ampliamento delle vaccinazioni – HPV in primis;
- il governo dell'aggiornamento tecnologico;
- la definizione di protocolli di cura unitari per la chirurgia ambulatoriale;
- la definizione di linee guida e buone pratiche;
- La diffusione omogena sul territorio nazionale della telemedicina per superare differenze di accesso.

Il coinvolgimento delle Scientifiche nella governance nazionale e regionale è tutt'altro che inedito, ma è opportuno **diventi stabile e strutturato.**

Le Società scientifiche devono agire in maniera pro-attiva **anche quando non sono state interpellate** per partecipare al dibattito pubblico e istituzionale, comunicando contemporaneamente tra di loro, per aumentare la capacità di impatto strategico; con le istituzioni, per portare miglioramento nei processi e maggiore sostenibilità nell'allocazione delle risorse; e nei confronti del pubblico, per offrire informazioni validate e contrastare gli effetti, anche gravissimi, delle informazioni infondate che si possono reperire online.

Le Società scientifiche hanno le conoscenze per intervenire e guidare le scelte su:

Governo dell'innovazione. La spesa per la tecnologia può essere razionalizzata, creando una più forte correlazione tra evidenza del beneficio, domanda dell'intervento e dotazione. Il solo, dato che alcune Regioni abbiano più robot chirurgici dell'intera Francia, deve far riflettere.

Prevenzione. Le società scientifiche devono unanimemente sostenere la trasformazione di ogni atto medico **in un atto di prevenzione**, un approccio che deve estendersi dai primi giorni di vita. Sebbene, infatti, la crescita delle persone anziane sposti inevitabilmente le risorse verso le età più avanzate, non bisogna dimenticare che **le radici della prevenzione delle malattie croniche si seminano già nella primissima età** e che condizioni sviluppate o nell'adolescenza possono avere impatti sanitari e sociali gravi nell'età adulta

Professioni sanitarie. Bisogna rafforzare la solidarietà tra i sanitari, arginarne **la disaffezione e invertire la fuga dall'attività di ricerca nelle Università.** È una verità inconfutabile che tutti e tutte i sanitari – medici, infermieri, tecnici – **lavorino gratis**. Lavorino, cioè, molte più ore di quante vengano poveramente retribuite molto rispetto ad altri Paesi europei. Questo significa che il SSN si è retto, finora, grazie alla passione e al senso di missione degli operatori. Una passione che le condizioni di lavoro stanno erodendo, pregiudicando la motivazione e **la qualità nella preparazione** dei futuri medici e sanitari.

Comunicazione. Le Società scientifiche devono comunicare su tre livelli: una **comunicazione interdisciplinare** per sviluppare approcci e strategie

comuni; una **comunicazione istituzionale** per arricchire il processo decisionale con le evidenze scientifiche più aggiornate e le esperienze più efficaci in Italia e all'estero; **una comunicazione pubblica** per raggiungere le persone con i messaggi che fanno la differenza per la loro salute e offrono una voce di cui fidarsi nel mare incontrollato di notizie incerte, infondate e pseudoscientifiche che si trovano online.

La **frammentazione** è un difetto dal quale le Società scientifiche non sono immuni. Il gran numero di ambiti ultra-specialistici e la moltiplicazione degli interlocutori scientifici – in alcuni casi giustificata dalla complessità terapeutica, in altri meno – indebolisce la voce della Scienza nell'interlocuzione con gli altri stakeholder della salute.

Proprio per questo la crescente sinergia tra Società scientifiche – che, recentemente, ha individuato in Welfair, la fiera del fare Sanità, un apprezzato momento di incontro e confronto annuale – è particolarmente importante, e va incoraggiata a partire dai più immediati **obiettivi comuni**.

CONCLUSIONI E PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO

Proprio a fronte della sopra-elencata criticità l'impegno delle Società scientifiche può concentrarsi sullo sviluppo di strategie comuni che rafforzino la loro capacità di incidere sul sistema.

Il **primo è favorire la presa in carico del paziente complesso** sul territorio attraverso la sinergia interdisciplinare tra le Società scientifiche stesse. Una sinergia che ha vantaggi di salute e di sostenibilità e può essere **la palestra di una più profonda collaborazione**.

A seguire, ci si possono porre precisi obiettivi per il confronto:

- richiedere l'omogeneizzazione dei DGR, superando l'inspiegabile differenza della stessa prestazione nei diversi Servizi Regionali.
- Attivare azioni di comunicazione e sensibilizzazione sia presso la Governance che presso il pubblico affinché:
  1. venga raggiunto il traguardo del 95% di adesione alla campagna di vaccinazione dell'HPV, un traguardo che altri Paesi hanno dimostrato essere strategia efficace per portare ad estinzione il tumore del collo dell'utero ed un valido aiuto per preservare la fertilità delle persone vaccinate.
  2. Vengano con un simile obiettivo attivate campagne di educazione sessuale, affrontando la crescita delle Malattie Sessualmente Trasmesse.
  3. Si alzi il prezzo delle sigarette, il cui impatto su Ictus, Infarto e BPCO è diretto con un danno enorme alla salute che non è giustificato neppure alla luce di una cinica contabilità sui proventi del monopolio.
- Arrivare al riconoscimento della definizione e di un percorso formativo di Medicina Estetica che aiuti la Disciplina a ribadire il proprio perimetro medico e il proprio ruolo di Medicina di prevenzione.
- Monitorare l'erogazione dei servizi nei diversi territori – un esempio su tutti: la profilassi contro virus sinciziale – per segnalare e contribuire a correggere le disparità regionale dovute a scelte organizzative migliorabili.

FORUM DELLA CONSULTA DELLE SOCIETÀ SCIENTIFICHE E ASSOCIAZIONI PAZIENTI PER LE MALATTIE VASCOLARI: PER UNA GOVERNANCE DELLE MALATTIE VASCOLARI. RISULTATI E PROSPETTIVE DOPO I TAVOLI TECNICI.

A cura dei coordinatori:

Gaetano Lanza, Past President SICVE, Coordinatore della Consulta

Claudio Novali, Presidente Associazione Pazienti Vascolari TTT, Segretario Tesoriere della Consulta

Velia Bruno, Direttrice del Centro Nazionale della Clinical Governance ed Eccellenza delle Cure, Istituto Superiore di Sanità (ISS).

Sono intervenuti:

Elena Murelli, Senatrice della Repubblica, Presidente della Commissione InterParlamentare di Camera e Senato per il Piano Cardio Cerebro Vascolare

Domenico Benevento, Direttore della Flebolinfologia dell'Az Ospedaliero-Universitaria Senese

Pietro Dalmonte, Presidente Società Italiana Anomalie Vascolari (SISAV)

Claudio Novali, Presidente Associazione Pazienti Vascolari TTT

Gabriele Pagliariccio, Segretario Società Italiana Chirurgia Vascolare Endovascolare (SICVE)

Maurizio Ronconi, Presidente Associazione Flebologica Italiana (AFI)

Angelo Santoliquido, Presidente Collegio Italiano di Flebologia (CIF)

Carlo Setacci, Direttore Emerito Scuola di Specializzazione in Chirurgia Vascolare Università di Siena

Giampaolo Sozio, Segretario SICADS

Francesco Stillo, Presidente Comitato Scientifico Società Italiana Anomalie Vascolari (SISAV)

Maricla Tameni, Presidente Associazione "La Valle con Te".

TEMATICHE AFFRONTATE

L'obiettivo raggiunto del Forum è stato quello di rafforzare il consenso più ampio possibile sul ruolo fondamentale della Consulta nella lotta contro le malattie vascolari, che sono la terza causa di mortalità e invalidità cardiovascolare subito dopo l'infarto miocardico e l'ictus cerebrale, unendo e condividendo le mission e le iniziative delle singole Società Scientifiche e Associazioni Pazienti interessate.

È stato anche fatto il punto sui Tavoli Tecnici organizzati dalla Consulta a Welfair e i coordinatori dei Tavoli (Novali, Benevento, Stillo) hanno messo in risalto:

- i benefici della Prevenzione e il ruolo attivo e propositivo delle Associazioni Pazienti nell'affiancare e indirizzare le Società Scientifiche.
- Le opportunità offerte dalle nuove tecnologie (AI, robotica, big data computing ecc.) applicate nella Ricerca, Formazione, Prevenzione, Diagnosi e Cura per le Malattie Vascolari.
- L'importanza della **presa in carico dei pazienti vascolari**, in particolare dei pazienti con anomalie vascolari che possono contare oggi purtroppo solo su pochi centri dedicati bianca arabella perché, per lo più per carenza di fondi e di personale specializzato.

Anche quest'anno, infatti, a Welfair la Consulta ha avuto il suo spazio e ha organizzato tre Tavoli Tecnici su:

- La salute vascolare – fare prevenzione oggi (come e perché). Per rendere più efficiente la governance nel percorso di cura dei pazienti con malattie vascolari.
- Big Data, AI e nuove prospettive per la Ricerca e la Formazione.
- La presa in carico del cittadino-paziente per la governance delle malattie.

Ai Tavoli, che si sono dimostrati di notevole interesse, hanno partecipato numerosi e qualificati esperti che si sono confrontati in rappresentanza di Società scientifiche, Associazioni pazienti e Istituzioni affrontando le prin-

cipali criticità, opportunità, possibili soluzioni e indicazioni in tema di malattie vascolari.

Al Forum è stata inoltre presentata l'iniziativa promossa e organizzata dalla Consulta per il mese di Novembre 2025 sulla Campagna Nazionale di Prevenzione delle Malattie Vascolari e Screening gratuito nella popolazione.

È stata ribadita l'opportunità di:

- organizzare anche in futuro Tavoli Tecnici di confronto con le Istituzioni;
- promuovere studi trasversali, protocolli, Linee Guida, Documenti di Buona Pratica assistenziale o organizzativa patrocinati o riconosciuti dall'ISS;
- favorire iniziative di prevenzione nella popolazione;
- sensibilizzare, informare e educare la popolazione;
- sostenere la Ricerca, in particolare sull'utilizzo delle nuove tecnologie del digitale;
- supportare la Formazione del personale dedicato alla prevenzione, diagnosi e cura;
- proporre modelli di presa in carico dei pazienti;
- fare fronte comune per combattere in modo più efficace le malattie vascolari unendo allo stesso tavolo Società scientifiche, Associazioni pazienti, Associazioni e Istituzioni.

CRITICITÀ EMERSE E DIVERGENZE

Come già emerso nei Tavoli Tecnici della scorsa edizione di Welfair del 2024 e come ribadito nel Tavoli Tecnici di questa edizione del 2025, in tema di Malattie Vascolari sono attualmente carenti e quindi prioritari:

- una **Rete dedicata alle Emergenze-Urgenze al pari della Rete Infarto e Rete Ictus**;
- un riconoscimento post-laurea del medico specialista in Flebologia e Linfologia;
- un riconoscimento dell'infermiere professionale e caregiver dedicato;
- adeguamenti dei tariffari e dei rimborsi per le prestazioni ospedaliere e per i presidi domiciliari;
- modelli e programmi di Prevenzione nella popolazione a rischio;
- modelli e programmi di Medicina Territoriale e di Presa in carico del paziente (Telemedicina, Virtual Hospital);
- bandi di Ricerca Finalizzata;
- progetti formativi in ambito universitario e para-universitario sulla prevenzione, diagnosi e cura per le malattie arteriose, venose, linfatiche e per anomalie vascolari in particolare;
- canali di Informazione e Comunicazione dedicati e specializzati;
- studi larghi nella popolazione affetta o a rischio.

CONCLUSIONI E PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO

Le Malattie Vascolari cosiddette periferiche (aneurismi, dissecazioni aortiche, arteriopatie degli arti inferiori, carotidopatie, flebopatie, linfedemi, malformazioni vascolari), tra le prime cause di mortalità e inabilità nel nostro Paese, necessitano di maggior attenzione e dedica da parte delle Istituzioni nazionali e locali, del SSN, di tutte le professioni sanitarie dalla medicina generale e di territorio, alla specialistica ambulatoriale e degli istituti di ricovero e cura, agli infermieri e caregivers.

Solo una azione collettiva, concertata e mirata può contribuire a migliorare i risultati in termini di prevenzione, diagnosi e cura e di outcome dei pazienti. In particolare, la Consulta, raccogliendo le istanze dei vari stakeholder riuniti allo stesso Tavolo, si propone quale interlocutrice privilegiata soprattutto nei confronti delle Istituzioni, del SSN e della popolazione nell'affrontare le diverse criticità e nell'individuare e proporre le possibili, opportune e più appropriate soluzioni.

UNA PROSPETTIVA DI LUNGO CORSO SULLE INFEZIONI OSPEDALIERE E SULL'ANTIBIOTICO-RESISTENZA

A cura della coordinatrice:
Giulia Marchetti, Professore Ordinario di Malattie Infettive dell'Università degli Studi di Milano e Direttore della Clinica di Malattie Infettive e Tropicali dell'ASST Santi Paolo e Carlo (Milano)

Sono intervenuti:
Andrea di Mattia, Direttore UOC Farmacia Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico, Roma
Monica Monaco, Dirigente di Ricerca afferente al Dipartimento Malattie Infettive dell'Iss; responsabile del coordinamento microbiologico delle sorveglianze nazionali dell'antibiotico-resistenza
Daniela Sagarese, Principal CEO Itlav
Amanda Zanchi, Market Access BD Italy; coordinatrice del gruppo Confindustria Dispositivi Medici per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza
Raffaele Elia, Direttore Sanitario ASP Agrigento
Moira Ceci, dirigente medico geriatra;Tesoriere SIGOT
Giancarlo Ripabelli, Professore Ordinario di Igiene, Università degli Studi del Molise; Segretario SIMPIOS

La tavola rotonda "Una prospettiva di lungo corso sulle infezioni ospedaliere e sull'antibiotico-resistenza", ha rappresentato un momento di confronto e di dialogo concreto tra esperti provenienti da diversi ambiti del sistema sanitario.

L'incontro, moderato dalla Prof.ssa Giulia Marchetti, ha offerto – grazie a un approccio multidisciplinare – un'ampia visione su uno dei problemi più complessi e attuali della sanità pubblica italiana e internazionale: l'antimicrobico-resistenza. Gli obiettivi sono stati quello di fotografare la situazione attuale e al tempo stesso provare a delineare prospettive future coniugando la conoscenza scientifica con la pratica clinica e gestionale.

La discussione è stata introdotta dalle attuali necessità del panorama sanitario italiano: implementare la prevenzione e la gestione delle infezioni ospedaliere e la promozione della cultura della *stewardship* antibiotica. In questo senso, la tavola rotonda ha offerto l'occasione di un dialogo autentico tra mondo accademico, istituzioni, sanità territoriale e industria, con l'intento di costruire una visione comune e praticabile.

L'iniziativa si inserisce pienamente nel quadro delle politiche nazionali di contrasto all'antibiotico-resistenza, rappresentate dal Piano Nazionale di Contrasto all'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025, esteso al 2026, e nelle opportunità aperte dal PNRR, che mira a potenziare le reti di prevenzione e la digitalizzazione dei sistemi sanitari. Da tutte le parti del confronto **è emersa la consapevolezza che la lotta all'AMR non può più essere confinata all'ambito clinico,** ma deve diventare un impegno diffuso e trasversale, nell'ambito dell'idea di *One Health*, nel quale è fondamentale il coinvolgimento della politica, dei sanitari medici e non, dei veterinari, degli organi e degli istituti di ricerca anche in ambito ambientale e dei cittadini stessi, oltre che l'educazione della popolazione generale, a partire dai più giovani.

L'incontro ha così posto al centro **la necessità di passare da una visione frammentata del problema a una gestione comune, fondata su collaborazione multidisciplinare, formazione continua, qualità dei dati e cultura della prevenzione.** Un approccio "di lungo corso" che guarda alla sostenibilità nel tempo e alla costruzione di un vero e proprio ecosistema di salute pubblica, dove ogni attore, dal clinico al politico, sia parte attiva del cambiamento.

La **Prof.ssa Marchetti** ha introdotto il dibattito sottolineando la necessità di una *stewardship* antibiotica diffusa e partecipata, non limitata ai contesti ospedalieri ma estesa anche al territorio, alle RSA e alle cure domiciliari. Pone l'attenzione sull'aspettativa dei pazienti italiani, desiderosi di ricevere la terapia antibiotica come soluzione a qualsiasi malessere. Fondamentale in ambito ospedaliero l'attività dei CIO (Comitati di Infezioni Ospedaliere), strumenti fondamentali di gestione del problema.

Il **Dott. Raffaele Elia** ha ripercorso la storia del problema dell'AMR e delle ICA, che sono rimaste una criticità fin dagli anni '70. Ha evidenziato l'importanza dell'approccio One Health, coniugando medicina umana, veterinaria e ambientale, oltre che necessità di consolidare i *Team Antimicrobial Stewardship* (TAS) ospedalieri come strumenti organizzativi concreti e implementabili.

La **Dott.ssa Moira Ceci** ha portato all'attenzione la prospettiva del paziente anziano, fortemente vulnerabile alle infezioni da germi multiresistenti sia per caratteristiche cliniche che per le criticità gestionali associate, ribadendo la necessità di un approccio educativo sulla gestione assistenziale e della prevenzione delle ICA esteso anche alle strutture residenziali e alle cure domiciliari.

La **Dott.ssa Daniela Sagarese** ha illustrato come la digitalizzazione possa rappresentare un supporto concreto alla gestione del rischio infettivo. Ha portato all'attenzione il progetto "Germ Alert", sviluppato in collaborazione con l'AORN di Caserta, ovvero un sistema che permette la segnalazione tempestiva dei casi sospetti di infezione, favorendo l'attivazione immediata delle misure di isolamento e garantendo tracciabilità e documentazione delle procedure, progetto che ha trovato un ottimo riscontro tra il personale sanitario.

La **Dott.ssa Monica Monaco** dell'ISS ha fornito un aggiornamento sulle attività di sorveglianza e sullo stato di attuazione del PNCAR, evidenziando i progressi rispetto al 2017 e la necessità di rafforzare le azioni di contrasto a tutti i livelli e soprattutto a livello locale, ma anche le disomogeneità territoriali e spesso la carenza di risorse dedicate. Ha sottolineato il valore della forma-

zione del personale sanitario sul tema AMR e l'importanza di promuovere nel cittadino una maggiore consapevolezza sull'uso prudente, responsabile e appropriato degli antibiotici.

Il **Prof. Giancarlo Ripabelli** ha posto l'accento sull'importanza *dell'infection prevention and control* come pilastro della prevenzione. Ha ricordato come la semplice igiene delle mani resti una delle pratiche più disattese, e ha invitato a riflettere sulle motivazioni organizzative e culturali che ne ostacolano l'applicazione. Ha inoltre evidenziato il valore della comunicazione efficace e della formazione, portando esempi pratici anche nell'ambito dell'educazione universitaria di medici e sanitari in formazione.

Infine, la **Dott.ssa Amanda Zanchi** ha evidenziato la responsabilità condivisa di tutte le figure professionali nella prevenzione, richiamando il tema dell'accountability e la necessità di passare da un procurement quantitativo a un procurement basato sul valore, che premi la qualità e la sicurezza dei dispositivi.

Nonostante la diversità dei ruoli, durante la tavola rotonda **è emersa una forte sintonia** tra tutti i partecipanti sui temi affrontati. È stato ampiamente riconosciuto da tutti i presenti che l'antibiotico resistenza non rappresenta più un problema confinato solo ai reparti ospedalieri (infettivologici e non), ma una criticità di tutto il complesso sistema sanitario, estesa agli ospedali, alla medicina del territorio, alle RSA, ai laboratori, alle direzioni sanitarie e agli organi di controllo politico/sanitario.

Il tema ricorrente della formazione è stato cruciale: **non si può migliorare la lotta all'AMR e la gestione delle ICA senza un investimento serio e continuo sulla formazione dei sanitari** e sull'educazione culturale della popolazione. In particolare, è stato sottolineato che la prevenzione nasce dai comportamenti, e i comportamenti possono essere cambiati solo se si comprendono fino in fondo le ragioni che li rendono importanti.

Altro punto di incontro è stato il concetto della multidisciplinarietà: fondamentale è la collaborazione tra più figure e professionisti diversi, coinvolgendo sia figure sanitarie che gestionali/politiche/amministrative. I *Team Antimicrobial Stewardship* e i CIO ospedalieri sono stati indicati come modelli da implementare, perché permettono la collaborazione di infettivologi, igienisti, farmacisti, microbiologi e dirigenti in un percorso condiviso e mirato al problema.

Ampio consenso anche sul tema della digitalizzazione e gestione dei dati: la tecnologia può diventare un alleato prezioso per la prevenzione e l'informazione. In particolare, Il progetto "Germ Alert" presentato dalla Dott.ssa Sagarese è stato portato come esempio concreto di come un sistema informatico possa velocizzare la segnalazione dei casi di ICA, l'organizzazione dei reparti ospedalieri e orientare il lavoro di diversi professionisti sanitari per ottimizzare la gestione clinica del malato oltre che implementare i sistemi di prevenzione. Un buon uso della digitalizzazione permette di raccogliere dati di qualità che possano tempestivamente determinare un'azione risolutiva in seguito ad un alert segnalato.

Altro punto su cui tutti si sono trovati d'accordo è stato quello della comunicazione. È emerso con forza che per cambiare davvero le abitudini, sia dei professionisti che dei cittadini, serve un linguaggio più diretto, comprensibile e coinvolgente. Il Prof. Ripabelli ha parlato della necessità di usare metafore

e messaggi semplici, capaci di colpire le menti sia della popolazione comune così come anche dei medici e sanitari in formazione, mentre la Dott.ssa Zanchi ha sottolineato quanto sia importante creare una nuova narrazione, anche mediatica, sull'uso consapevole degli antibiotici e sulla sicurezza dei dispositivi medici.

Infine, vi è stato grande consenso sul tema della responsabilità condivisa. È necessario cambiare l'ottica con cui si guarda al problema dell'AMR e delle ICA, non più un compito del singolo ma una responsabilità comune, per cui risulta necessaria un lavoro condiviso di tutte le figure del panorama sanitario. La consapevolezza e la collaborazione sono state indicate come le vere chiavi per un cambiamento duraturo.

CRITICITÀ EMERSE E DIVERGENZE

Nel panorama sanitario attuale persistono ancora diverse difficoltà strutturali e culturali che rallentano l'efficacia delle strategie di contrasto all'antimicrobico-resistenza. La Dott.ssa Monaco ha posto l'attenzione sulla criticità della **disomogeneità tra le diverse Regioni che persiste tutt'oggi;** in particolare, la rete di sorveglianza nazionale dell'antibiotico-resistenza ha una buona copertura nazionale che cresce di anno in anno grazie all'impegno delle Regioni ma che necessita di ulteriore rafforzamento. Esistono disuguaglianze in termini di modalità di raccolta e analisi dei dati. Ad oggi, non esiste un flusso di dati in tempo reale che permetta un monitoraggio continuo per interventi mirati e tempestivi. Il futuro delle reti di sorveglianza dell'AMR e delle malattie infettive in generale necessità di innovazione tecnologica e di implementazione dei sistemi di raccolta e analisi dei dati. È indispensabile realizzare la transizione verso sistemi informativi digitali, automatizzati e interoperabili, in grado di consentire anche la condivisione dei dati provenienti da fonti e ambiti diversi, nel pieno rispetto della normativa in materia di protezione dei dati. L'ISS, attraverso progetti nazionali e co-finanziati dall'Europa sta lavorando alla realizzazione di questi obiettivi in collaborazione con le regioni ed il Ministero della Salute.

Alcune criticità sono state discusse anche nell'ambito della formazione del personale sanitario. Questa viene spesso vissuta come **un adempimento burocratico più che un'occasione di crescita e di arricchimento personale.** La dott.ssa Sagarese ha ricordato come molti operatori, anche se motivati, per un'eccessiva mole di lavoro e conseguente mancanza di tempo disponibile non riescono a adempiere correttamente agli obblighi formativi. È stato quindi sottolineato come la formazione deve essere non solo erogata, ma al tempo stesso resa accessibile, continua e inserita in maniera funzionale nella pratica lavorativa dei sanitari.

Tema caldo tutt'oggi è la parziale adesione alle buone pratiche di prevenzione ospedaliera e assistenziale. In particolare, è stata posta l'attenzione sulla pratica dell'igiene delle mani. Tale gesto rimane un cardine della prevenzione delle ICA in quanto semplice da attuare e da diffondere, ciononostante viene ancora troppo trascurato dagli operatori sanitari. Il Prof. Ripabelli in particolare ha evidenziato il paradosso del problema: nonostante venga costantemente ribadita l'importanza dell'igiene delle mani, nella routine di un reparto af-

follato, tra urgenze e carenze di personale, è una delle prime pratiche che non viene attuata efficacemente. La carenza di risorse e di personale, specialmente nei contesti ospedalieri e nelle RSA, è un'altra difficoltà condivisa. Senza investimenti stabili, come ha ricordato la Dott.ssa Monaco, **è difficile mantenere attivi i programmi di sorveglianza**, formazione, prevenzione e controllo delle infezioni in tutti gli ambiti di assistenza sanitaria. Negli ultimi anni sono state allocate importanti risorse economiche per il contrasto all'AMR e alle ICA. Il Ministero della Salute, nell 2021 e per il triennio 2023-2025 ha destinato 160 milioni di euro alle Regioni per il finanziamento di interventi specifici di prevenzione e sanità pubblica, inclusi gli interventi finalizzati al contrasto dell'AMR. Tuttavia, in Europa, Italia compresa, si sta procedendo molto lentamente e con scarsi progressi verso gli obiettivi fissati dal Consiglio Europeo per il 2030 in materia di AMR, evidenziando la necessità di intensificare le azioni di sanità pubblica contro l'AMR.

Alcuni interventi hanno sottolineato anche la necessità di includere le strutture residenziali e le cure domiciliari nei percorsi di prevenzione, oltre che il coinvolgimento attivo dei medici di medicina generale.

Un ulteriore nodo critico riguarda il coinvolgimento dei cittadini. La Prof.ssa Marchetti e il Dott. Elia hanno osservato come in Italia persista una forte aspettativa dei pazienti nei confronti della necessità dell'antibiotico: la prescrizione antibiotica viene vista quasi come una pretesa per ogni quadro patologico, per cui persiste un ostacolo ricettivo alla promozione di un uso appropriato degli antibiotici, soprattutto in un contesto di incremento dell'antibiotico-resistenza.

Infine, la dott.ssa Zanchi ha richiamato l'attenzione sul tema del procurement sanitario, spesso orientato più in termini quantitativi che qualitativi. È stato sottolineato che prodotti e dispositivi di qualità migliore possono fare la differenza nella prevenzione delle infezioni, e che i criteri di acquisto dovrebbero tener conto anche del valore clinico e della sicurezza, non solo del costo.

CONCLUSIONI E PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO

- Responsabilità condivisa e multidisciplinarietà: la prevenzione non può essere delegata solo a specialisti o comitati, ma deve diventare un obiettivo di tutto il personale sanitario, delle direzioni e dei cittadini. Ogni figura deve essere parte attiva del processo.
- Ruolo dei CIO e dei *Team Antimicrobial Stewardship* (AST): valorizzare e potenziare le attività dei Comitati Infezioni Ospedaliere e dei *team* di *stewardship* antibiotica come strumenti centrali di governance clinica.
- Formazione e cultura della prevenzione: necessità di consolidare percorsi formativi continui, multidisciplinari e pratici, rivolti non solo ai medici ma anche a infermieri, OSS, farmacisti, caregiver e cittadini. La formazione deve diventare parte integrante della quotidianità professionale e non un obbligo formale.
- Sorveglianza e raccolta dati: rafforzare la rete di sorveglianza nazionale garantendo omogeneità territoriale, interoperabilità dei sistemi informativi e utilizzo strategico dei dati raccolti. I dati devono diventare strumenti di governo e non solo indicatori epidemiologici.
- Digitalizzazione e innovazione: promuovere l'uso di strumenti digitali per la segnalazione tempestiva delle infezioni e il monitoraggio delle buone pratiche. La tecnologia deve supportare la sicurezza, la tracciabilità e la responsabilità operativa.
- Premialità e riconoscimento delle buone pratiche: introdurre sistemi di valutazione e incentivi per strutture e professionisti che dimostrano comportamenti virtuosi in ambito di infection control e antibiotic stewardship, ivi inclusa l'appropriatezza prescrittiva.
- Comunicazione efficace e coinvolgimento dei cittadini: sviluppare campagne periodiche di informazione semplici e accessibili per aumentare la consapevolezza sull'uso corretto degli antibiotici e sulle pratiche di prevenzione. Utilizzare linguaggi diretti e canali vicini ai cittadini (social, brevi video, materiali educativi).
- Procurement basato sul valore: orientare le procedure di acquisto alla qualità, alla sicurezza e all'efficacia dei dispositivi.
- Collaborazione tra accademia, istituzioni e industria: favorire progetti di ricerca e formazione condivisi, in grado di unire conoscenza scientifica e applicazione pratica per modelli di stewardship antibiotica solidi e replicabili.

WELFARE COMPLEMENTARE: SU COSA SIAMO D'ACCORDO?

A cura dei coordinatori:
Alessandro Bugli, Consulente legale in materia di welfare complementare e assicurazioni private - THMR
Damiana Mastantuono, Ceo Welfare Nest

Sono intervenuti:
Pierangelo Albini, Direttore dell'Area Lavoro, Welfare e Capitale Umano di Confindustria
Antonio Chelli, Presidente FIMIV
Luigi Di Falco, Responsabile Vita e Welfare di ANIA
Michele Assandri, Presidente ANASTE Piemonte
Luca Morandi, Direttore Generale AON
Daniele Damele, Presidente FASI
Giovanna Giannetti, Anagrafe Fondi Sanitari Ministero della Salute
Mauro Marè, Presidente MEFOP
Eugenio Ruggiero, Consigliere Assoprevidenza; Partner dello Studio Visentini Marchetti e Associati; Docente presso l'Università LUISS Guido Carli
Jorge Torre, Responsabile Contrattazione sociale, rapporto con il welfare aziendale, fondi sanitari integrativi presso CGIL Nazionale
Anna Trovò, Dirigente della gestione e promozione degli enti bilaterali, CISL – Confederazione Italiana Sindacati Lavoratori
Alessandro Di Virgilio, CEO di Olimpia Cauzioni e Rischi Tecnologici
Francesco Matteoli, Direttore Generale Casagit Salute
Maurizio Mauro, Direttore FASDAC "Mario Besusso"

Pilastro "Sanità integrativa come leva di programmazione e sussidiarietà"

Negli ultimi anni la sanità integrativa ha registrato una crescita rilevante, sia in termini di platee copertura sia di volumi di prestazioni erogate. Questa espan-

sione, tuttavia, non è stata accompagnata da un'evoluzione uniforme dei modelli: coesistono fondi, casse, mutue, soluzioni assicurative e reti di provider con gradi molto diversi di strutturazione, governance e capacità di presa in carico.

La conseguenza è una disomogeneità che alimenta un dibattito spesso polarizzato sulla "funzione" della sanità integrativa: da un lato la visione che la riduce a canale privatistico o sostitutivo, dall'altro l'aspettativa che possa essere leva complementare e sussidiaria del SSN.

Il tavolo propone di uscire dalla contrapposizione ideologica e assumere una posizione netta: la sanità integrativa può e deve essere considerata una **leva strategica di programmazione sanitaria** (in senso lato), in grado di sostenere il SSN su aree ad alta domanda, di migliorare l'accesso e di rispondere con maggiore tempestività e appropriatezza ai bisogni degli iscritti. In questa prospettiva, "stare dentro o fuori" un disegno integrato non è un dettaglio tecnico: è una scelta di campo che deve trovare riconoscimento in una cornice istituzionale coerente. Al centro di questa cornice c'è un obiettivo che è quello della integrazione.

- **Superamento della dicotomia pubblico/privato:** la sanità integrativa come componente sussidiaria, non antagonista, capace di contribuire a obiettivi di salute e a logiche di sistema (accesso, prevenzione, gestione cronicità, riduzione rinuncia alle cure).
- **Consolidamento giuridico del ruolo:** esigenza di rafforzare il riconoscimento istituzionale della funzione di "seconda gamba" e di chiarire in modo più stabile il posizionamento della sanità integrativa nel perimetro del welfare sanitario nazionale.
- **Scelte regolatorie possibili:**
  - opzione 1: una **legge delega / riforma organica** che definisca ruoli, requisiti, controlli e finalità;
  - opzione 2: una **riforma incrementale** (correttiva e attuativa) del quadro esistente, con interventi mirati e progressivi.
- **Vigilanza, garanzie e trasparenza:** quali regole servono per rendere il sistema affidabile, comparabile e meno esposto a pratiche disallineate rispetto a finalità assistenziali e criteri di appropriatezza.
- **Nesso tra benefici fiscali e funzione sociale:** il beneficio fiscale dovrebbe essere la conseguenza di un ruolo riconosciuto e di requisiti verificabili, non l'elemento "fondante" che spinge la costruzione di modelli meramente opportunistici.

- **Consenso sul bisogno di una cornice più chiara:** è emersa una convergenza sull'opportunità di rinnovare una scelta di campo a livello politico chiara; di ridurre l'area grigia interpretativa e di rendere il sistema più leggibile per iscritti, imprese, istituzioni e stakeholder.
- **Consenso sul rafforzamento dell'affidabilità:** trasparenza, garanzie, presidi di vigilanza e requisiti minimi vengono letti come condizioni abilitanti per consolidare reputazione e credibilità del comparto.
- **Consenso sul principio di sussidiarietà operativa:** la sanità integrativa deve orientarsi sempre più a logiche di servizio e presa in carico, contribuendo al miglioramento dell'accesso e alla gestione strutturata di bisogni ricorrenti (prevenzione e cronicità).
- **Consenso sul superamento della logica puramente "assicurativa":** l'evoluzione auspicata è verso modelli programmati e basati su percorsi, dati e appropriatezza.

- **Divergenza sulla via normativa:** riforma organica o progressiva; entrambi gli approcci hanno rischi (eccessiva rigidità vs frammentazione continua).
- **Definizione di requisiti minimi e controlli:** equilibrio delicato tra tutela degli iscritti e libertà organizzativa; rischio di creare barriere o distorsioni non volute.
- **Disomogeneità di modelli e pratiche:** standardizzazione e comparabilità risultano difficili se non si chiarisce un perimetro minimo comune (governance, reporting, appropriatezza, qualità dei servizi) nel rispetto delle specificità. È emersa la necessità di salvaguardare le specifiche caratteristiche della bilateralità da una parte e della mutualità dall'altra, contaminando ma non appiattendo i modelli.

Pilastro "Long Term Care e fragilità: infrastruttura sussidiaria di lungo periodo"

Il tavolo identifica la Long Term Care (LTC) come una delle più grandi sfide strutturali del welfare italiano e del welfare contrattuale. Negli ultimi anni la LTC è stata spesso evocata come priorità, ma raramente trasformata in architettura operativa stabile e finanziariamente sostenibile.

Allo stesso tempo, la sanità integrativa dispone di una base contrattuale ampia e consolidata, e molte forme collettive già prevedono tutele riconducibili alla LTC. Questa base può diventare un'infrastruttura naturale per costruire un welfare sussidiario di lungo periodo, capace di intercettare non solo la non autosufficienza conclamata, ma anche l'insieme di fragilità e cronicità che attraversano l'arco della vita.

La proposta centrale è superare l'attuale visione riduttiva che equipara LTC a "non autosufficienza", e lavorare su un modello più ampio: prevenzione della fragilità, presa in carico, continuità assistenziale, integrazione tra sanitario e sociale, includendo anche l'esigenza di coperture efficaci per pensionati.

- **Definizione e perimetro LTC:** necessità di una norma definitoria più ampia, che includa bisogni sociosanitari continuativi, fragilità e cronicità complesse.
- **Superamento della frammentazione sociale/sanitaria:** integrazione tra servizi, continuità tra territorio e strutture, coordinamento di reti e livelli di assistenza.
- **Qualità delle coperture LTC:** non solo "presenza a catalogo", ma effettiva operatività (accessibilità, criteri chiari, case management, rete adeguata, monitoraggio).
- **Arco di vita e pensionati:** sostenibilità di piani che non "scadono" al termine della fase lavorativa; gestione dell'invecchiamento attivo e assistito.
- **Ruolo dei partner (compagnie e mutue):** come costruire partnership strutturali che non siano meri canali di erogazione, ma strumenti per governance, standard e gestione del rischio.

- **LTC come priorità trasversale:** ampia convergenza nel considerarla un'urgenza del welfare contrattuale.
- **Presa in carico come obiettivo:** consenso sul fatto che l'efficacia non si gioca solo sulla prestazione economica, ma su percorsi, continuità, integrazione e accompagnamento.
- **Bisogno di regole e incentivi stabili:** accordo sull'esigenza di una cornice che favorisca investimenti di lungo periodo e riduca l'incertezza.
- **Potenziale ruolo "infrastrutturale" della sanità integrativa:** il tavolo riconosce che la base degli iscritti e la capacità organizzativa dei fondi può rappresentare una leva concreta.

- **LTC come priorità per il policy maker.**
- **Perimetro di LTC e criteri di accesso:** rischio di definizioni troppo strette o troppo ampie; nodo tra universalismo e sostenibilità.
- **Sostenibilità economico-attuariale:** coperture lifetime e pensionati richiedono modellazione del rischio, gradualità e una gestione robusta.
- **Integrazione con sistema pubblico:** senza interoperabilità e coordinamento, si rischia duplicazione o inefficienza; serve chiarezza di confini e complementarità.
- **Modello di partnership:** divergenze potenziali su chi governa (fondo vs assicurazione vs mutua vs provider), su standard, responsabilità e controlli.

Pilastro "Secondo pilastro sanitario: governance, dati, appropriatezza e innovazione"

Diventare realmente la "seconda gamba" della sanità italiana non significa crescere solo in volumi o in prestazioni rimborsate. Significa investire in **programmazione**, **appropriatezza**, **governance** e capacità di generare valore misurabile per gli iscritti, orientandosi a modelli di presa in carico e percorsi integrati.

Il tavolo evidenzia un passaggio culturale: fondi, compagnie e provider devono superare logiche meramente tecniche o assicurative per assumere un ruolo sociale e strategico. Questo implica nuove competenze nei board, nei team operativi e anche tra outsourcer, chiamati a un approccio più integrato e responsabile.

La trasformazione è abilitata (e in parte imposta) dall'evoluzione dei sistemi informativi sanitari: Fascicolo Sanitario Elettronico, Ecosistema Dati Sanitari, strumenti di interoperabilità e nuovi modelli di telemedicina e IA. La maturità del comparto si misura anche sulla capacità di adottare queste leve nel rispetto della data governance e della privacy.

- **Cosa significa "II pilastro" in concreto:** transizione da logiche di rimborso a modelli basati su dati, appropriatezza, outcome e percorsi.
- **Governance e competenze:** trasformazione della presa in carico richiede skill specifiche (clinico-organizzative, data-driven, procurement, HTA, partnership).
- **Percorsi salute e cronicità:** rafforzamento di programmi dalla prevenzione alla gestione della cronicità e delle multimorbidità.
- **Interoperabilità dei dati:** integrazione con SSN e con i suoi sistemi informativi (FSE, Ecosistema Dati Sanitari), ruolo possibile di Anagrafe Fondi e cruscotti prestazioni.
- **Tecnologie emergenti:** telemedicina e IA come strumenti per accesso, monitoraggio, triage, aderenza e personalizzazione, ma con criteri rigorosi di valutazione.
- **Odontoiatria come area "critica":** gestione dei rischi di frequenza e necessità di soluzioni innovative per non trasformarla in un fattore di instabilità del sistema.

- **Modelli orientati a valore:** convergenza sulla necessità di superare indicatori esclusivamente tecnici per arrivare a indicatori di salute effettiva e qualità del percorso.
- **Interoperabilità come prerequisito:** consenso sul fatto che senza dati e standard il "secondo pilastro" resta dichiarativo.
- **Appropriatezza come guida:** accordo sull'importanza di governare percorsi e prestazioni per aumentare efficacia e sostenibilità.
- **Innovazione sì, ma valutata:** apertura verso telemedicina e IA, con richiesta implicita di metodi di valutazione e governance del rischio.

- **Prontezza disomogenea del sistema:** non tutti gli attori sono allo stesso livello di maturità su dati, percorsi e tecnologie.
- **Data governance e responsabilità:** chi detiene, integra, tratta e utilizza i dati; quali standard; come garantire sicurezza e compliance.
- **Investimenti e sostenibilità:** adozione di nuove tecnologie e interoperabilità richiede risorse e tempi; rischio di creare gap tra grandi e piccoli attori.
- **Odontoiatria:** persistenza di difficoltà nel governo di rischi di frequenza; necessità di innovare modelli, altrimenti si crea rinuncia o riduzione dell'offerta.

Pilastro "Mutualità: partecipazione, inclusione e sostenibilità del modello"

Il modello mutualistico viene presentato come un elemento chiave del welfare integrativo: possiede radici storiche solidaristiche ma, proprio per la sua natura partecipativa, appare estremamente attuale. La mutualità riesce infatti a integrare in modo naturale dimensione sociale, sanitaria e – in molti casi – aziendale, valorizzando la persona non solo come beneficiario di prestazioni, ma come soggetto coinvolto e ascoltato.

Nel dibattito sulla riforma della sanità integrativa, le mutue sono spesso richiamate come modello di riferimento, ma talvolta risultano sottovalutate o sacrificate in ipotesi regolatorie non coerenti con la loro specificità. Le mutue operano inoltre in un'area "ibrida", a cavallo tra sistemi giuridici e regolatori, che può essere sia una ricchezza (autonomia e flessibilità) sia un punto di vulnerabilità (rischio di cortocircuiti normativi).

- **Partecipazione e governance:** coinvolgimento degli aderenti nella vita dell'ente, presidio di accountability e orientamento ai bisogni reali.
- **Persona al centro:** ascolto, presa in carico, dimensioni multidimensionali del bisogno; partecipazione alle cure.
- **Mutue e fondi negoziali:** differenze e complementarità; le mutue come laboratorio di governance che anticipa sfide attuali del sistema.
- **Inclusione:** potenziale piattaforma naturale per pensionati, fragili e non lavoratori, grazie alla vocazione universalistica.
- **Rischio normativo:** cortocircuiti che indeboliscono sostenibilità e funzione sociale; necessità di dialogo più aperto tra i due "mondi" giuridici.

- **Valore del modello mutualistico:** riconoscimento nelle proposte di riforma non solo come modello di riferimento ma anche come forma giuridica.
- **Mutualità come risorsa per inclusione:** consenso sull'opportunità di valorizzarla nei percorsi che richiedono continuità e prossimità (fragilità, LTC, pensionati).
- **Esigenza di tutela della sostenibilità:** accordo sulla necessità di evitare interventi normativi che, pur puntando a razionalizzare il sistema, finiscano per ridurre l'impatto sociale delle mutue.
- **Potenziale ruolo sistemico:** apertura verso l'idea che le mutue possano essere una "terza gamba" del welfare integrativo accanto a fondi e casse.

- **Valorizzazione reale vs dichiarata:** il richiamo alla mutualità rischia di restare formale se non accompagnato da misure coerenti.
- **Sostenibilità e requisiti:** equilibrio tra requisiti/controlli e salvaguardia dell'autonomia; rischio di appesantimenti non proporzionati se riferiti a mercati non omogeni come quello assicurativo.
  - **Perimetro e ruolo nel sistema integrato:** divergenze possibili su funzioni (erogazione, gestione, presa in carico, partnership) e su modalità di raccordo con fondi/compagnie/provider. **Esiste ancora una visione negativa del modello mutualistico in ambito assicurativo dettata dall'utilizzo improprio della forma della SMS spesso utilizzata senza adesione ai valori e principi ma per la sola utilità fiscale.**
- **Rischio di frammentazione regolatoria:** sistemi giuridici non dialoganti possono produrre incoerenze che indeboliscono la funzione sociale del modello.

SPORT E SALUTE: LA PREVENZIONE GLOBALE PASSA ANCHE ATTRAVERSO LO SPORT – IL RUOLO DEGLI ENTI DI PROMOZIONE SPORTIVA, DELLA SCUOLA, DELLE UNIVERSITÀ E DEL TERZO SETTORE. IL RAPPORTO E LE LINEE GUIDA DEL PROGETTO LADO "LOTTA AL DROP OUT SPORTIVO GIOVANILE"

A cura delle coordinatrici:

Sandra Frateiacci, Presidente ALAMA-APS (Associazione Liberi dall'Asma, dalle Malattie Allergiche, Atopiche, Respiratorie e Rare); Responsabile Nazionale Settore Salute OPES APS

Luciana Sinisi, Esperto Senior Ambiente e Salute, Comitato Medico Scientifico ALAMA-APS.

Sono intervenuti:

Marco Bernardi, Delegato della Rettrice per lo Sport nelle persone con disabilita, Sapienza Universita di Roma (sedentarietà si combatte anche camminando)

Tiziana Biolghini, Consigliera della Città metropolitana di Roma Capitale; Delegata Pari Opportunità, Politiche Sociali, Cultura, Partecipazione, Trasparenza e Anticorruzione

Giovanni Cavagni, Allergologo Pediatra; Comitato Medico Scientifico ALAMA-APS

Lorenzo Donzelli, Responsabile comunicazione OPES APS, Direttore responsabile RISORSE NEWS

Gabriele Fava, Presidente INPS

Andrea Frateiacci, Presidente Sezione "Giulio Onesti" di Roma U.N.V.S. Unione Nazionale Veterani dello Sport; Rappresentante del Presidente Nazionale U.N.V.S per i rapporti con le Istituzioni; Membro Giunta CONI Lazio

Luca Galloni, Vicesindaco Comune di Trevignano (PROMOZIONE NEI TERRITORI)

Michelangelo Giampietro, Specialista in Medicina dello Sport e in Scienza dell'Alimentazione; Docente a contratto Scuola di Specializzazione

"Medicina dello sport e dell'esercizio fisico" Università "Sapienza" di Roma; Docente della Scuola dello Sport - Sport e Salute Spa, Roma; Docente ISF "R. Lombardi" Federazione Italiana Tennis e Padel; Componente Commissione Medica-Scientifica della Federazione Italiana Giuoco Calcio, Settore Giovanile e Studentesco

Antonino Mancuso, Docente Università Tor Vergata - Roma, Membro Comitato Scientifico Scuola Regionale CONI Lazio

Alberto Mantovani, Esperto dell'Agenzia Europea per le Sostanze Chimiche (ECHA); Vice-Presidente Centro Studi KOS-Scienza, Arte, Società

Roberta Mariotti, Amministratore unico BeeKind - Trevignano Romano

Manuel Onorati, Presidente CUS Università di Roma Torvergata

Marco Ricci, Assessore - Politiche del Commercio, Attività Produttive, Sviluppo locale, Promozione del territorio, Sport e tempo libero V Municipio di Roma

Luigi Romani, Vicepresidente Nazionale OPES APS

Domenica Taruscio, gia Direttrice Centro Nazionale Malattie Rare, ISS. Presidente Centro Studi KOS - Scienza, Arte, Società

Claudio Tomatis, IT Senior Consultant, Vicepresidente ALAMA-APS

Attilio Turchetta, Specialista Allergologia, Pneumologia e Medicina dello Sport; Referente per lo Sport della Società Italiana di Pediatria (SIP)

Fabio Verdone, Docente presso il corso di Sport Individuali dell'Università degli Studi di Roma Foro Italico e presso il corso di specializzazione della Neuroeducazione e dell'Apprendimento Motorio nella Disabilita e nella Neurotipicità. Chinesiologo specializzato in attività motoria adattata.

Il 20 settembre 2023 è una data storica per lo Sport in Italia.

L'inserimento dello Sport in Costituzione con l'introduzione del sesto comma nell'art. 33: ***"La Repubblica riconosce il valore educativo, sociale e di promozione del benessere psicofisico dell'attività sportiva in tutte le sue forme"*** lo ha elevato a diritto e valore costituzionalmente tutelato sancendo l'importanza del movimento e dell'attività fisica come parte integrante del benessere dei cittadini, proseguendo il percorso della riforma dello Sport (D.lgs. 36/2021 e successive modifiche), dando concretezza al lavoro sportivo e riconoscendone la professionalità.

L'art. 33 conferma il ruolo sociale, il riconoscimento del ruolo di promozione della salute e del valore del suo contributo al miglioramento della qualità della

vita delle persone e delle comunità; quale veicolo di inclusione, partecipazione e aggregazione sociale, strumento di benessere psico-fisico e di prevenzione; ne riconosce la valenza sociale ed educativa, amplificando la necessità di diffondere, in particolare tra le nuove generazioni, che il concetto di diritto allo sport per tutti non è solamente un principio astratto ma è, specialmente nelle aree deprivate del Paese, uno strumento potente di crescita delle opportunità di sviluppo sociale e fondamentale strumento di educazione e catalizzatore di valori universali positivi.

Lo Sport quindi, oggi riconosciuto dalle istituzioni e Organismi Sportivi in generale, dal mondo del Terzo settore, dalle Istituzioni scolastiche e dalla Società civile in generale, deve vedere impegnati in maniera sinergica tutti gli attori coinvolti (Sport, Scuola, Salute, Sociale), collaborando con l'associazionismo sportivo e il terzo settore con l'obiettivo di allargare la base di coloro che praticano una sana attività fisica o una disciplina, nell'ottica dell'attuazione del principio di sussidiarietà orizzontale, ideando e realizzando iniziative capaci di coniugare l'aspetto sportivo (agonistico e non) e l'aspetto preventivo/riabilitativo dello sport, del movimento, dell'attività fisica, in contesti sportivi e infrastrutture adeguati e sicuri, con professionisti preparati e formati, garanti della qualità dei percorsi messi a disposizione, con particolare attenzione a quelli dedicati alle fasce di popolazione fragile.

Il lavoro da fare per raggiungere questi obiettivi è immane ma nell'ottica dello sport l'obiettivo dell'atleta è lavorare e impegnarsi per raggiungere il risultato!

È in questo contesto che abbiamo voluto approfondire i temi di maggiore interesse per far emergere criticità e condividere le proposte e le azioni che, nel quotidiano, possono dare risposte ai bisogni oggi insoddisfatti. Al centro dell'incontro il Rapporto e le Linee Guida del Progetto LADO – "Lotta al drop out sportivo giovanile", come base di confronto su come intercettare, capire e prevenire l'abbandono dello sport, e favorire la partecipazione attiva dei giovani.

- L'Impatto dello sport sul benessere fisico e psicologico e la promozione di corretti stili di vita a tutte le età.
- La riforma del lavoro sportivo - Evoluzione delle figure professionali e nuove regole; la riforma del Terzo Settore.
- La presenza, qualità e sicurezza delle infrastrutture dove esercitare la pratica sportiva.
- Il ruolo della nutrizione e della corretta alimentazione nelle persone che praticano attività sportiva con un'attenzione particolare all'uso e abuso di sostanze/integratori.
- Le certificazioni mediche, l'accesso e le responsabilità.
- Come strutturare iniziative in un'ottica di rete per la diffusione della cultura sportiva, della sua funzione sociale e dei valori etici dello sport.
- Il monitoraggio e la valutazione delle attività e progetti realizzati e il loro impatto sui territori e società.
- La comunicazione e l'educazione alla conoscenza delle misure di prevenzione (dalla salute agli ambienti, alla sicurezza) sia per i professionisti dello sport sia per chi lo pratica e le loro famiglie.
- La comunicazione e il confronto/consultazione tra professionisti della sanità e dello sport e la collaborazione con le strutture sanitarie del territorio per attività e iniziative di formazione dedicate ai lavoratori sportivi, ai tecnici dello sport, amministrativi e dirigenti sportivi sui temi della prevenzione e dei fattori di rischio, e sulla opportunità di favorire la promozione di screening diagnostici e di medicina predittiva (prevenzione, informazione, monitoraggio e valutazione).

- La formazione universitaria e la formazione continua delle figure professionali impegnate.
- L'attuazione del "Green Sport Manifesto", la sfida della sostenibilità nel settore dello sport che si impegna ad avviare pratiche più sostenibili all'interno delle proprie strutture e, allo stesso tempo, incoraggiare e ispirare atleti, tifosi e comunità a fare scelte più green nella vita di tutti i giorni.
- Il contrasto il fenomeno del drop-out sportivo giovanile.

Nella Tavola Rotonda è stata sottolineata e condivisa l'importanza dello Sport non solo per gli aspetti di acquisizione di stili di vita salutari e la prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili come, per esempio, l'obesità e le malattie cardiovascolari, ma anche per gli aspetti di benessere psico-fisico e sociale per tutte le età e per tutti, incluse le fasce più svantaggiate sotto il profilo psicofisico (disabilità, malattie croniche e rare).

Sono stati altresì individuati rischi connessi alla pratica sportiva quali alcuni "abusi nutrizionali" specie per l'uso incontrollato e deprecabile di integratori anche per sportivi amatoriali e la necessità di rivedere e saper comunicare una nuova cultura sportiva che superi la specializzazione precoce.

È stata privilegiata l'attenzione sullo sport giovanile, avvalendosi dellrisultanze e delle analisi condotte nel Progetto LADO sul fenomeno dell'abbandono dello sport in età giovanile tecnicamente noto come ***Drop out*** **sportivo giovanile**, uno Studio partecipato che ha visto coinvolti più di 150 esperti in 24 tavole rotonde tematiche con rappresentanti di 24 province italiane e 1255 questionari somministrati agli Alunni di 48 scuole, attività di sensibilizzazione sul territorio nazionale.

L'importanza del fenomeno del drop out sportivo giovanile, diffuso in tutto il mondo, deriva dal fatto che si realizza con più frequenza proprio nell'età adolescenziale, ovvero in una fascia d'età cruciale per l'adesione a stili di vita salubri, controlli medici specialistici preventivi, supporto al trattamento di disabilità o patologie congenite, croniche e/o rare, lo sviluppo psicofisico, l'acquisizione di competenze cognitive e non cognitive, la costruzione di una solida rete sociale, l'abbattimento di disuguaglianze e la diffusione di valori educativi. Tutti vantaggi che tendono a protrarsi fino all'età adulta.

Ma non solo. Il praticare sport in questa fase della vita può essere considerato anche un fattore protettivo nei confronti di vulnerabilità ormai sempre più diffuse nell'età giovanile non solo psicofisiche, quali l'inattività, la sedentarietà, il sovrappeso, l'obesità e gli stili di vita insalubri e i problemi di salute mentale, ma anche quelle più socialmente insidiose quali ad esempio i comportamenti anti sociali, la povertà educativa, l'inadeguato sviluppo di capacità non cognitive quali quelle emotive e relazionali.

Tutte vulnerabilità socioeducative che nel medio e lungo termine incidono sulle potenzialità dell'intero assetto sociale e che possono essere contrastate

anche attraverso lo sport giovanile, opportunamente rimodulato nei contenuti valoriali, educativi e pedagogici. Per questa complessità il drop out sportivo giovanile è un fenomeno che sta assumendo sempre di più caratteristiche di un proprio specifico "settore a sé", che supera la più nota visione tradizionale di rischi ed effetti da assenza di attività fisica, quali l'obesità o l'acquisizione di stili crisi delle agenzie educative (scuola, famiglia) e, in generale, delle politiche sociali giovanili e urbanistiche.

Una visione di cui ad oggi non se ne ha ancora un'adeguata percezione tra gli operatori, anche sanitari, i decisori nazionali e locali e le famiglie e a cui sono state dedicate le discussioni sui temi dell'agenda ovvero il ruolo delle organizzazioni sportive, la cultura e l'educazione sportiva e il ruolo delle istituzioni nazionali e locali per la promozione dello sport quale strumento di prevenzione.

A questa partecipata e multidisciplinare Tavola Rotonda, che ha visto un confronto aperto di numerosi esperti sulle problematiche e le possibili soluzioni che il contributo degli Enti di Promozione Sportiva, Scuola, Università, Terzo Settore e Istituzioni possono offrire nel costruire una cultura della salute che parte dal movimento, dall'attività fisica e dalla pratica sportiva coinvolgendo tutte le età, una importante testimonianza è stata condivisa dal **Presidente INPS Gabriele Fava** che, partecipando al dibattito, ha sottolineato l'importante *ruolo dello Sport come strumento di prevenzione, benessere, sostenibilità, educazione, inclusione, rispetto delle regole, spirito di squadra che lo porta ad essere* ***una forma concreta di welfare attivo. Per questo, ritiene importante integrare lo sport nell'offerta INPS*** *perchè non solo migliora la qualità della vita, ma genera risparmio strutturale per la spesa sanitaria dello Stato e rafforza la coesione sociale promuovendo salute e sostenibilità. In questa ottica lo Sport è un* investimento sul capitale umano, è *salute che si traduce in sostenibilità, è prevenzione che diventa risparmio, è benessere che diventa coesione.*

CRITICITÀ EMERSE E DIVERGENZE

Le criticità emerse dall'analisi del contesto nazionale riguardano principalmente:

La complessità della trasformazione che sta vivendo il mondo dello sport con ***cambiamenti che hanno ridefinito le regole sinora conosciute trasformandolo sempre più in un ecosistema complesso e interconnesso*** che deve interagire al suo interno e con ecosistemi altrettanto complessi al suo esterno, (scuola, sanità, salute e benessere, digitalizzazione, rivoluzione tecnologica, contesti sociali, culturali, economici e politici interni e internazionali).

- **La principale criticità è nella governance dello Sport e** si esplicita principalmente nell'Assenza di un ***Piano Nazionale per lo Sport*** nonostante il riconoscimento del suo valore costituzionale, un Piano che comprenda in particolare:
  - piano nazionale per la **promozione dello sport giovanile** che sia anche uno strumento di contrasto alle emergenze sociali e educative e, in generale, alla crisi educativa e formativa della scuola e dell'alleanza scuola-famiglia e/o che faciliti l'inclusione sociale di minori svantaggiati e tenga conto dei diritti dei minori allo Sport;
  - una collaborazione strategica tra i Ministeri interessati di Sport, Sanità, Politiche Sociali, Scuola.
- **Scarsa formazione degli operatori sanitari sui benefici** psico fisici dello sport e sugli aspetti nutrizionali. Nella formazione dei medici si rileva una carenza di adeguati programmi accademici formativi relativi allo sport come strumento di prevenzione e di sviluppare le conoscenze idonee a dare indicazioni nutrizionali o consigli specifici per sport adatti o di supporto a problematiche psicofisiche (disabili, malattie croniche o rare, persone fragili).
- **Criticità relative ai servizi pubblici di medicina dello sport.**
  - La figura dello specialista in medicina dello sport per i medici e le famiglie è vista prevalentemente solo come un "certificato-

re", ed è carente l'informazione sulle potenzialità della Medicina dello sport per la tutela della salute.

- Il servizio pubblico della medicina dello sport non è presente in tutte le ASL, con ampi divari territoriali e con ricadute anche sulle certificazioni mediche d'idoneità agonistica che richiedono lo specialista. Il sistema pubblico non è assolutamente in grado di fronteggiare la media di circa 255.000 richieste annuali, e permane una differenza di accesso pubblico/privato nelle diverse Regioni.

- **Criticità nella cultura "prestazionale**" dello sport e nel diritto dei minori allo sport.
  - I dominanti modelli di governance e pratica sportiva finalizzati agli obiettivi prestazionali (ed economici) di risultato, ormai riguardano anche i minori, includendo le contaminazioni negative nello sport con il loro corredo di violenze fisiche ed emotive, abusi e doping li espongono a conseguenze a lungo termine sull'assetto psicofisico in paradossale contrasto con gli obiettivi primari ludici, educativi, etici, salutistici e sociali dello Sport nell'età evolutiva e dell'intero assetto del welfare sportivo nazionale.
  - L'accesso allo sport non È garantito sia per carenze strutturali, specie nelle strutture scolastiche, che per ragioni economiche e logistiche di accompagnamento agli impianti.
- **Criticità nella promozione dello sport per soggetti fragili.**
  - Le criticità maggiormente segnalate per la pratica sportiva riguardano una maggiore fragilità di salute, il coinvolgimento di un numero maggiore di persone che ruotano intorno all'individuo (che devono essere tenute in considerazione e coinvolte), infrastrutture poco accessibili, società sportive poco supportate e una scarsa formazione specifica per gli operatori sportivi, pediatri e medici di base per la tipologia di sport o pratica motoria compatibile con la disabilità e/o specifiche patologie che possa essere di ausilio terapeutico per quella disabilità/patologia.
  - Le difformità territoriali e la frammentazione delle possibilità di accesso alla pratica dell'attività sportiva specie per le fasce di popolazione maggiormente a rischio di deprivazione.

- **Criticità Sport a Scuola e con la Scuola:** Nonostante l'alleanza Scuola-Sport sia evocata come strategica da tutte le maggiori istituzioni nazionali che collaborano per lo sport giovanile (MIUR, Dipartimento per lo sport Presidenza del Consiglio dei Ministri, CONI), non solo per gli obiettivi educativi e sociali oltre che salutari, ma anche per la crescita e la diffusione della (sana)cultura sportiva, ad oggi i dati descrivono varie difficoltà strutturali e non:
  - secondo il recente rapporto ISTAT nell'anno **scolastico** 2023/**2024** sono quasi 359mila gli **alunni con disabilità**, pari al 4,5% degli iscritti e sono ancora molte le barriere fisiche presenti nelle scuole italiane che ostacolano la piena accessibilità per alunni con disabilità motoria, evidenziando gravi ritardi strutturali specialmente nel Mezzogiorno per palestre e spazi idonei;
  - il 60% delle scuole italiane, secondo l'allarme Coni, è senza una palestra;
  - metà delle palestre esistenti non è a norma e si rilevano problemi strutturali, di pulizia e i lunghi tempi burocratici necessari per la manutenzione o la messa a norma di impianti;
  - il numero di ore previste per l'insegnamento dell'educazione fisica a scuola è al di sotto della media europea;
  - l'educazione fisica a scuola non trova adeguata considerazione nelle politiche scolastiche e tra gli altri colleghi docenti e, in generale, nella percezione sociale e delle famiglie, con potenziali effetti negativi sulla demotivazione dei docenti e sul loro peso nello sviluppo di collaborazioni con realtà extrascolastiche che potrebbero, teoricamente, compensare le varie carenze strutturali.

CONCLUSIONI E PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO

Dall'analisi delle problematiche trattate l'obiettivo rimane la creazione di un sistema sportivo più vicino e accessibile a tutti i cittadini. Un Sistema che permetta, in particolare alle fasce di popolazione degli anziani e dei minori di età e dei "fragili" (con patologia/disabilità), una presa in carico congiunta tra ambito sportivo del welfar e sanitario appropriata e tempestiva in funzione delle effettive necessità della persona, e possa favorire la pratica dello sport, dell'attività fisica o motoria attraverso un programma personalizzato e condiviso oltre alla sua valenza di tipo sanitario sia anche uno strumento di inclusione sociale e mantenimento della qualità della vita.

Queste le proposte di miglioramento emerse:

- promuovere, approvare e promulgare un "Piano Nazionale per lo Sport";
- potenziare programmi universitari per medici e personale sanitario sulle implicazioni dell'attività sportiva per salute e benessere e di supporto del trattamento di patologie croniche e di disabilità;
- potenziare il ruolo del medico sportivo nei programmi di prevenzione della Sanità;
- potenziare la medicina sportiva anche per lo sport amatoriale, abbattere i divari regionali;
- prevedere maggiori controlli e corsi di formazione sulle indicazioni nutrizionali e sull'uso di integratori nell'attività sportiva;
- rafforzare le azioni di contrasto a qualsiasi forma di violenza fisica e/o psicologica sul minore con particolare riferimento agli educatori sportivi e alle famiglie;
- implementare iniziative per la tutela dei minori nel settore dello sport che includa progetti informativi per minori, famiglie e operatori sportivi;
- promuovere attività di informazione e formazione per tecnici e dirigenti sui contenuti del Vademecum istituzionale per la tutela dei diritti dei minorenni nello sport del 2022 redatto a cura del Dipartimento per lo Sport della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza, Sport e Salute;

- promuovere nel sistema sportivo una iniziativa o programma istituzionale di riferimento per la promozione dello sport giovanile che comprenda:
  - un proprio modello di governance per le iniziative progettuali, i programmi formativi per gli operatori, la collaborazione intersettoriale, l'implementazione territoriale;
  - valutazione anche qualitativa dei programmi sportivi giovanili.
- Implementare i progetti delle Palestre della Salute già presenti in alcune Regioni che prevedono l'assistenza di preparatori atletici e di uno staff multidisciplinare (chinesiologi, medici sportivi, fisiatri e nutrizionisti) che accompagnano con protocolli di attività fisica adeguata specifiche categorie di soggetti fragili di tutte le età con difficoltà alimentari, mentali e fisiche;
- potenziare le capacità di co-progettazione con Scuola, Associazioni Sportive, Terzo settore e famiglie sia in tema di attività motoria adattata che nelle sperimentazioni di sport integrato;
- promuovere campagne informative e campagne di comunicazione volte a far conoscere i benefici della pratica sportiva, dell'attività fisica e del movimento e condividere il valore dello sport in ogni sua accezione.

TAVOLI DEL 7 NOVEMBRE

Come nasce una Casa di Comunità?

A cura della coordinatrice:

Marinella D'Innocenzo, Membro del Comitato scientifico di Welfair, fiera del fare Sanità; Responsabile scientifico B-SANITÀ; Presidente L'Altra Sanità.

Sono intervenuti:

Isabella Mastrobuono, Referente delle regioni e province autonome dell'osservatorio nazionale dei fondi sanitari integrativi

Antonella Romanini, MD, MA Responsabile Ambulatori melanomi, sarcomi e Tumori Rari U.O. Oncologia Medica 1 Azienda Ospedaliero Universitaria Santa Chiara,Pisa

Elena Megli, Direttore Distretto Sanitario Asl Roma 2

Grazia Matarante, Direttore Amministrativo Asl Campobasso

Giorgio Banchieri, Docente universitario presso LUISS BS e Sapienza Università di Roma

Maria Cristina Serra, Coordinatore delle Attivita Distrettuali RM/4, Direttore Sanitario Distretto RM4/1 Civitavecchia"

Francesco Colavita, Dirigente responsabile ff UOC Sviluppo Strategico, Innovazione Organizzativa & Comunicazione Asl Salerno

Duilio Carusi, Healthcare Advisor EY.

Il tavolo ha esaminato la profonda transizione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) verso il modello di assistenza territoriale delineato dal **DM 77/2022** e dal **PNRR**. Attualmente, il SSN è impegnato in una delle trasformazioni più significative della sua storia: gli obiettivi fissati a livello nazionale non configurano soltanto un piano di investimenti infrastrutturali, ma rappresentano una vera e propria sfida sistemica e di civiltà, volta a riportare la salute al centro delle comunità.

Tuttavia, il contesto attuale è segnato da un marcato scostamento tra la pianificazione teorica e la reale implementazione operativa. Secondo il *Report nazionale di sintesi del Monitoraggio DM 77/2022* (Agenas, II semestre 2024), risul-

tano pienamente conformi ai requisiti normativi **soltanto 46 strutture** su tutto il territorio nazionale. In questo scenario, il presente Libro Bianco nasce per rispondere a una domanda cruciale: quali esperienze territoriali possono indicare la strada per trasformare le Case di Comunità (CdC) in presidi realmente accessibili ed efficienti?

Attraverso il confronto tra esperti, sono stati individuati **tre *drivers* fondamentali** per la riuscita del modello:

- **l'integrazione come metodo:** Superare la storica separazione tra sociale e sanitario per rispondere alla complessità di una popolazione anziana e fragile. La CdC deve garantire una risposta unitaria attraverso Punti Unici di Accesso (PUA) operativi e una governance distrettuale rinnovata.
- **L'equità territoriale:** Garantire il diritto alla salute dai grandi centri urbani alle aree interne isolate. Modelli come le "Botteghe di Comunità" e la telemedicina dimostrano che l'innovazione può abbattere le disuguaglianze, portando diagnostica e refertazione ovunque.
- **Il protagonismo della comunità:** Promuovere un cambiamento culturale che coinvolga attivamente il Terzo Settore, le associazioni dei pazienti e i cittadini nella co-progettazione della salute, superando il modello ospedale-centrico.

Questo capitolo non è un semplice resoconto, ma un **manifesto operativo** che, analizzando le buone pratiche regionali – dalla stratificazione della popolazione alla gestione dei micro-territori – intende offrire una bussola per la transizione. L'obiettivo è trasformare le Case di Comunità da progetti su carta a nodi vitali di una rete di protezione solida, umana e realmente funzionante. La sfida è aperta: il tempo di agire è adesso.

Il cuore dell'analisi si sviluppa attorno alla necessità di superare la storica visione "ospedale-centrica" per approdare a un modello di cura realmente distribuito sul territorio. La riflessione parte dall'**integrazione socio-sanitaria**, intesa come metodo operativo per rispondere alla complessità di una popolazione sempre più anziana e fragile; in quest'ottica, la Casa di Comunità (CdC) smette di essere un semplice poliambulatorio per diventare il luogo dove il bisogno della persona riceve una risposta unitaria. Questo approccio si declina attraverso quattro direttrici fondamentali emerse dal confronto tra gli esperti:

1. La logistica della prossimità: i modelli di accesso

Il concetto di "prossimità" non può essere applicato in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, ma richiede soluzioni flessibili capaci di adattarsi alle specificità geografiche e demografiche delle singole regioni. In questa ottica, l'esperienza di **Francesco Colavita** (ASL Salerno) rappresenta un **modello d'avanguardia per le aree interne.** Attraverso la sperimentazione delle **"Botteghe di Comunità"** in 27 comuni del Cilento – a partire da centri piccolissimi come Valle dell'Angelo – è stato possibile creare una rete di ambulatori gestiti da infermieri di famiglia e assistenti sociali. Grazie al supporto della telemedicina per la gestione delle cronicità, questo modello ha dimostrato un'efficacia operativa straordinaria, portando a un drastico calo degli accessi impropri al Pronto Soccorso (con oltre 6.500 codici bianchi e verdi evitati). La visione di Colavita punta a verticalizzare questa esperienza per garantire un'effettiva equità della salute anche nelle zone più disagiate, superando i rigidi limiti strutturali inizialmente previsti dal DM 77.

Un **approccio complementare di riqualificazione** è quello descritto da **Grazia Matarante** (ASREM Molise), dove la strategia si è concentrata sul riutilizzo creativo del patrimonio esistente. Trasformando ospedali dismessi, come quelli di **Larino** e **Venafro**, in Case di Comunità integrate con Ospedali di Comunità, il Molise ha preservato punti di riferimento vitali per la popolazione anziana e isolata. Per sopperire alla carenza di specialisti, in particolare radiologi, l'ASREM Molise ha puntato sulla **tele-radiologia** e sulla refertazione a distanza, garantendo servizi diagnostici di routine sul territorio. Tuttavia, resta aperta la sfida culturale: Matarante lamenta, infatti, la

persistente mancanza di una governance a vocazione territoriale, ancora troppo spesso condizionata da modelli formativi esclusivamente ospedalieri.

Infine, la **Provincia Autonoma di Bolzano**, attraverso l'intervento di **Isabella Mastrobuono**, offre **una lezione di pragmatismo metodologico basato sulla stratificazione della popolazion**e. Invece di una generica offerta di servizi, il modello altoatesino ha selezionato quattro PDTA chiave (diabete, BPCO, scompenso cardiaco e artrite reumatoide) per 33.000 pazienti cronici mappati con precisione. La logistica, in questo caso, è stata ridefinita in collaborazione con cartografi e servizi di trasporto, basando i bacini di utenza sui **temi reali di percorrenza stradale** piuttosto che sulla semplice distanza chilometrica. Questo sforzo di integrazione ospedale-territorio si è completato con una mappatura del fabbisogno specialistico che vede i medici ospedalieri spostarsi verso le Case di Comunità, utilizzando le radiologie ospedaliere esistenti come Hub tecnologici per l'intero sistema.

2. Metriche e tassonomie: dare un nome alla cura

L'efficacia delle Case di Comunità dipende in larga misura dalla capacità del sistema di leggere e interpretare correttamente il territorio. Un punto di convergenza fondamentale emerso dal dibattito riguarda la necessità di superare le medie statistiche per approdare a una "geografia dei bisogni" estremamente granulare. **Duilio Carusi** ha sollevato con forza il tema della dimensione ideale della comunità, suggerendo di analizzare i dataset non più su scala distrettuale generica, ma su quella **micro-territoriale**. Le determinanti sociali della salute, infatti, possono cambiare drasticamente tra quartieri limitrofi – come nel caso emblematico della dicotomia tra l'EUR e San Basilio. Secondo Carusi, solo identificando la giusta dimensione dimensionale è possibile sviluppare quelle reti di **controllo sociale positivo** e di mutuo aiuto che potenziano l'efficacia stessa dei servizi sanitari.

Questa esigenza di precisione analitica trova un riscontro diretto nella sfida gestionale descritta da **Elena Megli** (ASL Roma 2). Operare in un distretto metropolitano di 189.000 abitanti significa confrontarsi con una complessità superiore a quella di intere regioni italiane, dove zone di forte sviluppo si alternano ad aree di estrema deprivazione verso la periferia sud e Pomezia. In contesti così eterogenei, la Case di Comunità deve farsi motore di una **collaborazione municipale** serrata. Megli ha evidenziato come il lavoro congiunto con i Municipi sia stato determinante per reperire spazi fisici per i medici di medicina ge-

nerale in zone dove la carenza di studi medici avrebbe altrimenti negato il diritto all'assistenza. L'esperienza della ASL Roma 2 dimostra inoltre che la prossimità si costruisce anche attraverso la solidità delle relazioni professionali. Grazie ai rapporti di fiducia nati durante l'emergenza pandemica, è stato possibile scardinare i silos ospedalieri, portando specialisti come geriatri, oculisti e chirurghi direttamente sul territorio. In questa ottica, le metriche e le tassonomie non sono semplici strumenti burocratici, ma diventano la base per un'**integrazione reale** che sappia ricucire le ferite del tessuto urbano e garantire equità di cura tra micro-comunità con bisogni opposti.

3. Il ruolo dei protagonisti: Direttori, Associazioni e Cittadini

La profonda trasformazione della sanità territoriale richiede un radicale ripensamento dei ruoli e delle responsabilità di tutti gli attori coinvolti. Come evidenziato da **Maria Cristina Serra** (ASL Roma 4), il **Direttore di Distretto** vive oggi un'importante evoluzione normativa e funzionale dettata dal DM 77: da mero gestore di risorse, questa figura diventa il vero garante dell'efficacia del modello di prossimità. In questa nuova visione, il successo delle Case di Comunità non può più essere misurato solo con parametri amministrativi, ma deve passare attraverso nuovi indicatori di performance, come la partecipazione attiva dei cittadini e il miglioramento percepito e dichiarato della loro qualità della vita. Per attuare questo cambio di paradigma, Serra ritiene fondamentale un investimento massiccio nella formazione, rivolto non solo al personale sanitario ma ai cittadini stessi, per accompagnarli culturalmente nel delicato passaggio dal modello "ospedale-centrico" a quello di comunità.

Parallelamente, la garanzia di una reale continuità assistenziale non può prescindere dal contributo del Terzo Settore. **Antonella Romanini** (Pisa) ha sollevato il tema critico del **"gap informativo"** che colpisce molti pazienti, in particolare quelli oncologici: una volta terminata la fase acuta in ospedale, le persone si sentono spesso sole e prive di orientamento su a chi rivolgersi nel proprio territorio. Per colmare questo vuoto, è necessario valorizzare le **associazioni di pazienti**, formandole e inserendole attivamente nei processi di governance e persino nelle procedure di gara per dispositivi e farmaci, seguendo modelli virtuosi come quello intrapreso dalla Regione Toscana.

Infine, l'intervento di Romanini pone l'accento su una riflessione economica e sociale di grande impatto: l'**analisi dei costi.** È essenziale calcolare quan-

to costi, in termini sociali ed economici, spostare pazienti fragili per prestazioni che potrebbero essere erogate comodamente a domicilio o in strutture di prossimità. La centralità del paziente, dunque, si realizza solo quando il sistema è in grado di integrare la governance distrettuale, l'esperienza diretta delle Associazioni e la partecipazione consapevole del Cittadino.

4. L'analisi critica (rischio finanziario e operativo) e la visione internazionale

Nel processo di definizione della nuova sanità territoriale, un monito rigoroso giunge da da **Giorgio Banchieri** (SIQUAS), il quale ha posto l'accento sul rischio finanziario e operativo: con solo 46 strutture pienamente attive a livello nazionale (dati Agenas 2024), l'urgenza è quella di passare dalla fase di negoziazione politica alla fase di programmazione dell'offerta e di "Community Building". Secondo Banchieri, uno dei peccati originali nell'attuazione della riforma risiede nella localizzazione delle Case di Comunità: troppo spesso, infatti, la scelta dei siti risponde a logiche di **negoziati politici locali** piuttosto che a una **reale analisi della domanda** e dei bisogni epidemiologici e sociali della popolazione. Questo approccio rischia di minare l'efficacia stessa del presidio, scollegandolo dalle reali aree di sofferenza del territorio.

A questa criticità programmatoria si aggiunge un pressante **rischio finanziario**. Banchieri esprime una forte preoccupazione per la scadenza inderogabile di **giugno 2026**: il cronoprogramma del PNRR non ammette ritardi e il mancato completamento dei cantieri entro tale data rappresenterebbe un paradosso drammatico, obbligando l'Italia a **restituire i fondi a Bruxelles** proprio nel momento di massimo bisogno di investimento.

Tuttavia, la via d'uscita non è solo tecnica, ma culturale. Guardando ai **modelli internazionali** di maggior successo, Banchieri cita le esperienze di **Inghilterra, Spagna e Finlandia**, dove la comunità non è un utente passivo, ma una parte attiva e integrante del sistema. In questi Paesi, figure come i "*social connectors*" e reti strutturate di volontariato operano in sinergia con i professionisti sanitari, riuscendo a **ridurre i ricoveri impropri** attraverso il sostegno sociale e la partecipazione. Il successo della riforma dell'assistenza territoriale così come disposta nel DM 77, non sarà misurato dal completamento dei cantieri del PNRR entro giugno 2026, ma dalla capacità di queste strutture di produrre un miglioramento effettivo nella qualità della vita dei cittadini. La sfida proposta è dunque quella di una "**sanità di comunità**" ca-

pace di rispondere ai bisogni senza cadere nell'errore di medicalizzare ogni aspetto della vita sociale, promuovendo invece un modello di salute diffusa e partecipata.

Dal confronto tra i diversi esperti e dalle evidenze emerse nelle analisi territoriali, si delinea un consenso unanime su alcuni pilastri strategici necessari per il successo della riforma:

- **il superamento del paradigma infrastrutturale:** Vi è piena convergenza sul fatto che la sfida delle Case di Comunità non possa esaurirsi nella dimensione edilizia. Il consenso è totale nel ritenere che il successo dell'investimento dipenda dalla capacità di **rendere queste strutture operativamente funzionali, dotandole di personale e processi certi**, per evitare il rischio di creare "scatole vuote" prive di impatto sulla salute pubblica.
- **L'integrazione come modello di governance:** Gli esperti concordano sulla necessità di adottare una **governance trasformativa.** Il punto di incontro è l'abbattimento dei "silos" amministrativi e dipartimentali: **l'integrazione tra sociale e sanitario** non è vista solo come un obiettivo, ma come l'unico metodo possibile per gestire la multidimensionalità del bisogno, specialmente nelle cronicità e nelle fragilità.
- **Il nuovo protagonismo della Comunità:** Emerge una visione condivisa che sposta il baricentro dal paziente all'intera comunità. Quest'ultima non viene più intesa come un destinatario passivo di prestazioni, ma come un soggetto attivo e consapevole. Il consenso riguarda la necessità di una co-progettazione della salute che parta dal basso, rendendo il cittadino partecipe delle scelte assistenziali.
- **La valorizzazione strategica del Terzo Settore:** Viene riconosciuto un ruolo fondamentale alle associazioni dei pazienti e alle realtà del volontariato. Il consenso si focalizza sulla loro capacità unica di colmare il "gap informativo" tra ospedale e territorio, agendo come bussola per i cittadini e come partner qualificati nella definizione delle politiche di accesso e orientamento ai servizi.

CRITICITÀ EMERSE E DIVERGENZE

Il processo di implementazione della riforma territoriale non è privo di ostacoli significativi, che spaziano dalla dimensione operativa a quella politica e culturale:

- **Il divario tra pianificazione e operatività reale**: emerge una profonda preoccupazione per lo scarto tra gli obiettivi dichiarati e lo stato di fatto. A fronte di una programmazione nazionale che prevede l'attivazione di 1.235 Case di Comunità, i dati del Monitoraggio Agenas 2024 rivelano che solo 46 strutture risultano effettivamente operative e conformi agli standard minimi di personale medico e infermieristico.
- **L'imminente rischio finanziario del PNRR**: Giorgio Banchieri ha evidenziato l'urgenza legata alla scadenza inderogabile di giugno 2026. Il cronoprogramma dei lavori non ammette ritardi: l'incapacità di completare le strutture entro tale termine esporrebbe l'Italia al paradosso di dover restituire i fondi a Bruxelles proprio nel momento di maggior bisogno di investimenti.
- **Logiche di localizzazione e distorsione politica**: una criticità strutturale risiede nel metodo di scelta dei siti per le nuove strutture. Troppo spesso la localizzazione delle Case di Comunità risponde a logiche di negoziazione politica locale piuttosto che a una rigorosa analisi della domanda basata sui bisogni epidemiologici e sociali della popolazione, rischiando di creare presidi scollegati dalle reali aree di sofferenza del territorio.
- **La resistenza culturale e il modello ospedale-centrico**: persiste un forte condizionamento dettato da modelli formativi e gestionali di stampo esclusivamente ospedaliero. Come evidenziato da Grazia Matarante, manca ancora una vera governance a vocazione territoriale; questo limite culturale impedisce una visione integrata della cura e rallenta la transizione verso una sanità di prossimità.

CONCLUSIONI E PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO

Dalla struttura alla funzione: un Manifesto Operativo per la Sanità di Comunità

Le riflessioni emerse dal Tavolo delineano un cambio di paradigma: la Casa di Comunità (CdC) deve evolvere da semplice progetto architettonico a fulcro del **controllo sociale della salute**, dove la comunità stessa diventa soggetto attivo della cura. La transizione verso il modello del DM 77/2022 rappresenta una sfida che supera il concetto di "mattone" per generare un ecosistema di relazioni e servizi integrati.

Per trasformare questa visione in realtà, le proposte di miglioramento si articolano su **quattro pilastri strategici**:

1. *Colmare il divario operativo e rinnovare la Governance*

Il dato Agenas (solo 46 strutture conformi a livello nazionale) evidenzia che la vera criticità non è l'edilizia, ma la funzionalità operativa. La proposta centrale prevede un **investimento massiccio nelle risorse umane** e una revisione dei contratti professionali: senza personale medico e infermieristico stabilmente inserito, le CdC rischiano di restare "scatole vuote". Al centro di questo cambiamento deve porsi il **Direttore di Distretto**, garante della prossimità e dell'integrazione, supportato da una formazione che non sia solo tecnica ma culturale, per scardinare definitivamente la visione ospedale-centrica.

2. *Rendere la prossimità un valore sostanziale ed equo*

L'efficienza del sistema dipende dalla **flessibilità territoriale**. Laddove la distanza fisica rappresenta un ostacolo, è necessario adottare modelli come le "Botteghe di Comunità" e rendere sistemico l'uso della **telemedicina e della tele-radiologia**. L'obiettivo è portare la cura dove risiede il paziente, trasformando le radiologie ospedaliere in Hub tecnologici al servizio del territorio. La programmazione deve basarsi sulla **lettura granulare dei micro-territori** e sulla stratificazione della popolazione, garantendo standard omogenei tra metropoli e aree interne.

3. *Investire nel Community Building e nel ruolo del Terzo Settore*

Affinché le CdC siano autentici centri di prevenzione, è indispensabile pas-

sare dall'erogazione passiva di prestazioni a una **partecipazione attiva**. Il coinvolgimento del Terzo Settore e delle **Associazioni dei pazienti** non è accessorio, ma strutturale per colmare il "gap informativo" e garantire la continuità assistenziale. Seguendo modelli internazionali (Inghilterra e Finlandia), la sanità territoriale deve avvalersi di figure come i **"social connectors"** e reti di volontariato per intercettare i bisogni prima che diventino emergenze, evitando la medicalizzazione impropria del disagio sociale.

4. *Metriche basate sulla Qualità della Vita*

Il successo della riforma non può essere misurato solo dal completamento dei cantieri entro il 2026. È fondamentale introdurre nuovi **indicatori di performance** (**KPI**) basati sul miglioramento effettivo della salute, sulla riduzione dei costi sociali derivanti da spostamenti impropri di pazienti fragili e sulla percezione del benessere dichiarata dalla comunità stessa.

In sintesi, la trasformazione della sanità territoriale sarà possibile solo se sapremo abitare queste nuove strutture con competenze rinnovate e una visione che metta il cittadino al centro. Il tempo di agire è adesso: solo una **"sanità di iniziativa"**, umana e realmente funzionante, potrà trasformare le Case di Comunità da semplice voce di bilancio del PNRR nel pilastro di un **nuovo patto di salute tra Stato e cittadini**.

DALLE EX IPAB ALLE ASP: È SUFFICIENTE?

A cura del Coordinatore:
Salvatore Guastella, Vicepresidente ASSAP Opere Pie Riunite Lupis, Ragusa; Psicoterapeuta, Formatore.

Sono intervenuti:
Maria Letizia Diliberti, Dirigente Generale Dipartimento della Famiglia e delle Politiche Sociali, Regione Sicilia
Vittorio Severi, Direttore Andigel e già DG Forlì e direttore integrazione socio-sanitaria Emilia Romagna
Mario Conti, Direttore Generale del Comune di Cinesello Balsamo
Alessandro Strada, Direttore Generale dell'ASP Cesena Valle Savio
Franco Antoci, Presidente dell'Opera Pia Collegio di Maria SS. Addolorata Ragusa
Fiovo Bitti, Consigliere CNEL
Mirella Cleri, Psicologa clinica e di comunità; Dirigente sanitario Usl Umbria2; Docente a contratto di psicologia del lavoro e delle organizzazioni clmsio Uni Pg
Massimiliano Monanni, Presidente ASP Asilo Savoia.

Il Tavolo ha riunito profondi conoscitori dell'argomento, che ringrazio per avere accettato l'invito a partecipare, e ha rappresentato un'opportunità di confronto su un tema che presenta, nella applicazione delle normi esistenti in materia, diversi punti di interesse, in particolare sul modo di aggiornare e rendere più rispondenti alle mutate esigenze il quadro normativo a partire dalla legge Crispi del 1890 che ha avuto un impatto significativo sulla regolamentazione delle IPAB. Le IPAB – Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza – espletano attività nell'ambito dell'assistenza e della beneficenza pubblica, vigilati dalle Regioni. Tali Enti gestiscono Scuole per l'Infanzia e strutture a ciclo residenziale o semiresidenziale a favore di diverse categorie di soggetti residenti nel territorio regionale ed erogano servizi in ambio socio-assistenziale e sociosanitario. Esse sono coinvolte nella programmazione re-

gionale e possono essere destinatarie di appositi contributi al fine di garantire i servizi erogati.

I soggetti destinatari delle attività e dei servizi erogati dalle IPAB oggi (successivamente ASP o persone giuridiche private) sono anziani, minori, persone svantaggiate sia a livello economico che sociale, famiglie, persone disabili o fragili, donne vittime di violenza.

Ora, dopo il decreto legislativo 201 del 2022, tutto è pronto per una riforma, eppure, a distanza di lustri dall'emanazione della legge statale regolativa, la vicenda della trasformazione o soppressione delle IPAB non si è conclusa e conosce nuovi sviluppi.

Siamo pronti per una riforma che renda le ex-IPAB organiche ai nuovi servizi del 21° secolo a favore dei meno abbienti e dei fragili? In particolare, è possibile inserire le ex-IPAB che si occupano di assistenza agli anziani fragili, con il loro ingente patrimonio, nei sistemi socioassistenziali regionali?

La trasformazione delle ex IPAB (Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza) in ASP (Aziende di Servizi alla Persona) rappresenta un passo significativo, ma non necessariamente sufficiente. Questa transizione può portare a una gestione più moderna e integrata dei servizi.ma ci sono ulteriori aspetti da considerare, quali ad esempio la delega alle regioni di legiferare in materia con un denominatore comune che potrebbe essere l'accorpamento.

TEMATICHE AFFRONTATE

- Qualità dei servizi;
- formazione del personale;
- sostenibilità economica;
- coinvolgimento delle comunità;
- regolamentazione e monitoraggio.

Tutti abbiamo concordato che occorre distinguere tra IPAB che gestiscono personale e IPAB che gestiscono solo patrimoni e che il valore complessivo vale per lo stato italiano oltre tre finanziarie. In particolare:

- IPAB CON SOLO GESTIONE DI PATRIMONIO:

Insufficienza delle entrate in grado di gestire il patrimonio essendo per lo più donazioni di immobili e beni che richiedono costante manutenzione onde evitarne il depauperamento per cui si auspica una legislazione ad hoc tenuto conto che l'obiettivo è sociale e non speculativo.

- IPAB CON ASSISTITI:

Nelle quali i punti focali sono:

  - centralità delle persone,
  - qualità dei servizi.

- SOSTENIBILITÀ ECONOMICA

Alla luce delle mutate condizioni ed esigenze; tra tutte incide l'allungamento della vita e l'antichità dei beni.

- FORMAZIONE COSTANTE DEL PERSONALE

Partecipazione attiva della comunità aprendo le porte delle strutture ad una interazione costante con l'ambiente.

- L'incertezza normativa che sorge ogni qualvolta si cerca di tradurre le volontà testamentarie scritte nelle tavole fondative delle IPAB in norme piu rispondenti a terzo millennio, alla organizzazione sociale e sanitaria nazionale ed internazionale.
- Risorse insufficienti che possono compromettere la qualità dei servizi.
- Diversità territoriali legati ancora alle aree geografiche di appartenenza con offerta di servizi disomogenea.
- L'assenza di un piano formativo vincolante che garantisce un aggiornamento comune sui principali bisogni formativi aggredibili con la formazione.
- Aumento dell'integrazione con le altre realtà esistenti sul sociale superando la dicotomia pubblico privato ed individuando una terza via più rispondente alla realtà.

Affrontare queste criticità richiede un approccio strategico e collaborativo.

CONCLUSIONI E PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO

Si rende opportuno predisporre un modello di revisione legislativo che metta a sistema le attuali norme attraverso l'ascolto di tutte le realtà del segmento con l'obiettivo di costituire una riforma che dia sostegno al settore socio-sanitario.

Fra interdisciplinarità e semestre filtro: come deve essere la formazione sanitaria del futuro?

A cura del coordinatore:
Massimo Casciello, già Direttore Generale del Ministero della Salute.

Sono intervenuti:
Stefania Basili, Presidente della Conferenza Permanente dei Presidenti di Facoltà e Scuole di Medicina e Chirurgia
Antonio De Belvis, Direttore UOC Percorsi e Valutazione Outcome Clinici, Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS
Nunzio Miraglia, Coordinatore Nazionale Associazione Nazionale Docenti Universitari (ANDU)
Vincenza Ferrara, Esperta Alta Qualificazione Sapienza Università di Roma
Giammaria Liuzzi, Responsabile Nazionale Anaao Giovani
Domenico Alvaro, Preside della Facoltà di Medicina e Odontoiatria Sapienza Università di Roma
Giorgio Lodolini, Segretario Provinciale Sumai Assoprof Roma
Paolo Villari, Presidente della Conferenza Permanente di Facoltà e Scuole di Medicina e Chirurgia.

Il Decreto Ministeriale 418/2025 – che introduce il semestre filtro e altre novità nel curriculum della Laurea in Medicina – è lo spunto per una riflessione più ampia sull'evoluzione della formazione universitaria delle professioni sanitarie.

Come possono i cambiamenti nella società, tecnologie e organizzazione sanitaria venire recepite dalle Università e preparare, di conseguenza, i nuovi professionisti della sanità alle sfide che da questi cambiamenti scaturiscono?

Come integrare competenze e approccio multidisciplinare, la comunicazione sanitario-paziente, la gestione del lavoro in team, la capacità di operare in ambienti digitali e integrati con sistemi di Intelligenza artificiale?

Come si possono integrare nel curriculum skills che rispecchino le nuove esigenze della medicina territoriale, della prevenzione, della salute pubblica e

della medicina personalizzata? Il tavolo di Welfair unisce università, scuole di specializzazione, rappresentanti delle categorie e professionisti per creare un percorso condiviso di aggiornamento e crescita dei percorsi dedicati alle professioni sanitarie.

TEMATICHE AFFRONTATE

- L'istituzione e la gestione in tutti questi anni del numero chiuso all'ingresso dei corsi di laurea e delle scuole di specializzazione. Gli effetti passati, attuali e futuri sul Sistema sanitario.
- La transizione dei servizi sanitari alla dimensione digitale (e la loro progressiva integrazione) avrà un ruolo cardine nelle sanità del prossimo futuro.
- La formazione pre e post-lauream capace di prepararci ad affrontare e a non subire il nuovo paradigma assistenziale.
- L'Interdisciplinarità necessaria per la formazione del personale sanitario.
- La sfida organizzativa delle strutture Sanitarie complesse.

Il tavolo ha condiviso la necessità di affrontare la tematica in modo complessivo. In altre parole, invita a prevedere una costruzione ideale del SSN, riposizionamento delle modalità di offerta nel prossimo decennio, che consentirebbe di prevedere, stante il modello, le effettive necessità (professionali e tecniche) per poi arrivare alla quantizzazione dei capitali umani e materiali. Se possibile fare tale previsione si dovranno introdurre, solo successivamente, nuovi sistemi di selezione e formazione condivisi. Questi saranno modellati alle esigenze con forte interdisciplinarità e formazione sul digitale perché questo non è il futuro ma il presente.

Sulla prevedibilità del numero dei medici, con sfumature diverse, tutti hanno espresso perplessità, anche perché attualmente non si comprende la ratio del perché venga fatta così, per alcuni, confondente per i giovani, come le modalità di applicazione ma soprattutto in quale contesto venga inserita per renderla credibile. Un conto inserirla per il presente un conto tra dieci anni dove le competenze e tecnologie potrebbero aver modificato gli approcci. In sostanza quello che silenziosamente è emerso che si dovrebbe discutere partendo dal macrosistema futuro (10 + anni) più che dal presente, anche se necessario, considerando gli anni imprescindibili per la formazione del personale che lo consegnerà al SSN almeno tra un decennio. Discutere dell'immediato è una battaglia di retroguardia tutti i ragionamenti dovrebbero avere l'orizzonte futuro considerando il presente.

CRITICITÀ EMERSE E DIVERGENZE

Per l'immediato: principale criticità riguarda il transito verso i corsi affini al termine del semestre aperto. La Legge Delega ha previsto il riordino degli ordinamenti didattici per allineare i piani di studio e garantire continuità didattica, ma tale processo non risulta ancora implementato. In assenza del riallineamento, i corsi affini presentano configurazioni curricolari eterogenee e non pienamente sovrapponibili al semestre aperto, con differenze nei CFU, negli obiettivi formativi e nelle attività del primo semestre. Questa disomogeneità può generare discontinuità nei percorsi e rallentamenti nella progressione universitaria, incluse difficoltà di accesso tempestivo al tirocinio e aumento degli studenti fuori corso. La criticità risulta rilevante per i corsi delle professioni sanitarie, come Infermieristica, con potenziali ricadute sulla capacità formativa e sulla disponibilità di nuovi professionisti per il Servizio Sanitario Nazionale.

Per l'immediato e il breve periodo: preoccupazione per il rischio di un progressivo impoverimento della ***dimensione umana*** della professione medica. L'impiego sempre più diffuso di piattaforme digitali, teleconsulti e strumenti di intelligenza artificiale potrebbe infatti ridurre le occasioni di contatto diretto tra medico e paziente, con la conseguente perdita di quelle competenze comunicative, relazionali ed empatiche che da sempre rappresentano il fondamento della pratica clinica tradizionale. Preoccupa, inoltre, la carenza di nuove figure professionali, ormai divenute indispensabili all'interno delle strutture sanitarie, che possano affiancare i medici nella gestione della transizione digitale e nel controllo delle tecnologie emergenti.

CONCLUSIONI E PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO

Per il lungo termine: una necessaria riforma generale del Sistema sanitario ***attraverso un sistema compartecipato di monitoraggio del SSN*** che suggerisca a livello Nazionale, per poi essere adattato, modelli condivisi da raggiungere nel tentativo di superare le attuali criticità nell'interesse della collettività tutta anche in termini di costi (riprogettazione funzionale).

Per il medio termine: In attesa di un modello condiviso, una regola di selezione alternativa ai test e al "semestre filtro", nella prospettiva della gestione del numero chiuso, garantendo comunque una qualificata formazione. Questo nell'ambito di una necessaria riforma generale del Sistema sanitario che attraverso modelli condivisi da raggiungere nel tentativo di superare le attuali criticità nell'interesse della collettività tutta. Riformare il percorso di specializzazione per una dignità retributiva, lavorativa e formativa degli specialisti del domani; aggiornare periodicamente il fabbisogno di professionisti cosa possibile solo se sarà chiaro il modello condiviso a livello nazionale cercando, inoltre stante il modello, l'impatto delle nuove tecnologie.

Per il breve termine: rafforzare le attività di orientamento e di recupero nei mesi di dicembre-febbraio 2026, periodo in cui gli studenti non sono impegnati in altre attività didattiche, così da garantire un accompagnamento personalizzato e favorire la transizione verso eventuali corsi affini nel secondo semestre. Inoltre stabilire il coordinamento tra i CdS affini per assicurare criteri condivisi di riconoscimento dei CFU in ingresso e un'integrazione graduale degli studenti successiva alla pubblicazione della graduatoria nazionale. Considerare l'attivazione di sessioni d'esame straordinarie per consentire il completamento degli adempimenti formativi e garantire un inserimento ordinato nei percorsi prescelti.

Da subito cambio di paradigma: nella evoluzione del mondo delle scienze della salute, le Università devono raccogliere la sfida di formare personale adeguato a gestire la transizione digitale e l'evoluzione tecnologica. Insegnare a lavorare e a guidare team con informatici, esperti di logistica/operations, case managers, ingegneri gestionali, economisti sanitari.

Quindi Interdisciplinarità utile per la formazione del personale sanitario. Le competenze cognitive, emotive e relazionali sono considerate necessarie per la promozione del benessere e la cura. Molti studi suggeriscono l'utilizzo di un approccio definito delle Medical Humanities che possono comprendere prati-

che artistiche e metodi pedagogici collegati alla diagnosi e alla relazione nel settore della salute per applicare **l'approccio bio-psico-sociale e l'umanizzazione delle cure.**

GLI STRUMENTI FINANZIARI AL SERVIZIO DELLE ASL

A cura dei coordinatori:

Roberto Esitini, Head of Specialty Heathcare MAG Italia e Lorenzo Polo, MD, PhD, Medico Legale, Direttore UOC Risk Management, Qualità, Contenzioso e Medicina Legale Policlinico San Matteo, Pavia

Lorenzo Polo, MD, PhD, Medico Legale, Direttore UOC Risk Management, Qualità, Contenzioso e Medicina Legale Policlinico San Matteo, Pavia.

Sono intervenuti:

Davide Minniti, Direttore Generale dell'AOU San Luigi Gonzaga di Orbassano; Coordinatore nazionale del Forum Permanente dei Direttori generali di Federsanità

Germano Perito, Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera San Giuseppe Moscati di Avellino

Alessandro Delle Donne, Direttore Generale IRCCS Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" Bari

Alessio Cicirelli, Direttore Generale IRCCS San Raffaele Roma.

"I maggiori costi nascosti della sanità: misurazione scientifica degli impatti economici degli eventi avversi (MedMal)"

Negli ultimi anni, a livello internazionale, si è progressivamente consolidata la consapevolezza che gli eventi avversi correlati all'assistenza sanitaria (*adverse events – AEs*) rappresentino non solo un tema di sicurezza del paziente e di qualità delle cure, ma anche una delle principali fonti di costi non esplicitati nei sistemi sanitari.

Complicanze cliniche, infezioni associate all'assistenza, errori procedurali, eventi avversi da farmaci, utilizzo improprio di dispositivi medici e interventi riparatori generano infatti una molteplicità di costi che vanno ben oltre i premi assicurativi e i risarcimenti. Tali costi si manifestano attraverso il prolungamento delle degenze ospedaliere, l'uso aggiuntivo di farmaci e diagnostica, il

ricorso a reparti ad alta intensità di cura, i percorsi riabilitativi, l'assistenza post-dimissione e la perdita di produttività dei pazienti e dei caregiver.

La letteratura scientifica internazionale ha dimostrato che questi effetti sono **reali, misurabili e rilevanti**. Studi su infezioni chirurgiche, infezioni del flusso sanguigno correlate a cateteri, piaghe da decubito severe ed eventi avversi da farmaci evidenziano incrementi di costo che possono arrivare al 50-70% rispetto a ricoveri analoghi privi di evento avverso, con un impatto significativo anche in termini di giorni letto e assorbimento di risorse ospedaliere. Analogamente, in ambito ortopedico e farmacologico, gli eventi avversi risultano associati a costi incrementali medi per ricovero e a un allungamento sostanziale della durata della degenza.

Tali evidenze, tuttavia, risultano frammentarie e limitate a singole tipologie di evento. Non esiste, allo stato dell'arte, uno studio sistematico e multicentrico in grado di raccogliere tutte le componenti di costo generate dagli eventi avversi – oltre premi e risarcimenti – distinguendo per tipologia di evento, gravità, area specialistica e includendo anche i costi sociali e post-ospedalieri. In Italia, in particolare, le fonti disponibili risultano parziali e non consentono una visione integrata né un confronto strutturato tra strutture sanitarie.

È in questo contesto che si colloca l'evento svoltosi a Roma il 6 novembre, nell'ambito di Welfaire – Fiera di Roma. Durante il tavolo tecnico promosso da MAG, alla presenza di Direttori Generali di primarie strutture sanitarie, è stato approvato all'unanimità l'avvio del **primo studio scientifico accademico internazionale "no profit"** dedicato alla misurazione dei maggiori costi sanitari e sociali derivanti dagli eventi avversi. L'attività scientifica sarà condotta dall'**Università di Pavia**, con il coinvolgimento tecnico di MAG e il coinvolgimento diretto di strutture ospedaliere pubbliche.

A partire da questo contesto di riferimento, il confronto sviluppato durante l'evento ha approfondito il tema dei maggiori costi in sanità in una prospettiva sistemica, integrando dimensione clinica, organizzativa ed economico-finanziaria.

In particolare, sono state affrontate:

- la distinzione strutturale tra costi diretti della medical malpractice e costi indiretti o "nascosti" generati dagli eventi avversi;
- la scomposizione analitica dei costi incrementali, includendo:
  - prolungamento delle degenze ospedaliere;
  - utilizzo aggiuntivo di farmaci, materiali e diagnostica;
  - interventi correttivi, ri-interventi e percorsi riabilitativi;
  - maggiore impiego di risors umane e infrastrutturali.
- L'estensione dell'analisi ai costi sociali e post-dimissione, quali assistenza domiciliare, trasporti e perdita di produttività;
- i limiti degli attuali modelli di gestione del rischio, ancora prevalentemente focalizzati sul sinistro assicurativo e non sull'evento clinico nella sua interezza economica.

È emersa con chiarezza la necessità di superare approcci settoriali o descrittivi, orientandosi verso una misurazione scientifica capace di supportare decisioni di prevenzione, organizzazione e investimento.

Dal confronto tra relatori e partecipanti è emersa una convergenza ampia su alcuni elementi fondamentali:

- i maggiori costi derivanti dagli eventi avversi rappresentano una componente strutturale e rilevante della spesa sanitaria;
- la loro mancata misurazione comporta una sottostima del rischio clinico complessivo e dei suoi impatti sui bilanci;
- è necessario un approccio scientifico, multicentrico e comparativo, basato su metodologie replicabili;
- la quantificazione economica del rischio clinico costituisce una leva strategica di governance del sistema sanitario.

È stata inoltre condivisa l'importanza del coinvolgimento diretto di strutture sanitarie pubbliche che hanno aderito allo studio, tra cui:

- **IRCCS Istituto Tumori Giovanni Paolo II,**
- **AOU San Luigi di Orbassano,**
- **AO Moscati di Avellino,**
- **Policlinico San Matteo di Pavia.**

La presenza di strutture con differenti caratteristiche organizzative e territoriali è stata riconosciuta come elemento chiave per garantire solidità metodologica, confrontabilità dei risultati e trasferibilità delle evidenze.

CRITICITÀ EMERSE E DIVERGENZE

Accanto a un forte consenso sugli obiettivi dello studio, sono emerse alcune criticità strutturali che ne motivano ulteriormente l'avvio:

- l'assenza, nella maggior parte delle aziende sanitarie, di sistemi informativi capaci di correlare automaticamente evento clinico e costo generato;
- la frammentazione dei dati tra funzioni cliniche, amministrative e gestionali;
- la difficoltà di rilevare in modo omogeneo i costi sociali e post-ospedalieri;
- livelli eterogenei di maturità organizzativa nella gestione del rischio clinico.

Tali criticità non hanno generato divergenze di merito, ma sono state riconosciute come il principale razionale scientifico e operativo dello studio.

CONCLUSIONI E PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO

L'evento svoltosi a Welfaire ha segnato un passaggio di rilievo storico nel panorama della sanità e della ricerca sul rischio clinico. Per la prima volta, a livello internazionale, è stato formalmente avviato uno **studio scientifico strutturato, multicentrico e comparativo** dedicato in modo esclusivo alla misurazione dei maggiori costi sanitari e sociali derivanti dagli eventi avversi, distinti dai premi assicurativi e dai risarcimenti.

Sebbene la letteratura scientifica abbia da tempo riconosciuto l'esistenza di costi incrementali associati a singole tipologie di eventi avversi, **nessun Paese aveva finora sviluppato un progetto organico e sistematico** in grado di ricomprendere l'intero spettro dei costi generati dagli eventi avversi, includendo micro-costi clinici, organizzativi e sociali, su più strutture e con metodologie comparabili.

Con l'avvio di questa iniziativa, **l'Italia si pone come primo Paese a studiare in modo strutturato il fenomeno dei maggiori costi in sanità** e a porre le basi per la costruzione di **sistemi di misurazione, controllo e monitoraggio economico del rischio clinico**. Lo studio non si limita a una finalità conoscitiva, ma introduce una prospettiva di governo attivo del fenomeno, attraverso lo sviluppo di modelli di misurazione, benchmarking e budgeting analitico e predittivo.

Il rischio clinico viene così trasformato da costo inevitabile e a posteriori a **variabile misurabile, monitorabile e prevenibile**, integrata nei processi di pianificazione economico-finanziaria. Questo cambio di paradigma consente di orientare in modo più efficace le politiche di prevenzione, l'organizzazione dei servizi e l'allocazione degli investimenti.

Lo studio avviato a Welfair rappresenta quindi non solo un progetto di ricerca, ma **l'inizio di una nuova governance economica del rischio clinico**, con un potenziale impatto strutturale sulla sostenibilità del sistema sanitario e con un valore di riferimento anche a livello internazionale.

PDTA DELLA CRONICITÀ: DAL DOCUMENTO ALL'ATTUAZIONE

A cura della coordinatrice:
Assunta De Luca, Direttrice Sanitaria della ASL di Viterbo.

Sono intervenuti:
Marilù Bartiromo, Dirigente Medico Nefrologia di elezione e di emergenza AORN A. Cardarelli di Napoli
Valeria Corazza, Presidente Fondazione Corazza Onlus e Presidente APIAFCO Associazione psoriasici italiani amici della Fondazione Corazza ets
Giulia Gianfilippo, Specialista in Farmacologia e Tossicologia Clinica
Claudio Maria Maffei, Medico, già Direttore Sanitario Regione Marche
Angelo Rossi Mori, già Ricercatore CNR-IT
Enrico Prosperi, Università Europea di Roma, Presidente Società Italiana di Educazione Terapeutica.

Nel 2023 la vita media attesa è di 83,1 anni (81,1 anni per gli uomini e 85,2 anni per le donne). L'indice di vecchiaia (rapporto tra la popolazione di ultrasessantacinquenni e quella con meno di 15 anni) è notevolmente aumentato e continua a crescere: era 131,7% nel 2002 e si attesta a 193,1% nel 2022, mentre si prevede nei prossimi 20 anni più che un raddoppio rispetto al 2002 (305% nel 2043).(*Piano Nazionale della Cronicità, 2025*). Al contempo, le malattie croniche aumentano con l'aumentare dell'età. Le condizioni di cronicità e i processi degenerativi dell'età hanno un forte impatto sulla graduale riduzione di autonomia a svolgere le attività fondamentali della vita quotidiana, con conseguente peggioramento della qualità della vita all'aumentare dell'età che chiede un crescente bisogno di assistenza. Ma, l'analisi dei dati Istat e delle casistiche internazionali, rileva che la prevalenza di multimorbilità aumenta all'aumentare dell'età, tuttavia questa condizione interessa anche la popolazione giovane e adulta. (*Piano Nazionale della Cronicità, 2025*).

In particolare, tra le malattie croniche, il tavolo è partito da una patologia per esaminare il tema principale, ovvero, la malattia renale cronica (MRC) che riveste un peso importante per la società. Lo studio CARHES riporta che

le MRC non dialitica sono circa 4-5 milioni in Italia. In terapia dialitica ci sono, invece, 45.000 persone ed ogni anno ne entrano 6000 nuove: 25.000 sono le persone portatrici di un trapianto di rene. Infine, la MRC avanzata determina perdita di produttività in termini di giornate lavorative del paziente e/o caregiver (*Studio CARHES; Kidney Disease -NDT2015-Nat Rev Nephrolo 2024; Registro Italiano Dialisi e Trapianto report 2022). La stessa* Organizzazione Mondiale della Sanità durante la 78° Assemblea del 23 maggio 2025, definisce la MRC una priorità per la salute pubblica per rilevanza epidemiologica, gravità, peso assistenziale ed economico. (https://www.theisn.org/blog/2025/05/23/historic-win-for-kidney-health-as-who adopts-global-resolution/).

Nonostante i numeri, a distanza di quasi dieci anni, l'approvazione del nuovo Piano Nazionale della Cronicità (PNC), ancora a isorisorse e ancora selettivo, non chiarisce come gestire gli oltre 23.000.000 pazienti cronici e di conseguenza l'impatto economico e sociale. Ma già dall'indice del PNC emerge chiaro che l'approccio multiprofessionale, multidisciplinare e multilivello a forte integrazione socio-sanitaria e socio-assistenziale è l'unico che potrà far fronte al grande peso sociale, sanitario e economico delle patologie croniche.

L'attuazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) per la gestione delle condizioni croniche in Italia resta frammentata. Il tavolo ha affrontato al riguardo una questione essenziale: senza un profondo cambiamento organizzativo e ancor prima culturale sia tra gli operatori che tra i cittadini e i pazienti i PDTA della cronicità rischiano di restare sulla carta**.** Serve una presa di coscienza da parte di tutti che il modello prestazionale va superato.

Il tavolo ha articolato la discussione su tre questioni fondamentali:

- come passare dal modello prestazionale al modello della presa in carico "globale";
- i PDTA come motori del rinnovamento;
- l'evoluzione dei PDTA ad esempio verso la integrazione della Prevenzione (PPDTA) e la inclusione di altri aspetti rispetto a quelli tradizionali.

Per quanto riguarda il passaggio dal modello prestazionale al modello della presa in carico "globale", sono state delineate le premesse organizzative indispensabili: per i pazienti cronici e in particolare quelli anziani con polipatologia serve un equilibrio tra ospedale e territorio. Senza un ridimensionamento del primo e un potenziamento del secondo, nessuna Centrale Operativa Territoriale o PDTA potrà integrare un sistema strutturalmente sbilanciato. Il PDTA deve essere allo stesso tempo uno strumento per utilizzare al meglio le risorse esistenti e una leva per identificare ciò che manca. In questo ambito è stata analizzata la trasformazione del farmacista da dispensatore a figura clinico-strategica nella governance del continuum care. La presa in carico richiede infatti la multidisciplinarietà, una continuità ospedale-territorio, un monitoraggio proattivo e il supporto della *digital health*. Il farmacista diventa fondamentale nella riconciliazione terapeutica, nella revisione delle terapie nella multimorbilità, nel controllo dell'aderenza nei piani terapeutici, nella prevenzione degli eventi avversi e nell'accompagnamento post-dimissione. Si è poi sviluppata una riflessione sull'Educazione Terapeutica del Paziente (ETP) come elemento imprescindibile dei percorsi di presa in carico della cronicità. L'ETP non è un semplice trasferimento di informazioni, ma un processo educativo strutturato che sviluppa nel paziente competenze per gestire attivamente la propria condizione. Si articola su quattro pilastri: diagnosi educativa dei bisogni, definizione di obiettivi condivisi, attività educative strutturate e valutazione dell'impatto. Per integrare l'ETP nei PDTA servono figure dedicate, spazi e tempi specifici, materiali validati e sistemi di monitoraggio dell'efficacia.

Per quanto riguarda i PDTA come motori di rinnovamento sono stati sviluppati gli esempi della malattia renale cronica e del diabete. In esperienze sul campo in questi ambiti, lo strumento dei PDTA incide realmente quando

standardizza il percorso riducendo la variabilità, integra ospedale e territorio con ruoli precisi, stabilisce obiettivi misurabili su esiti e qualità di vita, garantisce equità e continuità. Sempre sul campo si è visto come i PDTA della cronicità debbano:

- essere dinamici e capaci di adattarsi all'evoluzione delle evidenze e delle tecnologie;
- integrarsi con i sistemi informativi;
- essere supportati dalla formazione interprofessionale.;
- essere sottoposti ad un aggiornamento continuo a partire dalla valutazione degli outcome.

In generale si è sottolineato come i PDTA debbano essere affiancati da strumenti di governance che definiscano ruoli e responsabilità e da strumenti di coordinamento dei professionisti sanitari e sociali tra loro e tra loro con paziente e caregiver. L'obiettivo è superare la logica della prestazione singola per abbracciare una visione longitudinale della cura.

Quanto alla evoluzione dei PDTA il tavolo ha condiviso che i PDTA tradizionali sono insufficienti. Per la cronicità serve includere oltre alla prevenzione primaria e secondaria, anche l'empowerment del paziente e del caregiver oltre alla continuità domiciliare e digitale. Da qui l'evoluzione verso PPDTA: Percorsi Preventivo-Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali. Sono emersi nel confronto importanti considerazioni dal punto di vista delle associazioni dei pazienti che sottolineano che la vera misura del successo è l'impatto sulla qualità di vita quotidiana. Le stesse associazioni hanno evidenziato criticità trascurate: difficoltà di accesso, insufficiente presa in carico interdisciplinare, scarsa comunicazione tra professionisti, assenza di un riferimento unico e la mancanza di supporto nell'autogestione. Un PPDTA efficace insomma deve includere il paziente come parte attiva.

I componenti del tavolo hanno quindi condiviso che per gestire la cronicità non può essere più considerata la singola patologia ma è necessario conoscere il contesto attorno che può influire più o meno in maniera marcata sulla sua evoluzione e quindi da paziente si passa al concetto di "persona con patologie".

CONCLUSIONI E PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO

Data l'ampiezza del tema sono emersi nel corso della discussione molti altri punti:

- il PDTA per la presa in carico della cronicità si presta bene a situazioni standardizzabili come spesso avviene con le singole malattie croniche (ad esempio il diabete), ma per le situazioni più complesse di polipatologia e/o a rischio di non autosufficienza più che un Percorso predefinito e organizzato serve una rete di servizi in grado di offrire percorsi personalizzati da costruire caso per caso;
- la necessità di un monitoraggio centrale sulle applicazioni regionali del Piano della Cronicità.

SANITÀ, SPAZIO (IN)SOSTENIBILE? RIDISEGNARE IL FUTURO DELLE PROFESSIONI TRA DIRITTI, DECRETI E NUOVE COMPETENZE

A cura del coordinatore:
Pier Luigi Bartoletti, Vicesegretario nazionale vicario FIMMG.

Sono intervenuti:
Gabriella Facchinetti, Primo Ricercatore afferente al Centro Nazionale della Clinical Governance ed Eccellenza delle cure dell'Iss
Enrico Boccone, Segretario Nazionale Nursing Up
Giuseppe Maria Milanese, Presidente nazionale Confcooperative Sanità - Presidente OSA-Operatori Sanitari Associati
Gianluca Signoretti, Componente del Comitato centrale Federazione Nazionale degli Ordini dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e delle Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione (FNO TSRM e PSTRP)
Marcello Bozzi, Segretario ANDPROSAN
Tristano Cardarelli, CEO Future Technology Lead
Chiara Rivetti, Esecutivo Nazionale Anaao Assomed
Marco Magheri, Segretario Generale Comunicazione Pubblica
Sonia Uccellatori, Segretaria Nazionale CISL FP
Alfonso Guerriero, Coordinatore Nazionale Professioni infermieristiche
Luigi Zurlo, Presidente Regionale Lazio Associazione Anestesisti Rianimatori Ospedalieri Italiani Emergenza Area Critica (AAROI-EMAC).

Il dibattito è stato vivace ed ha affrontato le tematiche relative sia alle scadenze del PNRR, sia lo scenario socio demografico ed epidemiologico del prossimo decennio, che rende necessario e possiamo dire non eludibile, riformulare l'assett organizzativo del sistema sanitario nazionale, che è nato su bisogni diametralmente oppostti rispettoa gli scenari attuali ed ancor più a quelli futuri. Dal baby boom degli anni 60, la generazione del 1978 è caratterizzata da una popolazione giovane, in età lavorativa, una aspettativa di vita inferiore rispetto a quella odierna. Le cronicità non rappresentavano un'emergenza so-

cio sanitaria ed il sistema Ospedaliero per acuti rispondeva ai bisogni. Oggi ed ancor più domani, il quadro è ribaltato, bassa natalità, sia pur con una mortalità perinatale e neonatale molto diminuita, elevata aspettativa di vita, continui miglioramenti della tecnologia biomedica e della farmacologia clinica. Se a queste sfide non si risponde cambiando i criteri di programmazione e le competenze del personale, tutti i partecipanti hanno evidenziato perplessità, per non dire preoccupazione, sulla tenuta dell'attuale sistema sanitario e sulla motivazione, non solo economica degli operatori.

Investire nella prevenzione primaria contro fattori di rischio (sedentarietà, inquinamento) e creare istituti dedicati all'invecchiamento per ricerca e politiche. Adottare paradigmi digitali e multiprofessionali per una risposta proattiva, garantendo accesso equo in contesti di risorse limitate.

La sostenibilità del SSN nei prossimi dieci anni richiede un cambio di paradigma: dalla programmazione centrata sull'offerta a una pianificazione fondata sui bisogni reali di popolazione e comunità, orientando la medicina generale verso una autentica medicina della persona. Senza questo riposizionamento, l'invecchiamento rapido, la crescita della cronicità e il sottofinanziamento strutturale renderanno insostenibile il modello attuale.

- **Il nuovo contesto demografico ed epidemiologico**

Entro metà secolo la popolazione italiana scenderà a circa 54,7 milioni, con gli over 65 destinati a sfiorare il 35% e gli over 85 a raddoppiare, concentrando fragilità, disabilità e bisogni assistenziali complessi. Parallelamente si riduce la quota di popolazione in età attiva, con un calo previsto di oltre 7 milioni di 15-64enni, mettendo sotto tensione il finanziamento del welfare e la disponibilità di professionisti sanitari.

L'epidemiologia dei prossimi anni sarà dominata da multimorbilità cronica, non autosufficienza e comorbilità psico-sociali, con una domanda crescente di assistenza territoriale continuativa e domiciliare più che di ospedalizzazione acuta. Ciò comporta il passaggio da un sistema orientato all'episodio di cura ad un sistema di presa in carico longitudinale, dove prevenzione, aderenza terapeutica e coordinamento sostituiscono la frammentarietà dell'intervento.

- **Limiti di una programmazione basata sull'offerta**

Negli ultimi anni la quota di spesa sanitaria pubblica sul PIL si è stabilizzata o ridotta (circa 6,2-6,3%), rimanendo al di sotto delle soglie considerate necessarie per mantenere la piena tenuta del sistema, mentre la domanda "fisiologica" cresce al 2,6% annuo. Una programmazione incentrata prevalentemente sull'offerta (posti letto, strutture, prestazioni tariffate) produce liste d'attesa, rinunce alle cure e privatizzazione strisciante, senza allinearsi ai bisogni territoriali e alle fragilità emergenti.

Questo modello spinge verso una sanità reattiva, centrata sull'accesso al singolo servizio, più che su continuità, appropriatezza e integrazione socio-sanitaria, con costi crescenti per esiti evitabili e inappropriatezza clinica. In un

contesto di forte invecchiamento, la mera espansione dell'offerta ospedaliera o ambulatoriale, non guidata da analisi di bisogno, amplifica diseguaglianze e inefficienze invece di ridurle.

- **Verso una programmazione sui bisogni**

Le previsioni demografiche e di spesa indicano che, dal 2030 in avanti, la crescita del fabbisogno sanitario sarà trainata quasi esclusivamente dall'invecchiamento e dalla cronicità, imponendo una riallocazione selettiva delle risorse. Una programmazione "per bisogno" significa partire da indicatori di fragilità, multimorbilità, condizioni socio-economiche e contesto territoriale per definire volumi, tipologie e prossimità dei servizi, superando logiche uniformi e meramente strutturali.

In questa prospettiva, strumenti come il DM 77/2022 e la rete di Case della Comunità, Infermiere di famiglia e Centrali operative territoriali vanno letti come infrastrutture per la presa in carico personalizzata, non solo come nuove scatole organizzative. La governance distrettuale assume un ruolo centrale nel coordinare attori diversi, integrare sociale e sanitario e modulare l'offerta a partire dai bisogni delle comunità locali e non dalle sole compatibilità di bilancio a breve termine

Tutti convergono sulla necessità di orientare il sistema cu un aprospettiva di medio, lungo periodo, di avere uno scenario prospettico che consenta a tutti, meno giovani, ma soprattutto giovani, di poter orientare la propria vita professionale in modo più sicuro, fuori da una logica della continua emergenza, ma dentro una solida logica di programmazione dei bisogni. Tutti condividono come l'attuale profilo professionale e retributivo sia scarsamente attrattivo per i giovani e questo spiegherebbe la difficoltà nel reperire nuovi professionisti, da un aparte, dall'altra la ricerca di un riconoscimento professionale che a detta di tutti i presenti, nel nostro Paese è minore rispetto ad altre realtà, Europee e non. Ciò dicono tutti si evidenzia spiega l'emigrazione dei nostri operatori in altri paesi considerati più qualificanti e più gratificanti rispetto al nostro. Questo fenomeno, da tutti segnalato è un'ulteriore perdita di risorse, umane ed economiche.

In questo contesto, la medicina generale potrebbe diventare la piattaforma naturale della medicina della persona, chiamata a coniugare competenze cliniche, farmacologiche e relazionali con la capacità di leggere la biografia e il contesto del paziente. Il MMG non è solo gatekeeper ma regista della presa in carico, che accompagna la persona lungo il percorso di cura, gestendo politerapie, decisioni condivise e coordinamento tra specialisti, servizi sociali e famiglia.

La medicina della persona richiede tempo clinico, continuità e strumenti digitali (FSE, telemedicina, medicina di iniziativa) per identificare precocemente fragilità e fattori di rischio, intervenendo prima dell'evento acuto e riducendo accessi impropri a pronto soccorso e ospedale. È in questa integrazione tra prossimità territoriale, personalizzazione delle cure e governance per bisogno che la medicina generale può diventare il motore principale della sostenibilità del SSN nel prossimo decennio Ma a questo vanno affiancati altri professionisti, in grado di poter sviluppare una rete professionale in grado di poter integrare le competenze di ognuno e sviluppare a pieno le potenzialità offerta dall'HTA e dallo sviluppo ddelle tecnologie digitali.Avere una infrastruttura è necessario, ma è indispensabile avere del personale formato e motivato in grado di sfruttarne appieno le potenzialità.

CRITICITÀ EMERSE E DIVERGENZE

Le criticità rilevate sono sull'effettivo sviluppo del sistema infrastrutturale previsto dagli obiettivi PNRR in assenza di interventi specifici sia sul profilo retributivo che su quello professionale degli operatori. La Mission 6 del PNRR, infatti ha come obiettivo non la creazione di strutture fisiche, ma il loro funzionamento in relazione ai target indicati: diminuzione accessi impropri al P.S., appropriatezza farmaceutica, e, in sintesi diminuzione del peso economico finanziario sul sistema. Raggiungere questi ambiziosi targets senza puntare sulla qualità delle cure e loro relativa appropriatezza, oltre che sulla professionalità e motivazione degli operatori, è sembrato quanto meno arduo. Anche se tutt i partecipanti auspocano come tali interventi siano effettivamente risolutici, pur sottolinenado le criticità, soprattutto sull'aspetto motivazionale, sia retributivo, che di riconoscimento di ruolo professionale. Utti lamentano una mancanza di uno scenario su cui i giovani professionisti possano investire il loro futuro e segnalano una presbiopia notevole nel focalizzarsi solo sulle scadenze, sia pur importanti del PNRR, assenza porsi il problema del "dopo" PNRR. Sostanzialmente su questi temi non ci sono state divergenze, ma tutti hanno segnalato un'estrema preoccupazione nel futuro.

Modelli per cronicità e team di cure primarie

Il Piano Nazionale Cronicità e i modelli VBHC più recenti propongono pagamenti legati a programmi di presa in carico stratificati per rischio/bisogno, in cui la quota economica segue il livello di complessità della persona e il grado di integrazione tra servizi. In questo schema, équipe di cure primarie (MMG, infermieri, specialisti, sociale) ricevono budget dedicati alla popolazione fragile, con incentivi su continuità, riduzione di ricoveri evitabili e umanizzazione delle cure, elementi chiave di una medicina della persona.

I partecipanti concordano, pur con sfumature relative ai singoli ruoli professionali, la necessità di adeguare il bagaglio professionale e le competenze ai nuovi bisogni, soprattutto Priorità alla sanità territoriale con presa in carico integrata, domiciliarità e reti multiprofessionali per gestire pazienti cronici, isolati e con fragilità mentale. Ridurre l'ospedalizzazione favorendo ambulatori, telemedicina e assistenza residenziale, alleggerendo il SSN da pressioni finanziarie.

Gestione Risorse Umane

Affrontare la carenza di personale – infermieri e medici in fuga o in burnout – con formazione innovativa, digitalizzazione e percorsi di carriera attraenti per i giovani. Ripensare turni e pensionamenti per valorizzare operatori anziani, integrando sanità integrativa per equità regionale, specie al Sud.

Quali modelli finanziari incentivano interventi basati sul bisogno

I modelli finanziari che incentivano interventi basati sul bisogno sono quelli che legano il pagamento non al numero di prestazioni ma alla popolazione presa in carico, ai suoi bisogni e agli esiti di salute ottenuti. In pratica combinano pagamenti pro-capite, incentivi per risultati e logiche di value based healthcare e cronicità.

Capitation e pagamenti population-based

La capitation (pagamento pro-assistito per periodo) è il modello classico: il medico/il team riceve una quota per ogni persona in carico, spesso aggiustata per età, comorbilità e fragilità, incentivando la gestione proattiva e non l'iper-erogazione di prestazioni. Nei modelli "population-based payment" la capitation copre l'intero fabbisogno di assistenza primaria o di un percorso (es. cro-

nicità), favorendo investimenti in prevenzione, coordinamento e lavoro di team orientato al bisogno reale della popolazione.

Pay for performance e value-based healthcare

Nei sistemi pay for performance una quota del finanziamento è legata a indicatori di qualità ed esito (controllo di HbA1c, riduzione ricoveri evitabili, copertura vaccinale in gruppi vulnerabili), spostando l'attenzione dall'output alla riduzione dei bisogni insoddisfatti. I modelli di value-based healthcare e bundled payments finanziano l'intero ciclo di cura di una condizione, misurando il valore come rapporto tra esiti per il paziente e costi sostenuti, e favorendo così percorsi disegnati su specifici bisogni clinici e sociali.

Tutti hanno convenuto, in sintesi sulla necessità di un maggior dialogo tra i professionisti, una formazione culturale basato su uno spirito collaborativo, più che competitivo, tra i vari operatori, sottolinenado come la cultura del lavoro in team non sia da dare per scontata, ma va seminata, coltivata e sviluppata affinchè possa non solo germogliare ma crescere.

VERSO UNA SANITÀ PIÙ COORDINATA E DIGITALE CON IL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO

A cura della coordinatrice:
Maria Pia Giovannini, Presidente CDTI di Roma
Sergio Pillon, Presidente della commissione sanità digitale del CDTI di Roma
Mauro Moruzzi, Presidente della scuola di welfare Achile Ardigò del Comune e dell'Università di Bologna.

Sono intervenuti:
Ombretta Papa, Segretario Nazionale della Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie (SIICP)
Paolo Misericordia, Segretario regionale FIMMG Marche
Enzo Chilelli, Presidente Comitato Esperti B-SANiTÀ, esperto in sanità digitale e trasformazione organizzativa;
Virginia Alongi, avvocato, socio CDTI – Roma, esperta istituzionale sanità digitale
Andrea Toniutti, Direttore della Ripartizione Informatica dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige
Mauro Grigioni, Socio CDTI – Roma, già Direttore del Centro Nazionale per le Tecnologie Innovative in Sanità Pubblica (TISP) dell'Istituto Superiore di Sanità
Fortunato Bianconi, Direttore Area ICT PuntoZero Scarl
Gennaro Panacciulli, Molise Dati spa – Direttore Area Sanità
Antonio Caccavo, Project Manager presso InnovaPuglia
Maria Immacolata Cammarota, Direttore Consorzio Arsenal.IT
Davide Conte, Presidente Lepida
Giuseppe Giordano, Assessore Sanità del Comune di Siena.

I partecipanti, inclusi medici ed esperti tecnici, hanno analizzato le problematiche relative al valore del dato sanitario, al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e al Profilo Sanitario Sintetico (PSS), con particolare attenzione alle sfide normative e operative che ostacolano la loro implementazione.

Il Fascicolo Sanitario Elettronico si è evoluto. Oggi, nella sua versione 2.0, si presenta con delle novità rilevanti con l'obiettivo di essere al passo con l'evoluzione tecnologica, l'organizzazione sanitaria e la conformità tecnico-giuridica.

Interoperabilità, standardizzazione, rafforzamento della sicurezza ed armonizzazione normativa costituiscono ulteriori tasselli nel processo evolutivo del Fascicolo, così come lo conosciamo.

Da un punto di vista tecnico e sociale, ad esempio, il potenziamento dell'interfaccia con i Clinical Decision Support Systems, favorisce la condivisione e l'utilizzo delle informazioni e può contribuire a una sanità migliore negli esiti, più efficiente nell'erogazione, più equa e vicina alle esigenze dei cittadini/pazienti.

Il PNRR ha previsto 1,3 miliardi per potenziare il FSE, ma la diffusione è ancora eterogenea. Attualmente è attivo nel 51% delle aziende sanitarie e utilizzato soprattutto per referti di laboratorio, radiologia e pronto soccorso.

Il percorso richiede investimenti tecnologici, ma anche formazione, consapevolezza e nuove competenze. Le esperienze in corso mostrano che la trasformazione è possibile, ma richiede un equilibrio tra innovazione digitale, capacità organizzativa e attenzione alle persone.

In linea con quest'approccio non può non tenersi conto dell'impatto che gli ultimi provvedimenti normativi che interessano i medici – anche per quel che concerne il profilo sanitario sintetico – producono a livello organizzativo e di ottimizzazione delle cure.

Il Fascicolo Sanitario Elettronico costituisce una componente strategica all'interno dell'Ecosistema dei Dati Sanitari (EDS) che, a sua volta, si innesta e si allinea nel più generale European Health Data Space (EHDS) che, a livello europeo, definisce il quadro normativo e infrastrutturale per la condivisione dei dati sanitari a livello comunitario, promuovendo interoperabilità, riuso sicuro dei dati per fini di ricerca e innovazione, e un maggiore controllo da parte dei cittadini.

In questo scenario è di fondamentale importanza il coordinamento delle azioni istituzionali da una parte ed il consolidamento del rapporto tra il livello centrale ed il livello regionale verso un'unica prospettiva a beneficio della comunità.

La genesi del FSE ha evidenziato che già 20 anni fa Achille Ardigò, fondatore della sociologia sanitaria, ideatore della prima forma di relazione elettronica tra cittadino e sanità, sosteneva una visione del Fascicolo legata alla Persona e non all'Organizzazione che cioè non confondesse i dati della "Signora Persona" con quelli della "Signora Organizzazione". La funzione principale del FSE è quella di servire per curare la gente. Non deve essere un ennesimo sviluppo della tessera sanitaria o un sistema amministrativo del MEF per controllare, programmare e amministrare la sanità, ma un sistema socio-tecnico che gestisca dati personali e non dati amministrativi. Pur riconoscendo che il flusso dei dati amministrativi e clinici hanno la stessa fonte, hanno funzioni radicalmente diverse. I dati clinici devono rimanere in ambito medico e sanitario e non essere mescolati con i dati amministrativi.

Il fascicolo deve contenere:

- il profilo sanitario sintetico, compilato e verificato dal MMG;
- il dossier farmacologico, comprese le ricette bianche e i farmaci acquistati privatamente, per avere un quadro completo delle terapie del paziente;
- tutti i dati clinici rilevanti, comprese le prestazioni non a carico del Servizio Sanitario Nazionale, come ad esempio le cure dentistiche.

L'obiettivo è che il FSE sia usato dal medico e dal cittadino. Pertanto è posizione condivisa che il fascicolo non debba essere una raccolta di documenti per controllare il SSN ma un Ecosistema di Dati Sanitari (EDS) che raccoglie informazioni della salute del cittadino ai fini della cura della persona e della ricerca scientifica.

Fondamentale per rendere facilmente utilizzabile tale strumento per ogni cittadino è la compilazione del Profilo Sanitario Sintetico (PSS). Un medico o un infermiere, quando è di fronte a un paziente, vorrebbe avere un quadro sinottico che includa le informazioni più rilevanti: da quali patologie è affetto; che farmaci assume; i suoi risultati di laboratorio; i parametri vitali; i suoi ricoveri e i suoi accessi al pronto soccorso; a quali esami e visite si è sottoposto; le sue allergie. Niente, insomma, di molto diverso da quanto è previsto dal Profilo Sanitario Sintetico. Da circa dieci anni la compilazione del PSS è prevista dagli accordi collettivi nazionali della medicina di famiglia e dagli accordi integrativi regionali ma ad oggi nulla di fatto.

CRITICITÀ EMERSE E DIVERGENZE

Sono state evidenziate criticità legate alla complessità delle normative, ai tempi di implementazione, ai profili di responsabilità dei professionisti sanitari e alla necessità di coinvolgere attivamente i medici di medicina generale nella gestione dei dati. È emersa la preoccupazione che le attuali tempistiche di implementazione (con obiettivo del 70% entro marzo 2026) siano irrealistiche, considerando le difficoltà riscontrate nelle regioni e la mancanza di chiarezza normativa.

Le regioni hanno costruito strutture informatiche per risolvere problemi tecnologici e migliorare l'offerta. Tuttavia, è fondamentale che queste strutture si confrontino per evitare una condizione trasandata dal punto di vista informatico e dei dati.

Il decreto attuativo per la realizzazione del progetto PSS non è ancora presente.

Si evidenzia la necessità di:

- integrare il FSE con le cartelle cliniche e di definire chiaramente la responsabilità della fonte dei dati;
- un sistema sanitario federato, controllato centralmente ma con dati distribuiti e interoperabili;
- la creazione di strutture informatiche regionali per migliorare l'offerta tecnologica e la necessità di coordinamento tra queste;
- un coordinamento normativo e colmare i ritardi nell'attuazione dei progetti sanitari.

L'intelligenza artificiale viene proposta come strumento per migliorare la sanità e la documentazione clinica in diversi modi:

- trascrizione del colloquio medico-paziente: L'IA può essere utilizzata per trascrivere il colloquio tra medico e paziente, generando note cliniche in modo molto più sofisticato rispetto alla trascrizione manuale;
- riempimento automatico di record: Durante televiste, teleconsulti e telemonitoraggi, l'IA può riempire automaticamente record molto sofisticati, superando ciò che è possibile fare in presenza;
- arricchimento dei modelli organizzativi: L'IA è vista come un argomento per arricchire i modelli organizzativi della sanità.

CONCLUSIONI E PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO

Per migliorare l'efficacia e la fruibilità del FSE, sono state suggerite le seguenti proposte:

- Integrazione con la cartella clinica del medico: Il fascicolo deve essere collegato alla cartella clinica del medico di famiglia e dello specialista.
- Responsabilità dell'alimentazione dei dati: Devono esserci regole chiare che attribuiscano la responsabilità dell'inserimento dei dati a chi li ha generati (la fonte).
- Coinvolgimento e supervisione del cittadino: emancipazione dei pazienti nella gestione dei propri dati. Dovrebbe esserci un organismo a cui il cittadino possa rivolgersi per segnalare la mancanza di documenti, oscurare dati o inserire altri dati.
- Inclusione del dossier farmacologico: Il fascicolo deve contenere il dossier farmacologico, comprese le ricette bianche e i farmaci acquistati privatamente, per avere un quadro completo delle terapie del paziente.
- Inclusione di tutti i dati clinici rilevanti: Non devono essere limitati i tipi di documenti o dati clinici inclusi nel fascicolo, come ad esempio la pressione oculare o le cure dentistiche, anche se non a carico del Servizio Sanitario Nazionale.
- Standardizzazione del dialogo: È necessario standardizzare il dialogo tra la cartella clinica del medico e il fascicolo sanitario elettronico.
- Formazione: È fondamentale riflettere sulla formazione adeguata per tutti i soggetti coinvolti per garantire un corretto utilizzo del fascicolo.
- Separazione dei dati clinici da quelli amministrativi: I dati clinici devono rimanere in ambito medico e sanitario e non essere mescolati con i dati amministrativi, pur riconoscendo che entrambi i flussi hanno la stessa fonte ma funzioni radicalmente diverse.
- Creazione del PSS: Il fascicolo dovrebbe includere un "summary" per una visione sintetica e immediata delle informazioni più rilevanti.
- Sistema federato: Il sistema deve essere federato per funzionare correttamente.

Si conviene che potrebbe essere utile produrre un documento come un decalogo sull'utilizzo dell'intelligenza artificiale nella rivoluzione digitale del sistema sanitario nazionale, specificamente per i professionisti sanitari, per le regioni o per gli sviluppatori di software, per fornire indirizzi chiari.

La Presidente del CDTI propone la costituzione di una commissione di sanità digitale, formata da professionisti tecnici e legali per organizzare incontri, favorire confronto tra i vari stakeholder e fornire documenti focalizzati sull'utilizzo medico e civico del FSE da sottoporre ad Agenas e al Ministero.

È POSSIBILE UN NUOVO MODELLO PER L'OCULISTICA PUBBLICA?

A cura dei coordinatori:
Filippo Cruciani, oftalmologo vicepresidente SIOL – Società Italiana Oftalmologia Legale – ed ASMOOI – Associazione sindacale Medici Oculisti e Ortottisti Italiani
Tiziano Melchiorre, Segretario generale IAPB Italia Onlus.

Sono intervenuti:
Federico Marmo, Medico Oculista, Tenente Generale
Pier Franco Marino, Medico oculista, honorary fellow UniNa Federico. Teaching Board member ESASO e Consigliere ASMOOI
Demetrio Spinelli, Presidente Società Italiana di Oftalmologia Legale – FISM.

Il coordinatore della tavola rotonda – Flippo Cruciani – introduce l'incontro tracciando un quadro di quella che è la situazione attuale dell'oftalmologia all'interno del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) e come si è giunti a questa situazione. È un dato di fatto innegabile che oggi il sistema sanitario italiano, chiamato a mantenere la salute di tutta la popolazione, sia esso stesso malato. Le tante difficoltà, che incontra oggi nel rispondere alle richieste di assistenza sanitaria, hanno un andamento esponenziale. Arrivano richieste di cure da tutta la popolazione e il dato più evidente, palpabile quotidianamente, è quello delle lunghissime liste di attesa per visite, esami strumentali, interventi chirurgici, progetti riabilitativi. Soprattutto si assiste ad una vera e propria débacle per quanto riguarda il pronto soccorso. Il sistema sanitario italiano è stato sempre considerato come uno dei migliori al Mondo, sia per i principi fondanti (universalità, uguaglianza ed equità), sia per quelli organizzativi. Il suo scopo principale è quello di garantire la Copertura Sanitaria Universale (UHC), che secondo l'OMS dovrebbe essere perseguita a livello mondiale da ogni nazione. È chiaro che in Italia non si è nella situazione di UHC oculistica non garantita, ma soltanto che comincia a presentare più di una crepa. L'oftalmologia tra tutte le specialità mediche e chirur-

giche è quella che è ed è stata maggiormente investita dall'attuale crisi. Oggi registriamo un alto livello insoddisfatto di richieste di prestazione e cure oculistiche. Le cause sono tantissime. Innanzitutto, l'oftalmologia ha un'alta prevalenza ed incidenza di patologie e di vizi di refrazione, che non risparmiano alcuna fascia di popolazione. L'OMS ha tracciato una piramide che rappresenta tutta la popolazione mondiale. Per metà (3 miliardi e mezzo di persone) è costituita da chi ha problemi oculistici, naturalmente di diverse entità; l'altra metà da chi è a rischio di andare incontro a patologie oculari per svariati motivi (ambientali, lavorativi, genetici, legati all'età…). Un'altra causa è stata la profonda trasformazione organizzativa cui è andato incontro il nostro SSN, con il processo di deospedalizzazione. Tutto il sistema sanitario italiano in precedenza si basava sulla centralità dell'ospedale, entrato in crisi per cause economiche (troppo oneroso, con uno spreco di risorse non più giustificabili), e per l'evoluzione scientifica e soprattutto tecnologica (semplificazione di percorsi diagnostici e terapeutici). In particolare, l'oculistica ha sofferto molto di questa situazione. In pratica tutta la chirurgia oculistica è passata a livello ambulatoriale (primo tra tutti l'intervento di cataratta che è l'operazione chirurgica più eseguita in medicina: in Italia circa 650.000 in un anno) e per i casi più complessi in Day Surgery. La chirurgia rifrattiva è stata ceduta al privato. Il processo di ospedalizzazione con la chiusura dei reparti oculistici ha messo in crisi tutto ciò che ruotava intorno ad essi: i tanti ambulatori di II livello per la presa in carico di pazienti con malattie croniche, i tanti servizi diagnostici e terapeutici, la consulenza specialistica H24 per il Pronto Soccorso generale, ecc. Oggi la criticità maggiore in oculistica è il fatto che non si è realizzato il pieno passaggio assistenziale dall'ospedale al territorio, che non è ancora in grado di raccogliere tutte le richieste oculistiche che provengono dai cittadini.

Tutte le tematiche affrontate possono essere sintetizzate in una ed esattamente: la sempre più difficile accessibilità alle cure oculistiche da parte dei cittadini. Abbiamo già accennato all'entità del fenomeno con il grande squilibrio esistente tra le richieste e la capacità di risposta da parte del Sistema sanitario. Quali sono i dati del fenomeno? Per avere una risposta attendibile si può far riferimento alle liste di attesa che in oculistica interessano:

- la prima visita oculistica: secondo Cittadinanzattiva per una prenotazione tramite CUP l'oculistica è una delle specialità con le più lunghe liste di attesa, superando anche l'anno per le non urgenti, naturalmente con differenza tra le Regioni. Per la visita privata in intramoenia l'attesa è appena da 1 a 7 giorni. Secondo l'ultimo rapporto del Censis 2025, commissionato dalla Fondazione ONESIGHT EssilorLuxottica, su 100 tentativi di accesso a prestazioni oculistiche nel SSN tramite CUP, ben 39 italiani decidono poi di rivolgersi al privato; in particolare per le visite oculistiche il 62,8% degli italiani che ha almeno un disturbo visivo si rivolge direttamente al privato, il 32,8% al Servizio sanitario e il 4,4% all'intramoenia.
- Gli interventi chirurgici: al primo posto l'intervento di cataratta. Se ne eseguono in Italia – come già accennato – 650.000 circa ogni anno e proprio per questo è ai primi posti nelle liste di attesa. Non esistono dati precisi soprattutto per la grande varietà regionale, ma, facendo riferimento a quelli Agenas e ai report di Cittadinanzattiva, il tempo di attesa stimato varia da 6 a 12 mesi con punte di 2 anni, ponendosi tra tutte le operazioni chirurgiche ai primi posti, se non al primo. Le cause sono tante: domanda in crescita per invecchiamento della popolazione, intervento richiesto sempre più precocemente nell'evoluzione della malattia, tagli alla specialistica, alti costi delle tecnologie. Sono tempi di attesa che superano abbondantemente i tempi previsti nei RAO pari a 120 gg (classe P). Un'altra patologia, che richiede l'uso della sala operatoria e che sta creando notevole difficoltà d'accesso, è rappresentata dalla maculo patia umida e altre forme retiniche che richiedono il trattamento con le iniezioni intravitreali di anti-

VEGF. Secondo il rapporto del Censis su menzionato, per gli interventi chirurgici per patologie dell'occhio, il 60,4% si rivolge al Servizio sanitario, il 35% al privato e il 4,6% all'intramoenia, percentuali inferiori rispetto alla visita oculistica. In pratica il cittadino per avere una diagnosi va nel privato per poi tornare al SSN per la presa in carico principalmente per motivi economici.

- Gli esami strumentali. I progressi tecnologici hanno interessato in particolar modo l'oftalmologia, con l'introduzione di nuovi esami, primo tra tutti l'OCT (Tomografia Ottica Computerizzata). Secondo il rapporto Censis 2025 Per gli esami specialistici, invece, le quote corrispondenti sono il 51,9% che va nel privato, il 42,5% nel Servizio sanitario e il 5,6% all'intramoenia.

Il dott. **Federico Marmo** (specialista in oftalmologia, Generale medico) a questo punto è entrato nel merito del problema, facendo presente che la sostenibilità non sia solo una questione di finanziamento, ma di una complessa interazione tra decisioni politiche, fabbisogni e gestione della domanda, allocazione ed impiego costo/efficacia delle risorse. Il contenimento degli sprechi, riferiti soprattutto al consumo non necessario di risorse (ore lavoro/uomo, farmaci, materiali, tecnologia etc che non produce alcun benefico oggettivo per il paziente), è una priorità strategica nella governance dei sistemi sanitari in tutto il mondo. I più frequenti sprechi sono:

- sprechi da Inefficacia (per fallimento assistenziale; in inglese, Failures of Care Delivery);
- sprechi da Inefficienza (fallimenti logistici/organizzativi; in inglese, Waste in the System).

Tra gli sprechi da inefficacia vanno annoverati il malpractice e gli errori sanitari che gravano sul sistema per i costi delle controversie legali, dei risarcimenti e dei trattamenti aggiuntivi ("riammissioni", terapie riabilitative, etc.).

Le visite specialistiche inappropriate perché inutili rappresentano uno spreco da "inefficacia", in quanto una visita non necessaria non cambia la diagnosi o il trattamento ed ha pertanto un "valore" nullo non producendo alcun beneficio, così come un'urgenza ingiustificata comporta un consumo di tempo, materiali e competenze specialistiche per un falso scopo (over-triage). Si aggiunga che le prestazioni inappropriate producono contestualmente uno spreco da "inefficienza" (fallimento logistico) in quanto causa l'occupazione di slot urgenti da parte di false urgenze, sottrae risorse per i casi realmente urgenti, e molto spesso porta a un secondo accesso (es. per ripetere un test o correggere la diagnosi iniziale), aumentando gli sprechi.

La strategia per affrontare l'emergenza "Liste d'Attesa" si basa essenzialmente sulla segmentazione e programmazione della "domanda" in base alla priorità "clinica" (Urgente, Breve, Differibile, Programmabile) superando il semplice criterio di "ordine di arrivo". A tal fine sono stati introdotti nel SSN italiano i Raggruppamenti d'Attesa Omogenei (RAO), il cui principio presuppone che le liste d'attesa (e più in generale tutte le disfunzioni nell'erogazione delle prestazioni) non si migliorano solo con una maggiore disponibilità di ri-

sorse (più personale, più materiali, etc.) per aumentare l'offerta, ma innanzitutto governando la "domanda" e "razionalizzando" i processi di produzione dei servizi per il contenimento dei tanti sprechi e/o impiego improduttivo delle risorse. Per alcune branche (tra cui l'Oculistica), i RAO prevedono un'ulteriore classe di priorità definita "Emergenza "per condizioni che minacciano le funzioni vitali o la funzione di un organo e che pertanto richiedono un intervento immediato (invio in Pronto Soccorso). Tra le criticità che i RAO hanno comportato in oculistica figura l'over-triage proprio nelle classi urgenti (codici B e, in parte, U) perché i Medici di Medicina Generale (MMG), privi di competenza e strumentazione specialistica, per (comprensibile) cautela assegnano una priorità più alta del necessario. Uno dei limiti parole chiave selezionate, che risultano talora troppo difficili da identificare per i MMG. I RAO, infatti, utilizzano spesso come parole chiave una diagnosi o una condizione clinica già stabilita.

Per quanto riguarda poi il triage del Pronto Soccorso, esso gestisce l'emergenza clinica immediata e rappresenta uno strumento clinico e dinamico focalizzato sul "qui e ora" per stabilirne l'urgenza e la priorità dei pazienti in accesso. A proposito di triage oftalmologico va precisato che, per la scomparsa dei PS mono-specialistici e la chiusura dei reparti oculistici, l'urgenza oculare è passata al PS Generale, la cui priorità assoluta è la salvaguardia della vita e dove è l'infermiere il triagista che valuta i parametri vitali (coscienza, respiro, circolo). In questo scenario, una patologia oculare, anche grave ed urgente che comporta un rischio di perdita permanente della funzione visiva, viene quasi sistematicamente classificata in Codice Verde (bassa priorità). Recentemente è stato introdotto il Fast Track (letteralmente "binario rapido") che è un modello organizzativo- assistenziale per gestire in modo accelerato le cosiddette "urgenze minori" o mono-specialistiche, ma nella maggior parte dei casi le criticità restano: se un medico ha difficoltà a valutare l'urgenza oculistica, si immagini che cosa possa accadere se la competenza passa ad un infermiere; inoltre, in mancanza di un oculista H24, quando potrà essere visto il paziente, che magari si trova in preda ad un glaucoma acuto o con un distacco di retina?

Il dott. **Pier Franco Marino** (oftalmologo con esperienza ospedaliera e territoriale), a questo proposito ha affermato che la "non organizzazione" del pronto soccorso oculistico è attribuibile in parte anche ai direttori di UOC Of-

talmica, che dovrebbero almeno garantire una reperibilità H24. I medici appartengono alla categoria dei servizi, quindi hanno il dovere/compito di lavorare anche nell'area dell'emergenza. Se poi si tratta di una struttura universitaria, si può far ricorso ai medici specializzandi del primo, secondo, terzo e quarto anno, come è sempre accaduto e come avviene in ogni altra Nazione. A tale riguardo porta l'esempio della UOC oculistica di Latina e di Terracina, sede distaccata dell'Università Sapienza, dove dal pomeriggio sino al mattino successivo non sono assicurate le emergenze. I pazienti del Sud Pontino devono recarsi al PS Oftalmico a Roma, distante un centinaio di Km, aumentandone il carico di lavoro, solo perché il responsabile locale non ha organizzato guardie e reperibilità.

Il dott. **Tiziano Melchiorre** (economista, segretario generale IAPB-Italia ETS) ha poi introdotto il problema della prevenzione primaria e secondaria in oftalmologia. Ha ricordato che la IAPB riveste in questo ambito un ruolo primario, conferitole dalla Legge 284/97. L'OMS nelle sue ultime dichiarazioni ha con forza ribadito che la prevenzione ha un ruolo prioritario per sconfiggere l'ipovisione e la cecità. La strategia preventiva che dovrebbe essere prevalente in Italia rimane lo screening "opportunistico" basato sulla visita oculistica periodica (checkup up), sull'identificazione dei fattori di rischio individuali (età >40 anni, familiarità, alta miopia/ipermetropia, altre patologie) e, soprattutto, sulla istruzione/educazione sanitaria dei cittadini. Si stanno sperimentando programmi pilota che utilizzano la telemedicina e l'IA, ma anche test genetici e punteggi di rischio poligenico. Attualmente la IAPB è impegnata in programmi di educazione sanitaria visiva e di prevenzione dell'ambliopia, e di diagnosi precoce del glaucoma e altre malattie neurodegenerative dell'anziano, ricercando sempre la collaborazione con le ASL, purtroppo non sempre disponibile.

Il dott. **Marino**, dopo aver ricordato che la prevenzione primaria e secondaria in oculistica dovrebbe essere demandata alle strutture territoriali (ma purtroppo molto trascurata dal SSN), richiama il problema glaucoma: nel 2040 si stima che 112 milioni di persone saranno affette da questa patologia, mentre attualmente si registra una under detection rate del 50% nei paesi occidentali e dell'80% in quelli in via di sviluppo. Per tale motivo la prevenzione e la diagnosi precoce del glaucoma risultano essenziali sia per il paziente che per la sostenibilità dei Sistemi Sanitari in termini di ottimizzazione delle risorse.

CRITICITÀ EMERSE E DIVERGENZE

Le criticità in ambito oculistico all'interno del SSN sono state a lungo descritte precedentemente e segnalate nello svolgimento della tavola rotonda.

Particolari divergenze tra i partecipanti non sono emerse. Tutti si sono detti d'accordo sul fatto che, nonostante i tanti problemi, la copertura sanitaria universale in oftalmologia (Universal Health Coverage – UHC), così come raccomandata dall'OMS, non è attualmente in pericolo nel nostro Paese. I due parametri principali per valutarla – l'intervento di cataratta e la correzione dei vizi di refrazione – sono pienamente assicurati, anche se i tempi di attesa possono essere lunghi. Non risultano neppure abbandonate l'acquisizione e la diffusione delle conquiste tecnologiche. Il problema riguarda principalmente la difficoltà d'accesso alle prestazioni – come già segnalato nella premessa – e la grande varietà assistenziale in ambito territoriale (regionale). In oculistica tutto ciò assume aspetti di maggiore rilevanza per l'enorme richiesta di prestazioni. Ma le tante criticità non vanno sottovalutate. Tutti i partecipanti alla tavola rotonda hanno infatti sottolineato l'esistenza del **rischio di una progressiva perdita della centralità dell'oculistica all'interno del Sistema Sanitario**; anzi qualcuno ha fatto presente che si tratterebbe, più che di un rischio, di una realtà che si sta già affermando. Le cause sono tante, ma alla base c'è soprattutto la convinzione sempre più radicata che l'oculistica sia una specialità medica e chirurgica non prioritaria, non elettiva, in quanto non salvavita; e davanti alla necessità di stilare una graduatoria per una limitazione delle risorse disponibili, diventa inevitabile che l'oculistica passi in secondo piano. In base a questa logica e al crescere delle criticità, il pericolo che questa specialità esca progressivamente dal SSN per finire sempre più in ambito privato è più di un sospetto: si risolverebbero così i tanti problemi senza necessità di profonde, difficili revisioni spesso invise all'establishment. Si tratterebbe soltanto di rendere l'oftalmologia simile all'odontoiatria: una sorta di "**odontoiatrizzazione**".

Si dimentica così che il problema del recupero delle risorse economiche sta altrove, soprattutto nel recupero degli sprechi, nella rivisitazione di modelli organizzativi e di percorsi assistenziali, nella maggiore responsabilità e motivazione nonché nel migliore e più razionale utilizzo del personale sanitario. I partecipanti alla tavola rotonda hanno più volte sottolineato che le scelte di

politica sanitaria dovrebbero essere al di sopra di motivazioni politiche, di tendenze culturali, di esclusivi moventi economici e dovrebbe rispondere solo alle reali esigenze del paziente, a cui dovrebbero essere garantite non solo la quantità di prestazioni appropriate richieste, ma anche la loro migliore qualità. È quanto ribadiscono con fermezza l'OMS, che pone l'oftalmologia tra le priorità dei Sistemi sanitari nazionali, e l'Assemblea generale delle Nazioni Unite, che ha approvato recentemente la risoluzione "Vision for Everyone: Accelerating action to achieve the Sustainable Development Goals", votata da tutti i 193 Paesi, in cui, oltre a riaffermare il diritto di ogni singolo individuo a "vedere bene", ha dichiarato l'importanza della vista per un miglioramento delle prospettive occupazionali, per una maggiore produttività, per un aumento del reddito e della spesa delle famiglie e per una maggiore benessere socioeconomico.

CONCLUSIONI E PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO

In conclusione, i partecipanti hanno voluto riaffermare che le tante criticità in ambito oculistico non devono essere rapportate esclusivamente alla scarsità di finanziamenti per una specialità non salva vita, ma ad una rivisitazione non più rinviabile di tutta un'organizzazione che deve adeguarsi all'evolversi dei tempi con allocazione ed impiego costo/efficacia delle risorse. Il contenimento degli sprechi, riferiti soprattutto al consumo non necessario di risorse, è una priorità strategica nella governance dei sistemi sanitari in tutto il mondo. In questo contesto tutti sono chiamati a collaborare, nonostante le tante difficoltà incontrate; non ultimi gli oftalmologi, spesso tentati a strizzare l'occhio al privato, sicuramente più redditizio e meno impegnativo.

Riguardo al modello RAO tutti i partecipanti hanno concordato con il dott. Federico Marmo sulla necessità – ormai improrogabile – di superare questa fase che, se ha avuto indubbi risultati positivi sul piano del controllo e della trasparenza, presenta importanti criticità, a cui si è accennato in precedenza, che non sono solo la quantità e qualità delle prestazioni richieste, ma anche scarsa efficienza organizzativa, tortuosità burocratica e scarsa ricerca di sostenibilità economica. Non esiste una soluzione univoca, ma un insieme di interventi sinergici.

I punti salienti emersi dal confronto della tavola rotonda possono essere sintetizzati nei seguenti punti:

- introduzione e progressivo potenziamento delle tecnologie informatiche e dei sistemi di tele-oftalmologia, che allo stato attuale su quasi tutto l'intero sistema risulta insufficiente per non dire inesistente. Il prof. Demetrio Spinelli (presidente SIOL-Società Italiana di Oftalmologia Legale) ha ricordato che la SIOL da tempo porta avanti non solo programmi di sensibilizzazione del mondo medico su questo settore, ma anche di ricerca e di definizione medico legale dei tanti problemi che la telemedicina solleva. L'ultima indagine in via di pubblicazione, condotta con la metodologia RAND/UCLA, ha dimostrato che la televisita oculistica come sostituto della visita convenzionale viene considerata dalla quasi totalità del campione intervistato inappropriata e comunque deve essere sempre seguita da quella convenzionale. Anche sul telecon-

sulto sono emerse perplessità. Comunque, l'atteggiamento critico emerso non risulta nascere da un rifiuto a priori di questo nuovo approccio clinico, ma dalla mancanza di una normativa ben precisa che regolamenti il tutto e allo stesso tempo di una disponibilità di strutture tecnologiche sicure ed appropriate.

Il prof. **Filippo Cruciani** rispetto alla tele-oftalmologia ha sottolineato l'importanza che tutte le Regioni adottino programmi di screening della retinopatia diabetica mediante immagini digitali del fondo oculare (FO) refertate a distanza, sul modello inglese denominato Diabetic Eye Screening Programme (DESP) che in UK in un solo anno ha raggiunto l'82% di tutti i diabetici, mentre in Italia una tale attendance non supera il 15%. A prescindere dal risultato socio-assistenziale (in UK la RD non è più la principale causa di cecità in età lavorativa), nel nostro Paese si avrebbe un incredibile risultato nei tempi di attesa per visita oculistica, eliminando un carico di più di 3 milioni di diabetici che periodicamente devono eseguire il FO. Il dott. **Federico Marmo** infine ha ribadito l'importanza dell'Intelligenza Artificiale (IA) in telemedicina in quanto può trasformare radicalmente il sistema della gestione della domanda e delle liste d'attesa. l'Intelligenza Artificiale potrebbe portare all'introduzione di un triage dinamico basato sul rischio individuale.

- Rivisitazione e semplificazione del metodo RAO. Il dott. Federico Marmo ha ribadito la necessità di trasformare quella che oggi è una gestione burocratica in un vero e proprio percorso clinico di precisione sul modello inglese, superando innanzi tutto la rigidità delle attuali parole chiave RAO e delle classi di urgenza fisse, che si basano su diagnosi o quadri sindromici complessi. Vanno introdotte parole chiave (red flag) che indichino sintomi/segni specifici, isolati, facilmente identificabili e rilevabili. Inoltre, dovrebbero essere coinvolti – sempre facendo riferimento al modello inglese – gli ortottisti assistenti di oftalmologia nella gestione della domanda e del triage oculistico, che potrebbero avvalersi di esami strumentali, come la foto delle palpebre o della superfice oculare, del fondo oculare, dell'OCT del segmento anteriore, della macula e del nervo ottico. Si tratterebbe di un triage avanzato, supportato dalla telemedicina e regolato da linee guida specialistiche. Allo stato attuale è forse ancora prematuro immaginare un coinvolgimento

degli ortottisti in un Single Point of Access (SPoA) con un sistema di tele-oftalmologia, anche perché la loro formazione accademica non garantisce – come sarebbe auspicabile – un loro utilizzo in tutto l'ambito oculistico che va dalla prevenzione, alla clinica fino alla riabilitazione. Una riforma del percorso accademico di questa fondamentale figura sanitaria oftalmica, da tempo auspicata, è allo stato attuale quanto mai necessaria e più volte ribadita nel corso della tavola rotonda.

- Revisione della figura di direttore di UOC e suo ruolo fondamentale nell'organizzazione assistenziale. Il prof. Filippo Cruciani ha sottolineato come sia fondamentale questo aspetto. Non si tratterebbe di stabilire nuove norme concorsuali, ma semplicemente applicare il quadro normativo esistente. Infatti, rispetto alla figura precedente di "primario", oltre a requisiti assistenziali, di servizio, di esperienza e competenza, sono richieste anche capacità organizzative e gestionali, documentate da un attestato di formazione manageriale. In pratica il direttore di UOC deve saper dirigere ed organizzare tutto l'apparato UOC, in base alle esigenze del territorio, alle disponibilità economiche e del personale disponibile. Infine, in questa sua nuova veste, con la scomparsa del reparto oculistico, la sua gestione si deve estendere anche all'organizzazione assistenziale territoriale nei suoi diversi livelli e non soltanto ospedaliera.
- Ampio spazio alla prevenzione primaria e secondaria. Il dott. **Tiziano Melchiorre** ha ricordato che sviluppando i programmi di prevenzione primaria e secondaria si possono ottenere tanti risultati:
  - sul piano economico si avrebbero enormi risparmi come dimostrato da ricerche condotte dalla IAPB Italia ETS in collaborazione con la Bocconi;
  - sul piano della riduzione delle liste di attesa come ha dimostrato la teleoftalmologia per la RD;
  - sul piano più squisitamente umano con la riduzione della disabilità visiva.

Il da farsi può essere sintetizzato "nella realizzazione di una sinergia tra interventi a livello di sistema (programmi di screening associati a prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative tempestive, sicure ed efficaci e promo-

zione di educazione sanitaria in tutti i cittadini) e partecipazione individuale (self-protection individuale e ruolo del cittadino per una cultura della salute e stile di vita appropriato)", come ha scritto recentemente il dott. **Marmo**.

Infine, il dott. **Pier Franco Marino**, ricordando che il glaucoma è una patologia neuro degenerativa e che la diagnosi va posta il più precocemente possibile, per poter sfruttare al meglio la finestra terapeutica a disposizione, ha sottolineato che le strategie per migliorare l'efficacia dello screening devono basarsi su un test che deve essere effettuato su soggetti a rischio, che hanno un'alta prevalenza. Per tali motivi lo screening di questa malattia non può prescindere da:

- profilazione del paziente a rischio,
- esecuzione mirata del tool diagnostico di screening.

Ultimamente sia la World Glaucoma Association che l'American Academy Ophtalmology hanno affermato che **lo screening del glaucoma è cost effective, se effettuato sulle sottopopolazioni a rischio**, così come accade per quello della retinopatia diabetica. Il compito dell'ambulatorio territoriale deve essere quello di profilare i pazienti a rischio, per poter effettuare solo su questi gli esami di approfondimento diagnostico. La profilazione può essere fatta con il Sight Score, un test poligenico salivare non ancora in commercio in Italia o con il valore dell'Integrated Risk Index basato sui fattori di rischio "pesati" della malattia il cui cut off è 0,3 e serve a dividere i pazienti in quelli da sottoporre subito ad ulteriori accertamenti e quelli da rivalutare in tempi programmati. Sono stati condotti **2 studi che hanno usato l'Integrated Risk Index**, esaminando circa 1000 pazienti, individuando una percentuale del 2,25% di glaucomatosi, in linea con i numeri ufficiali di questa malattia in Italia. Questo metodo rappresenta **la risposta che la medicina territoriale può dare alle esigenze di diagnosi precoce** e di ottimizzazione delle risorse fornendo un valore aggiunto alla prestazione erogata. In economia il valore aggiunto è la misura dell'incremento di valore che si verifica nell'ambito della produzione di beni e servizi grazie all'intervento di fattori produttivi. Traslato in ambito clinico, il valore iniziale di un servizio, cioè la visita oculistica, può essere incrementato qualitativamente dall'adozione di fattori produttivi, come le procedure di processo, nel nostro caso, profilazione dei pazienti > screening selettivo > diagnosi reale > riduzione dell'under detection rate e dell'over treatment, ottimizzandola e trasformandola in un mezzo per la diagnosi precoce.

RICERCA PEDIATRICA: NUOVI ORIZZONTI PER LA SALUTE DEI BAMBINI

A cura dei coordinatori:
Viviana Moschese, Presidente Società Italiana Ricerca Pediatrica (SIRP)
Claudio Pignata, Past President Società Italiana Ricerca Pediatrica (SIRP); Professore Ordinario di Pediatria, Università Federico II, Napoli.

Sono intervenuti:
Alessandro Aiuti, Professore Ordinario di Pediatria, Università Vita e Salute San Raffaele, Milano
Alberto Eugenio Tozzi, Responsabile della Udr Medicina Predittiva e Preventiva, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù IRCCS di Roma
Stefano Semplici, Professore ordinario di Etica sociale all'Università di Roma "Tor Vergata"
Filippo Cristoferi, Partner Tessera Consulting srl
Francesco Chiarelli, "Past President Società Italiana Ricerca Pediatrica (SIRP); Professore Ordinario
di Pediatria, Università di Chieti"
Davide Cacchiarelli, Docente Università degli Studi Federico II di Napoli
Francesca Conti, Ricercatrice, specialista in pediatria con Dottorato in Immunologia e Biotecnologie
Giuseppe Novelli, Head of the Human Genetics Research Unit at the Tor Vergata University of Rome and President of Lorenzini Foundation, Milan
Martino Ruggieri, Consigliere Società Italiana Ricerca Pediatrica (SIRP); Professore Ordinario di Pediatria Università di Catania
Marco Gattorno, Direttore Unità Reumatologia e Malattie Autoinfiammatorie IRCCS Ospedale Pediatrico Giannina Gaslini, Genova.

La ricerca pediatrica rappresenta un investimento strategico per la salute pubblica in quanto il miglioramento della qualità e sostenibilità dell'assistenza in ambito pediatrico, anche nell'ambito della medicina di complessità e delle malattie rare ha ricadute concrete e di lungo periodo sul benessere e produttività della società. Nuove tecniche diagnostiche, trattamenti innovativi, ap-

procci integrati -anche con l'uso dell'IA- e maggiore attenzione all'ambiente, stanno cambiando il modo di curare i bambini anche in ambiti prima considerati senza soluzione. Tuttavia, la riduzione dei finanziamenti in Italia e all'estero, le complesse dinamiche legate alla crescita professionale dei ricercatori, ma anche la difficoltà di inserire le innovazioni nei percorsi di screening, prevenzione e cura, limita il potenziale di crescita di questo settore.

È quindi urgente sostenere una visione condivisa e a lungo termine che coinvolga clinici, ricercatori, istituzioni e famiglie.

Il tavolo è stata un'occasione per riflettere sull'impatto sanitario e sociale della ricerca in pediatria e sulle azioni di governance e advocacy che possono promuovere gli investimenti nel settore.

TEMATICHE AFFRONTATE

Prof. Alberto Eugenio Tozzi,
Quale sarà l'effetto dell'IA sulla qualità della ricerca scientifica?

Prof. Francesco Chiarelli,
L'impatto della Medicina di Complessità nella ricerca in pediatria

Prof. Alessandro Aiuti,
Le malattie genetiche: quali strategie per affrontare i costi delle terapie innovative

Prof. Martino Ruggieri,
Come le conoscenze sulla neurobiologia dello sviluppo influiscono sul trattamento delle malattie neurologiche complesse

Prof. Marco Gattorno,
L'utilità dei network per migliorare la gestione delle malattie croniche

Dr.ssa Francesca Conti
Il punto di vista del giovane ricercatore nell'intraprendere una carriera scientifica: opportunità e criticità

Prof. Stefano Semplici
Il problema ed i modi del consenso

Prof Davide Cacchiarelli
Genomica: la rivoluzione tra ricerca e clinica

Dr Filippo Cristoferi
Sostenibilità, equità e disponibilità delle terapie innovative

Prof Giuseppe Novelli
Come migliorare la valutazione della ricerca pediatrica

Investire nella ricerca pediatrica è il più saggio degli investimenti. Significa costruire un futuro con adulti più sani, una società più produttiva e un sistema sanitario più sostenibile. La qualità della vita dei più piccoli di oggi è il termometro della salute della nostra società di domani.

La ricerca scientifica ha permesso di comprendere complessi e peculiari meccanismi biologici alla base della fisiologia e della patologia degli esseri viventi supportando anche lo strategico settore della Medicina di Precisione e di Complessità. In particolare, la genomica rappresenta un pilastro strategico della ricerca pediatrica moderna, consentendo l'identificazione precoce di varianti genetiche patogeniche e la definizione di interventi preventivi e terapeutici mirati, che spesso consentono una cura definitiva della malattia. Va sottolineato che le innovazioni tecnologiche comportano un considerevole incremento di spesa, che tuttavia è ampiamente compensato dalla diminuzione degli interventi clinici, diagnostici e terapeutici, necessari quando la malattia non è definitivamente curata.

L'implementazione di metodologie di screening genetico efficaci permette di ridurre l'incidenza di malattie genetiche recessive, tutelando la salute dei bambini e favorendo una medicina realmente predittiva. A tal fine però, è indispensabile **promuovere la creazione di centri di riferimento per il sequenziamento genomico avanzato**, con standard qualitativi elevati e un uso etico dei dati. Sono altresì fondamentali i network internazionali per favorire la collaborazione, l'uniformità nella raccolta dei dati e l'avanzamento delle conoscenze scientifiche. Nelle malattie rare, la creazione di ampie coorti multicentriche è essenziale per ottenere risultati affidabili che consentano lo sviluppo di protocolli diagnostici e terapeutici, e, in alcuni casi, trattamenti risolutivi e definitivi di malattie prima considerate incurabili ed inguaribili. In particolare, gli ATMP (**Advanced Therapy Medicinal Products**) grazie alla possibilità di introdurre geni terapeutici e riscrivere il nostro genoma, le CAR-T cells, i prodotti di ingegneria tissutale stanno rivoluzionando la diagnosi, prevenzione e la cura delle malattie genetiche rare e dei tumori pediatrici, rappresentando una speranza per i pazienti e le famiglie.

Le sperimentazioni cliniche hanno impegnato 80,7 miliardi di dollari nel 2023 e si prospetta un incremento fino a 123,5 miliardi di dollari nel 2030. Le grandi sfide, a fronte del doveroso e onorevole obiettivo di curare e guarire,

sono rappresentate dall'accesso ed equità delle cure a fronte di una sostenibilità tra prezzo, costi diretti, indiretti e sociali e della competitività del sistema produttivo.

Il nostro Paese investe solo l'1,4% del Prodotto Interno Lordo (PIL) in Ricerca e Sviluppo, circa 1/3 di quanto investono altri Paesi con caratteristiche simili all'Italia; nonostante questa visionaria miopia numerosi gruppi di ricerca in Italia conservano grande dignità scientifica ed alcuni addirittura eccellenza e grande impatto a livello internazionale, a dispetto delle limitate risorse finanziarie disponibili.

La ricerca pediatrica soffre maggiormente in quanto poco attraente per il mercato. Nasce quindi l'esigenza di approfondire modelli di partnership pubblico-privato, di investimenti da parte di fondi filantropici o di venture capital o private equity a impatto socio-sanitario. Questioni aperte rimangono sulla valutazione del ritorno dell'investimento. Come quantifichiamo il valore di un bambino che guarisce ed avrà una vita lunga e produttiva? È una questione puramente economica o anche di capitale umano e sociale?

Inoltre, come possiamo attrarre i giovani talenti verso la ricerca pediatrica, spesso considerata una nicchia complessa e poco remunerativa? La precarietà contrattuale, le limitate risorse economiche e la scarsa valorizzazione del merito spesso ostacolano la crescita professionale. La burocrazia rallenta la ricerca e la mancanza di percorsi chiari scoraggia i più motivati. Si rende necessario creare dei percorsi di carriera dedicati e gratificanti a favore della creatività e vivacità scientifica del ricercatore.

L'intelligenza artificiale (AI) a supporto della ricerca scientifica in pediatria potrebbe inoltre giocare un ruolo determinante per migliorare l'efficienza di numerosi interventi strategici nella ricerca in questi settori. Questi strumenti tecnologici consentono di rendere più veloci alcuni processi che nelle attività di ricerca sono estremamente dispendiosi in termini di tempo. L'ulteriore interpretazione di questa risorsa tecnologica è quella di uno strumento che aiuti a esercitare il pensiero critico e la creatività scientifica. Si tratta di un obiettivo che in questa fase storica sembra difficile da raggiungere per l'emergenza di rischi opposti: la possibile automazione del giudizio del ricercatore e l'appiattimento di soluzioni originali. Una recente indagine condotta dalla Società Italiana per la Ricerca Pediatrica documenta la forte esigenza dei pediatri italiani in tema di formazione per l'intelligenza artificiale come strumento per la

ricerca scientifica. Perché le migliori ambizioni si realizzino, è essenziale avviare laboratori federati di ricerca AI per la pediatria che sviluppino soluzioni da condividere per verificarne l'efficacia e la sicurezza nell'ambito delle cure e della prevenzione.

Un tema centrale della metodologia della ricerca clinica è rappresentato dal consenso informato dei genitori o tutore legale e dall'assenso del minore. **A tal proposito sono state individuate questioni eticamente rilevanti:** 1) la ricerca dell'equilibrio fra le esigenze di: a) protezione del minore; b) rispetto della sua autonomia in divenire; 2) il ruolo della "autorizzazione" dei genitori o del legale rappresentante, che non coincide con il consenso degli adulti e deve essere diversamente modulata a seconda: a) del livello di maturità del minore (che potrebbe magari esprimere una posizione diversa da quella dei genitori); b) della possibilità o meno di un beneficio diretto; 3) la definizione del rischio accettabile 4) i limiti al "diritto di non sapere".

L'Unione Europea investe in ricerca pediatrica meno di 1/5 rispetto al solo National Institute of Health (NIH). La ricerca rappresenta un pilastro indiscutibile per affrontare le numerose complessità di una società caratterizzata da riduzione della natalità, invecchiamento della popolazione, stili di vita alla base di patologie, malattie rare ed emergenti, aumento della domanda di cure. **La ricerca è alla base dell'innovazione tecnologica ed organizzativa** che consente di rispondere alle sfide emergenti, dove anche la rapidità di attuazione svolge un ruolo fondamentale per rispondere ai bisogni e alle domande di assistenza. A dispetto dei limitati investimenti nella ricerca il nostro Paese comunque vanta dei gruppi di ricerca eccellenti a livello internazionale che molto hanno contribuito e contribuiscono all'avanzamento delle conoscenze e allo sviluppo di terapie innovative. A fronte di questi ampliabili successi, inoltre, per alcune terapie con scarso interesse commerciale lo sviluppo clinico si è arrestato o i prodotti sono stati ritirati dal mercato. Ma l'accesso alle terapie innovative dovrebbe essere un diritto, non un privilegio. Per superare queste difficoltà è necessario creare un ecosistema collaborativo capace di sostenere la ricerca no profit, investendo nelle infrastrutture accademiche, velocizzando e rendendo più flessibili le procedure di valutazione delle sperimentazioni cliniche, e formando nuovi talenti, creando percorsi di carriera per i giovani pediatri impegnati nella cura e nella ricerca.

Per quanto concerne l'aspetto puramente economico legato alla traslazione in clinica di tecnologie innovative, è evidente che occorre rimodulare le spese in Sanità, operando una drastica riduzione delle prestazioni inappropriate, ovvero contrastando l'uso improprio dei ricoveri ospedalieri, spesso non giustificati, l'eccesso di indagini diagnostiche e strumentali non necessarie e limitando la spesa farmaceutica.

CONCLUSIONI E PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO

La ricerca scientifica è il motore del progresso della società e della qualità dell'assistenza clinica. Nuove aree della scienza stanno impattando significativamente sulla tutela della salute del neonato, del bambino, dell'adolescente e dell'adulto richiedendo investimenti strategici e continui adattamenti da parte delle istituzioni governative, dei policy makers, e della comunità.

I bambini hanno bisogni peculiari in continua evoluzione che impattano sulle epoche successive. D'altro canto, vi sono limitazioni di carattere finanziario, regolatorio, etico, istituzionale, di carriera che pongono la ricerca pediatrica in netto svantaggio rispetto a quella dell'adulto. E questo in un contesto che vede l'Italia tra i paesi che investono meno in ricerca in rapporto al tasso di crescita del PIL, nonostante vi sia una correlazione chiara tra investimenti in ricerca e sviluppo e miglioramento economico di un paese. Una buona ricerca può non solo migliorare le cure, ma anche rendere più sostenibile il sistema sanitario. Molte patologie prevenibili (obesità, diabete, malattie cardiovascolari, tumori, etc) sono influenzate da eventi sia durante la gravidanza sia nel corso dell'età pediatrica. È noto che l'intelligenza artificiale rappresenta una preziosa risorsa per la predizione degli eventi, oltre che per la classificazione ed altre funzioni tipiche dell'IA generativa. La capacità di predire eventi futuri è un cardine delle attività di ricerca scientifica. Per la pediatria è importante sottolineare che questo vuol dire re-immaginare le strategie di prevenzione. **Oggi, abbiamo a disposizione una tecnologia sufficiente per rappresentare con dati eterogenei tutto il percorso dei primi 1000 giorni di vita e predire le traiettorie di patologia in età adulta.** La prevenzione di precisione sarà un obiettivo tanto ambizioso quanto sfidante che richiederà un importante investimento in termini di ricerca scientifica.

Per migliorare la salute dei nostri bambini ed adulti è mandatorio che l'assistenza clinica e la ricerca non seguino percorsi distinti ma che siano rivisitati i programmi di formazione del personale sanitario integrando genomica, intelligenza artificiale, medicina digitale, sostenibilità economica e health technology assessment. Ad esempio, il ruolo del pediatric clinic scientist, è auspicabile che venga strutturato con percorsi formativi dedicati che prevedano attività di mentoring e grant writing, management e leadership scientifica e che incoraggino gli specializzandi/dottorandi/specialisti a seguire una carriera accademica attualmente poco intrapresa per precarietà contrattuale, limitate risorse

economiche e scarsa valorizzazione del merito che spesso ostacolano la crescita professionale. È evidente che quindi sono necessari a:

- stabilizzazione e percorsi chiari di carriera;
- aumento dei finanziamenti strutturali alla ricerca pediatrica;
- integrazione reale tra attività clinica e ricerca con orari e carichi di lavoro che consentano di dedicare tempo effettivo alla ricerca rispetto all'attività assistenziale;
- valorizzazione del merito e internazionalizzazione;
- snellimento burocratico e supporto amministrativo.

Investire nella ricerca pediatrica non significa soltanto curare i bambini di oggi, ma costruire la salute degli adulti di domani.

Inoltre, la ricerca favorisce l'innovazione, la trasparenza ed efficienza del sistema sanitario promuovendo così la partecipazione consapevole dei cittadini e la maggiore adesione alle politiche sanitarie. In conclusione, la ricerca rappresenta la struttura portante di un sistema sanitario moderno, efficiente e sostenibile.

Formare alla Leadership in Sanità: co-progettare il futuro con il design thinking

A cura del coordinatore:
Beatrice Lomaglio, Founder Fabricamente e presidente Associazione Italiana Formatori
Maurizio Di Mauro, Esperto di innovazione digitale e EdTech.

Sono intervenuti:
Sergio Bellucci, Direttore sede italiana Università della Pace dell'ONU ed esperto di IA
Pier Luigi Bartoletti, Vicesegretario nazionale vicario FIMMG
Gianfranco Damiani, Professore Associato Confermato in Igiene Generale ed Applicata (MED/42) presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore (UCSC) di Roma
Fabiana De Angelis, Amministratore Delegato Paideia International Hospital
Francesca Faggioni, Professoressa del Dipartimento di Economia Aziendale dell'Università Roma Tre
Felice De Ruggieri, Segretario regionale Fimmg Formazione Lazio
Nicola Marzano, già responsabile del reparto di oncologia medica, Ospedale San Paolo di Bari
Carmen Mantuano, Area Risorse Umane Incarico di Elevata Qualificazione (E.Q.) di I^ fascia "Progettazione e Sviluppo delle attività formative" nell'ambito della Direzione regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria.

In occasione della Roma Welfair 2025 è stato proposto un tavolo di lavoro costituito da un panel inter-professionale e multi-stakeholder per una riflessione sulla formazione alla leadership in sanità.

Per la conduzione del tavolo si è adottata la **metodologia del design thinking**, un processo collaborativo e centrato sulle persone, che si articola in diverse fasi: comprensione del contesto, definizione condivisa delle sfide, generazione di idee e co-progettazione di soluzioni. Il design thinking valorizza

il dialogo tra punti di vista diversi, promuove l'ascolto attivo e stimola il pensiero creativo, rendendolo particolarmente adatto a contesti complessi come quello della sanità. L'approccio adottato ha consentito di mettere in comune esperienze, individuare bisogni formativi emergenti e immaginare insieme traiettorie di sviluppo per la leadership nel settore sanitario, ponendosi esso stesso come uno strumento di promozione di una leadership diffusa, inclusiva e generativa.

Il risultato è stato:

- una definizione di leadership condivisa;
- la raccolta di idee, spunti di riflessione e indicazioni per la redazione di un *Manifesto per la formazione alla leadership in sanità*. Il *Manifesto* definisce 9 punti che un programma di leadership sanitaria dovrebbe rispettare per essere credibile, scalabile e generativo di valore pubblico.

Definizione di leadership in sanità

La prima fase di lavoro ha portato a una definizione della leadership sanitaria condivisa da tutti i partecipanti:

"Leadership è la capacità di orientare persone e organizzazioni verso una visione condivisa, favorendo collaborazione, innovazione e crescita comune. In sanità, significa saper guidare il cambiamento con responsabilità, empatia e ascolto e trasformare l'ascolto in azione, generando risorse e valorizzando l'intelligenza collettiva per generare soluzioni centrate sulle persone per una salute sostenibile".

La definizione è stata elaborata a partire da un lavoro di esplorazione su:

- **Competenze essenziali della leadership definite in:** ascolto, capacità di visione, chiarezza di obiettivi, responsabilità, positività, apertura, comunicazione efficace, capacità di costruire team e promuovere la collaborazione, empatia.
- **Ostacoli**: burocrazia, carichi e tempi di lavoro, cultura gerarchica, silos organizzativi, scarsa chiarezza di ruoli, resistenza al cambiamento.
- **Abilitatori**: mentoring e coaching, collaborazione interprofessionale, metriche di esito, feedback continuo, coraggio e creatività, centralità delle persone.

Formazione alla leadership in sanità

Precondizioni

La formazione alla leadership in sanità richiede una serie di precondizioni che sono state individuate in:

- **creazione della salute come valore primario condiviso;**
- **etica e responsabilità**: la leadership non è status, ma perseguimento dell'interesse generale;
- **visione sistemica**: leggere la **complessità** dell'ecosistema sanitario;
- **chiarezza ed esplicitazione degli obiettivi strategici** da perseguire a livello sistemico;
- **coraggio e capacità di mettersi in gioco.**

Individuare i leader del futuro

Sviluppare la leadership è possibile a partire da un sistema che consenta di selezionare e valorizzare opportunamente le persone. In particolare, sono emerse come essenziali le capacità di:

- selezionare persone che possano rappresentare un traino per il cambiamento, verificando attitudini e capacità;
- valorizzare il middle management;
- riconoscere e valorizzare i leader silenziosi, spesso meno visibili ma efficaci nel mettere in moto il cambiamento.

Il percorso formativo

Il gruppo ha immaginato una **Scuola di leadership** – che potrebbe ispirarsi al modello della Scuola Quadri di Fimmg o ad altre iniziative promosse da Università (come ad esempio il Corso di Formazione sulla Leadership in Medicina dell'Alta Scuola in Managemente dei Sistemi Sanitari della Università Cattolica del Sacro Cuore) – nella quale la formazione riguardi:

- competenze di dominio (conoscenza del cosa);
- competenze del sé (capacità di gestire il sé di fronte all'incertezza e alla indeterminatezza);
- competenze trasversali (ascolto, comunicazione, negoziazione, ecc.);
- competenze del coach (capacità di sviluppare le competenze di altri);
- competenze di sviluppo di sistema (capacità di sviluppare attività di miglioramento continuo e di integrazione per lo sviluppo sostenibile di servizi e sistemi per la salute).

Dal punto di vista metodologico appare essenziale l'utilizzo di metodologie didattiche attive, che comprendano role playing, simulazioni, case history ed elementi di gamification in grado di coinvolgere i discenti. Ai momenti in aula, dovrebbero affiancarsi percorsi di mentoring, coaching ed esperienze immersive.

La formazione alla leadership non deve essere considerata come un momento isolato, ma come un percorso di formazione continua che continua nel tempo.

Particolare importanza deve essere attribuita alla formazione dei formatori (train the trainers).

Il potere delle reti

Il gruppo ha evidenziato come il tema della leadership si intrecci con il tema della cultura organizzativa. In particolare, è stata evidenziata l'importanza di

co-creare dal basso nuovi modelli organizzativi, con un ampio coinvolgimento dei diversi attori della sanità, degli stakeholder e di enti e organizzazioni che non appartengono al settore sanitario, ma potrebbero trasferire positivamente esperienze e modelli di riferimento. È stata inoltre sottolineata l'importanza di una collaborazione tra pubblico e privato e di una contaminazione con ambiti diversi da quello sanitario.

È emerso come la formazione possa contribuire a generare delle reti informali che permettano uno scambio costante tra i partecipanti ed è stata sottolineata l'importanza di creare delle connessioni tra la rete di chi è in apprendimento e la rete dei leader, in modo da consentire uno scambio non solo orizzontale, ma anche verticale. La rete inoltre rappresenta un modello di leadership diffusa, dove l'assunzione di responsabilità e il commitment al raggiungimento degli obiettivi non sono in capo a un singolo, ma vengono condivisi.

Manifesto per una formazione alla leadership in sanità

- La nostra visione

Crediamo in una leadership capace di orientare persone e organizzazioni verso una visione condivisa di salute sostenibile.

Essere leader in sanità significa guidare il cambiamento con responsabilità, trasformare l'ascolto in azione, generare risorse e valorizzare l'intelligenza collettiva per costruire soluzioni centrate sulle persone e sulle comunità.

- I principi che ci guidano
  - **La salute come valore comune**: fondamento etico di ogni scelta.
  - **La leadership come servizio**: non status, ma responsabilità verso il bene collettivo.
  - **La complessità come orizzonte**: leggere e interpretare sistemi, non solo gestire strutture.
  - **La chiarezza degli obiettivi**: orientare l'azione, generare senso, dare direzione.
  - **Il coraggio di mettersi in gioco**: accogliere l'incertezza, innovare, prendersi cura del futuro.

- Le competenze chiave

La leadership in sanità nasce dall'incontro tra competenze di dominio, di sé, relazionali:

  - **Ascolto e comunicazione efficace**: comprendere prima di agire.
  - **Visione e chiarezza**: saper immaginare il futuro e renderlo condiviso.
  - **Collaborazione e costruzione di team**: generare fiducia e sinergie.
  - **Empatia**: comprendere i bisogni e le necessità, saper assumere lo sguardo dell'altro.
  - **Positività:** vedere nel cambiamento un'opportunità e guardare con fiducia al futuro.

- **Responsabilità e apertura**: agire con integrità, oltre le gerarchie.
- **Capacità di coaching e mentoring**: valorizzare il potenziale delle persone, sviluppare le competenze degli altri, non solo le proprie.

• Ostacoli da superare

La leadership autentica si misura nella capacità di superare gli ostacoli: burocrazia, tempi e carichi di lavoro, cultura gerarchica, silos organizzativi, scarsa chiarezza di ruoli e resistenza al cambiamento. Riconoscerli è il primo passo per trasformarli in opportunità di miglioramento.

• Semi di trasformazione

Ogni percorso di leadership germoglia da **abilitatori**: mentoring e coaching, collaborazione interprofessionale, feedback continuo, metriche di esito, coraggio e creatività.

Sono questi i semi che aprono la strada a una nuova cultura della cura.

• Sviluppare i leader del futuro

Vogliamo sistemi capaci di riconoscere, selezionare e valorizzare persone che incarnano un cambiamento finalizzato a promuovere soluzioni in grado di creare salute.

Leader visibili e leader silenziosi, professionisti del middle management, donne e uomini che sanno ispirare attraverso l'esempio, la coerenza e la competenza.

• La Scuola di Leadership

Immaginiamo una scuola che formi ad affrontare la complessità, integrando:

- **Competenze di dominio**, per conoscere.
- **Competenze del sé**, per gestire l'incertezza.
- **Competenze trasversali**, per comunicare e collaborare.
- **Competenze del coach**, per far crescere gli altri.
- **Competenze di sviluppo di sistema,** per uno sviluppo sostenibile.

Una scuola che unisca apprendimento attivo, esperienze immersive, mentoring e coaching, in un percorso continuo, che accompagna le persone lungo tutto l'arco della vita professionale.

- La forza delle reti

La leadership è relazione.

Formare leader significa anche costruire reti di apprendimento e di scambio, capaci di unire chi apprende e chi guida, chi opera nel pubblico e nel privato, chi lavora dentro e fuori il sistema sanitario. Le reti sono il terreno dove fiorisce una **leadership diffusa**, basata su fiducia, corresponsabilità e impegno condiviso verso risultati comuni.

- Il nostro impegno

Promuovere una formazione alla leadership che generi **consapevolezza, assunzione di responsabilità e capacità di azione.** Una formazione che non trasmetta solo conoscenze, ma formi identità, ispiri visioni e generi legami. Una formazione che, partendo dalla persona, costruisca il futuro della sanità.

Integrazione dei risultati
I risultati del tavolo di lavoro potrebbero essere utilmente integrati con:

- **Evidenze provenienti da fonti esterne:**
  - case history internazionali (Stanford, Jefferson, Mayo Clinic, Penn Nursing, Antioch University) che hanno applicato il Design Thinking alla formazione di leadership sanitaria per cogliere elementi importabili nel Manifesto;
  - risultati delle analisi sulla clinical governance e sui modelli di leadership clinico-manageriale in Italia.

- **Elementi adattati da buone pratiche:**
  - modello 70-20-10;
  - micro-credential;
  - valutazione d'impatto.

Il Manifesto è il punto di partenza di un movimento culturale.

Dargli continuità significa proseguire il confronto, sviluppare percorsi formativi coerenti, creare luoghi, tempi e linguaggi condivisi in cui la leadership diventi pratica quotidiana.

CONCLUSIONI E PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO

Dare continuità al Manifesto

Il Manifesto, per avere un vero impatto trasformativo, ha bisogno di una "fase due": attività che ne rendano concreti i principi e mantengano vivo il lavoro collettivo che lo ha generato, trasformando la riflessione sulla leadership in sanità in cultura diffusa.

Ecco alcune **proposte articolate in tre livelli:**

- **Consolidare la riflessione**
  - **Pubblicare e diffondere il Manifesto** in contesti professionali e accademici.
  - **Creare un osservatorio permanente sulla leadership in sanità**, capace di monitorare buone pratiche, esperienze formative e modelli emergenti, anche a livello internazionale.
  - **Promuovere momenti di restituzione e discussione**, anche applicando la metodologia del design thinking, per far evolvere e consolidare il modello di una formazione alla leadership.

- **Sviluppare percorsi formativi continui**
  - **Progettare una "Scuola di Leadership in Sanità"**, articolata in moduli formativi centrati su:
    - *Fondamenti della leadership etica e responsabile*
    - *Gestione del sé e delle relazioni in contesti complessi*
    - *Innovazione e trasformazione nelle organizzazioni sanitarie*
    - *Coaching e mentoring per lo sviluppo dei team*
  - **Attivare percorsi di mentoring e coaching**, che colleghino leader e nuovi professionisti.
  - **Formare i formatori**, per garantire una corretta diffusione della cultura della leadership.

- **Coltivare la rete**
  - **Creare una community permanente**, con incontri periodici online/offline per lo scambio di esperienze e risorse.
  - **Attivare laboratori di co-design e sperimentazione**, dove gruppi misti (clinici, manager, professionisti, amministra-

tivi) possano confrontarsi e progettare soluzioni comuni, promuovendo collaborazioni tra pubblico e privato e partnership intersettoriali in grado di favorire l'innovazione.

- **Rendere visibili i "leader silenziosi"** attraverso narrazioni, testimonianze e storytelling che diano voce a chi esercita la leadership dal basso.

Nuovi servizi fiduciari (ex Regolamento UE 910/2024): le opportunità in sanità

A cura del coordinatore:
Andrea Lisi, Presidente ANORC Professioni.

Sono intervenuti:
Chiara Basile, Dirigente dell'Area Qualificazione, regolazione, identità e portafoglio digitale di AgID
Andrea Caccia, Chairman of CEN/CENELEC JTC 19 on Blockchain and Distributed Ledger Technologies CEN/CENELEC, Vicepresidente commissione e-Business e Servizi Finanziari UNINFO
Patrizia Gentili, Consultant and teacher in Digitalization Amministratore unico RG3 Digital Consulting srls
Claudia Guerrieri, Senior Regulation Intelligence Specialist, con competenze verticali in ambito digital identity, archivistica e sanità digitale
Patrizia Sormani, Presidente ANORC Mercato
Luigi Foglia, Avvocato, esperto Diritto dell'Informatica, Segretario generale di ANORC, Coordinatore regionale della Puglia
Carolina Nacca, Data Protection Officer (DPO) presso CSA.

Stiamo vivendo un momento storico in cui si stanno aprendo scenari molto interessati e in potenza molto proficui per la trasformazione digitale della sanità.

La nostra società è strutturata in modo tale da produrre una moltitudine di dati anche in ambito sanitario che aumentano esponenzialmente anno dopo anno e che, se correttamente gestiti, fornirebbero la possibilità di migliorare enormemente l'approccio alla tutela della salute e alla sostenibilità del Sistema sanitario nazionale.

Il focus del nostro tempo, dunque, non è più sulla raccolta di dati, ma sulla capacità di gestire questa sterminata mole di dati in modo da essere funzionale alla ricerca e alla cura.

Se si considera che i nuovi modelli partono dal presupposto di gestire veri e propri ecosistemi di dati sanitari, è bene aver chiaro che la prima criticità da superare è quella legata alla qualità del dato e alla sua corretta custodia.

In realtà, in Europa è da oltre un decennio che si sta ragionando sulla regolamentazione dei c.d. "servizi fiduciari" e con l'evoluzione che la Regolamentazione c.d. eIDAS porta con sé con tutta probabilità è stata intrapresa la giusta via verso l'applicazione di nuovi modelli organizzativi più funzionali alle esigenze di una società mutata.

In occasione dell'emanazione da parte del Parlamento europeo e del Consiglio dei regolamenti esecutivi relativi ai cinque nuovi servizi fiduciari introdotti da eIDAS 2.0 nel corso del 2024 si è instaurato un serio confronto sull'importanza di una corretta gestione e custodia dei dati sanitari.

Nell'ambito dei servizi fiduciari digitali riconosciuti in tutta l'UE, con un elevato livello di sicurezza e valore legale (Firme elettroniche qualificate, Sigilli elettronici qualificati, Servizi di recapito certificato elettronico qualificato, Marche temporali elettroniche qualificate, Certificati di autenticazione siti web, e-archiving, ecc.) gli esponenti dei 28 Paesi intervenuti al confronto si sono concentrati sul tema dell'e-archiving e, quindi, sulla fondamentale importanza che tale servizio può rivestire ai fini della tutela della memoria di una comunità.

La sanità è certamente uno dei settori che potrà trarre maggior beneficio da questo progresso normativo, non solo per gli immediati vantaggi in termini di rafforzamento della cybersecurity e della protezione dei dati, ma anche per le prospettive di trasformazione digitale che la nuova regolamentazione europea apre. Il dato è di fondamentale importanza all'interno della strategia per l'organizzazione e la gestione del sistema sanitario. Se l'elemento che poniamo alla base delle valutazioni, siano esse diagnostiche, statistiche, storiche, organizzative o di qualsivoglia altra natura, non è stato formato, gestito e conservato correttamente, di certo il risultato non potrà essere degno di "fiducia".

L'introduzione nel contesto della regolamentazione comunitaria del concetto di e-archiving tra i servizi fiduciari ha acceso un faro su quanto i sistemi di formazione, gestione e conservazione possano contribuire alla corretta tutela di documenti informatici (anche sanitari) e dei dati in essi contenuti in caso di attacchi informatici finalizzati a compromettere i sistemi informativi e di gestione documentale e a ledere la protezione dei dati personali e dei diritti e libertà delle persone fisiche, interessate del trattamento.

La necessaria premessa al dialogo sull'e-archiving in ambito unionale è la consapevolezza che l'esperienza italiana in tema di tutela e conservazione archivistica sia di primaria importanza a livello mondiale e che la custodia dei dati, delle informazioni e dei documenti, a maggior ragione in ambito sanitario, assuma un fondamentale rilievo per la realizzazione democratica di una comunità.

Numerosi sono stati gli interventi regolatori che a partire dagli '60 hanno visto il nostro Paese prestare particolare attenzione alla tutela del valore legale dei dati e documenti un tempo racchiusi in formati analogici, poi informatici e ora legati ad esigenze digitali riunite in ecosistemi di primaria rilevanza.

L'esperienza maturata ha fatto emergere la fondamentale importanza dell'applicazione di un processo riconosciuto e condiviso nella custodia di dati.

Certamente il processo di maturità digitale intrapreso deve poggiare su elementi considerati imprescindibili e sui quali all'interno del confronto dialettico si sta cercando di raggiungere una visione comune.

- **Elemento "fiducia"**: il dato sanitario per poter essere considerato un elemento fondamentale della nuova era della statistica, della ricerca e della cura deve essere sempre reso interoperabile, autentico e condivisibile in sicurezza, garantendo al contempo un bilanciamento tra protezione e valorizzazione dei dati.
- **Elemento "qualità del dato"**: in sanità (non solo, ma in modo particolare, così come nella ricerca) si può parlare di qualità del dato quando il dato è accurato, completo, integro, corretto e affidabile. L'introduzione da parte dei regolamenti di esecuzione delle specifiche per l'applicazione dell'e-archiving in Europa sono un passo avanti verso la realizzazione di uno Spazio europeo di condivisione dei dati sanitari che possa garantirne integrità, autenticità, leggibilità, durabilità, riservatezza e origine certa.
- **Elemento "organizzazione"**: con la crescita esponenziale dei dati in possesso delle strutture e la riduzione degli stanziamenti con il termine dell'età aurea del PNRR, sarà fondamentale ottimizzare l'impiego di risorse. Le organizzazioni dovranno assolutamente strutturarsi per sfruttare al meglio le opportunità delle nuove tecnologie, eliminando in primis la c.d. doppia gestione,

quella che sovrappone un'organizzazione basata su processi analogici ad una nuova che guarda al digitale.

- **Elemento "competenza"**: è necessario ripensare al tema delle competenze considerandole in modo più "fluido" rispetto a quanto si faceva in passato. Le competenze delle professioni tradizionali ad esempio come l'archivista, il giurista e l'informatico oggigiorno devono essere ripensate in maniera trasversale per poter affrontare le esigenze di conoscenze e professionalità che devono convergere verso ruoli fondamentali per qualsiasi organizzazione, come il Responsabile della formazione, gestione e conservazione di un archivio digitale.

L'incremento della consapevolezza oltre alle competenze attraverso specifica formazione è elemento imprescindibile per evitare di disinnescare gli effetti positivi di tutti gli altri possibili interventi in ambito organizzativo e tecnologico.

Il concetto di conservazione nella sua più ampia accezione di custodia è stato ritenuto elemento indispensabile per la gestione della nuova "vita" (quella digitale, appunto) dei dati sanitari con finalità di prevenzione, di cura e più semplicemente di statistica.

Per ottenere ciò è necessario concentrare le forze sull'obiettivo dell'uniformità del dato in una visione d'insieme. È necessario entrare nell'ottica che quando si tratta di "dati" di rilievo sanitario, in generale si sta trattando di database e archivi e, quindi, in ottica organizzativa le necessarie valutazioni (ad esempio in merito alla paternità e al valore legale) devono essere affrontate nel momento della formazione del dato stesso. Solo in questo modo sarà possibile anche in futuro godere dei benefici che il dato, e più in generale la sua analisi, possono produrre.

L'esperienza maturata nel nostro paese con il percorso di accreditamento per i fornitori del servizio di conservazione verso le pubbliche amministrazioni è stato (e sicuramente lo sarà anche nel prossimo futuro) un elemento di vantaggio nell'approcciarsi al futuro Spazio Europeo dei Dati Sanitari. È necessario, però, che "al punto di raccolta" i dati arrivino uniformi, oltre che di qualità. Attualmente, al contrario, ogni Regione si organizza per lo più in modo autonomo. L'assenza di una regia unica rallenta enormemente (quando non lo blocca) il compimento del processo di piena digitalizzazione.

Certamente una regolamentazione chiara, condivisa e uniforme in tutto il territorio europeo sull'e-archiving rappresenta un passo avanti in termini di costante attenzione rispetto a tre temi che rivestono un ruolo fondamentale: la sicurezza informatica, la data protection e la continuità operativa dei sistemi.

Purtroppo, come spesso accade, le criticità si concentrano attorno al fattore umano. Ancora oggi si registra in ambito sanitario la carenza di manager che abbiano le competenze necessarie per affrontare la digitalizzazione. Spesso chi ha le competenze informatiche non ha alcuna conoscenza dell'ambito sanitario e giuridico e viceversa. Per fare un esempio banale, ma che impatta notevolmente sull'affidabilità del dato e di conseguenza sui risultati che emergono dall'attività che su quel dato si fa sia in termini di statistica che di ricerca, si pensi a quanto il processo di dematerializzazione, che sta alla base di un corretto processo di digitalizzazione degli archivi analogici per fini di statistica e prevenzione, sia spesso ignorato.

Non si tratta quindi di formare esclusivamente competenze prettamente tecnologiche, ma di sviluppare skill interdisciplinari che consentano soprattutto alle posizioni di vertice di comprendere l'importanza delle opportunità offerte dalle nuove tecnologie per innovare i processi e supportare il cambiamento.

Lo sviluppo di un sistema regolatorio uniformato a livello comunitario con tutta probabilità deve essere letto come fonte di competitività positiva sia tra gli operatori di mercato, che vorranno sviluppare servizi "trust" di altissimo livello per acquisire fette di mercato, sia tra le differenti nazioni per poter vantare una posizione di preminenza dal punto di vista del servizio alla popolazione.

In Europa il confronto è stato instaurato principalmente su alcuni elementi che rappresentano le differenti "visioni" degli stati membri: interoperabilità dei dati, esigenza di distinguere tra dati di interesse pubblicisti e dati di tipo privato e sicurezza per la protezione del dato.

Nel nostro Paese recentemente è stato dato mandato per un intervento di semplificazione e razionalizzazione sul Codice dell'Amministrazione Digitale, che accoglierà gli interventi necessari ad uniformare la regolamentazione nazionale a quella di recente emanazione unionale. Sarà un'importante occasione per affrontare un tema caro a chi si occupa di archivi digitali: la necessità di differenziare le tipologie documentali. I dati e i documenti che devono essere disponibili per periodi di tempo illimitato (come nel caso di dati utili alla ricerca e alla statistica e non solo) è giusto che seguano un iter gestionale altamente accurato, gli altri potrebbero seguirne uno "alleggerito", in modo tale da non appesantire i processi in modo ingiustificato.

Il percorso è ancora lungo, ma la strada intrapresa potrebbe portare il giusto riconoscimento alle imprese e ai professionisti italiani per gli investimenti fatti in passato e guardare con coraggio verso un futuro digitale poggiato su memorie affidabili.

FUNZIONANO LE MISURE PER RIDURRE LE AGGRESSIONI AL PERSONALE SANITARIO?

A cura del coordinatore: **Enrico Mirante**, Direttore UOC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza del Dea 1 Ospedale S Eugenio di Roma.

Sono intervenuti:
Simona Autunnali, Tesoriere SNAMI
Ivan Iacob, Segretario generale AUPI
Letizia Drogo, Dirigente Psicologo ASP Agrigento
Federica Dieni, già Deputato, Vicepresidente COPASIR, Presidente Unione Interparlamentare Italia-Romania
Pierino Di Silverio, Segretario nazionale Anaao Assomed
Angela Vacca, Presidente SIVeMP e componente dell'ONSEPS
Angelo Testa, Presidente SNAMI
Massimo Ughi, Coordinatore del gruppo aziendale per la prevenzione delle aggressioni al personale sanitario Azienda USL Toscana nord ovest
Silvia Vaccari, Presidente Federazione Nazionale degli Ordini della Professione Ostetrica (FNOPO).

Aggressioni – statistiche

Il personale sanitario in generale, ed in particolare quello che ha contatti più continuativi con l'utenza, è particolarmente esposto ad atti di violenza ed aggressioni sul posto di lavoro.

Le aggressioni hanno un impatto estremamente negativo sulla persona, sulla vita professionale e sul clima lavorativo e sono una delle principali cause di abbandono del posto di lavoro da parte del personale sanitario.

Il personale dei reparti psichiatrici, quello dei Pronto Soccorso e dell'emergenza territoriale sono i più esposti al fenomeno.

I luoghi associati al maggior rischio di aggressione in senso lato sono i servizi di emergenza e le strutture territoriali del S.S.N.

Nelle ASL del Lazio sono riportati tassi annui di incidenza attorno al 10% per la violenza fisica e superiore al 30% per la violenza verbale; le aggressioni riguardano per il 57.9% il personale infermieristico, per il 13.6% il personale medico e per l'11.4% il personale OSS.

Nel 2024 si è osservato un aumento delle aggressioni dell'11.7% rispetto al 2023: nei primi tre mesi del 2025 si è verificato un aumento del 37% rispetto al 2024.

Solo una parte minima delle aggressioni viene denunciata alla pubblica sicurezza o agli organi interni del servizio sanitario.

Perché avvengono le aggressioni?

Contesto ambientale, utenza e comunicazione

Il fenomeno delle aggressioni al personale sanitario origina certamente da cause complesse e che riguardano aspetti sociali, culturali ed organizzativi.

L'aumento delle aspettative di cura e la inadeguatezza delle risposte, soprattutto da parte della Sanità territoriale, favoriscono l'insorgenza di tensione tra utenza e operatori sanitari, che possono sfociare in aggressioni a carico degli operatori sanitari.

La inadeguatezza delle risposte a livello territoriale inducono i cittadini a rivolgersi impropriamente al Pronto Soccorso, facilitandone il sovraccarico.

Aspetti socio-culturali, stress emotivo, disfunzioni organizzative e una comunicazione talvolta inadeguata accentuano il rischio di aggressioni.

Fattori emotivi e psicologici, quali la paura, l'ansia, il dolore fisico e la preoccupazione dei familiari per le condizioni dei propri cari creano, in contesti delicati come il Pronto Soccorso, un ambiente ad alto rischio di aggressioni.

La carenza di personale riduce il tempo per la comunicazione, aumentando il rischio di incomprensioni

Tra i fattori socio-culturali, certamente giocano un ruolo il ridotto riconoscimento del ruolo sociale del personale sanitario nonché campagne di informazione, anche tramite i social media, spesso a carattere sensazionalistico e talora denigratorio.

La sicurezza degli operatori ha a che vedere anche con l'adeguatezza (ed il decoro) degli ambienti di lavoro e con l'adeguatezza degli organici (carenza di personale medico e delle professioni sanitarie).

Lavorare in ambienti inadeguati o isolati, con condizioni di sicurezza inadeguata, soprattutto se da soli, sono considerati chiari fattori di rischio per le aggressioni.

CONTESTO NORMATIVO

La Raccomandazione n. 8 2007 del Ministero della Salute prevede:

- programma di Prevenzione da parte delle Aziende Sanitarie;
- impegno della Direzione per la sicurezza presso le Strutture;
- istituzione di un Gruppo di Lavoro Aziendale, che include:
  - un referente della Direzione Sanitaria;
  - un referente Affari legali e/o Gestione delle Risorse Umane;
  - un responsabile Servizio Prevenzione e Protezione;
  - un rappresentante delle Professioni Infermieristiche;
  - un rappresentante della Professione Medica;
  - un rappresentante Servizio di Vigilanza.

Misure sanzionatorie e modifiche al Codice Penale

La Legge 113/2020 -"*Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni*":

- con l'Art 2. istituisce l'"Osservatorio Nazionale sulla Sicurezza Esercenti le Professioni Sanitarie (ONSEPS)";
- con l'Art 61 n.11 octies c.p. introduce l'aggravante, con aumento di pena per i delitti commessi con violenza o minaccia in danno di esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie, incluso le attività ausiliarie, nell'esercizio delle loro funzioni;
- con l'Art 8. Istituisce la Giornata Nazionale;
- con l'Art 61 c.p. e secondo comma art.582 quater c.p. individua una figura autonoma di reato rispetto a quella di lesione personale (art.582 c.p.);
- con l'Art.6 introduce la procedibilità d'ufficio e l'Arresto in Flagranza;
- prevede la realizzazione di protocolli operativi con le forze di Polizia per tempestivo intervento.

Il D.L. 137/2024, convertito in L. 171/2024, ha introdotto:

- l'arresto obbligatorio in flagranza e in flagranza differita (entro 48 ore) per lesioni e danneggiamenti, con pene fino a 5 anni di reclusione, aumentabili se il fatto è commesso da più persone;

- multa fino a 10000 euro per danneggiamento;
- procedibilità d'Ufficio (per lesioni e percosse).

Le lesioni personali che riguardano il personale sanitario vengono annoverate tra quelle dell'articolo 583 quater del c.p., che riguardano i pubblici ufficiali. Viene riconosciuta l'aggravante prevista nell'articolo 61 cp, anche in caso di aggressione a personale sanitario. Con successive modifiche del Codice Penale è stata introdotta la procedibilità d'ufficio e la pena detentiva indipendentemente dalla gravità dei fatti, mentre prima la legge considerava solo le lesioni personali gravi. A ottobre del 2024 è stato approvato il decreto-legge n. 137, convertito in legge 171 a novembre 2024. Questa legge prevede l'arresto in flagranza o flagranza differita e aggravi di pena per chi aggredisce il personale sanitario o danneggia beni all'interno delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche o private.

L'aver indicato il luogo preciso dove le aggressioni vengono punite, esclude dall'applicazione della legge tutti quegli episodi e quindi i professionisti che vengono aggrediti presso stabilimenti, domicili o aree di privati, non potendo rientrare nell'applicazione della legge neanche i danni dei beni dell'azienda che si verificano sul territorio, alle macchine di servizio, alle attrezzature portatili etc.

Anche l'arresto in differita entro 48 ore dall'evento risulta poco applicabile agli operatori del territorio che non possono contare su sistemi di videosorveglianza o di altri supporti, anche per la lontananza dai centri operativi o dai presidi di polizia.

Per ciò che concerne la possibilità di arresto in flagranza differita, questa è effettivamente subordinata alla possibilità di accedere, da parte dell'Autorità Giudiziaria, a "documentazione videofotografica o di altra documentazione legittimamente ottenuta da dispositivi di comunicazione informatica o telematica, dalla quale emerga inequivocabilmente il fatto, ne risulta autore" (art. 382 bis C.P.P.). Come noto, però, l'installazione della videosorveglianza non è possibile se non dopo la conclusione di percorsi autorizzativi, spesso lunghi e complessi.

La norma parla di elementi utili affinché da essi "[…] emerga inequivocabilmente il fatto, e chi ne risulta autore". Sul punto, non di rado, nascono confronti con le Forze dell'Ordine sulla qualità minima che deve possedere il sistema di videosorveglianza in relazione alla possibilità del riconoscimento fac-

ciale. In tema di riprese video, inoltre, non di rado il personale (in generale, ma ancor più quello che si occupa di assistenza domiciliare), chiede la possibilità di indossare BodyCam. Questi dispositivi mal si configurano all'interno del percorso autorizzativo ex art. 4 della L. 300/70 ma, in ogni caso, portano con sé elementi di gestione della privacy non facilmente gestibili. Il loro uso potrebbe essere un buon deterrente soprattutto per le attività da svolgersi presso i domicili e nelle zone esterne (es. medicina territoriale- 118).

CONCLUSIONI E PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO

La sicurezza degli operatori sanitari deve essere affrontata con un approccio sistematico su più livelli: gestionale/organizzativo legislativo/istituzionale, culturale.

Coerentemente con la Raccomandazione MS n. 8/2007 è atteso che le Aziende provvedano a:

- implementare un sistema atto a facilitare ed incoraggiare il personale a segnalare prontamente gli episodi subiti;
- costituire il gruppo di lavoro previsto dalla Raccomandazione ministeriale n. 8/2007 al fine di analizzare le segnalazioni e di individuare le azioni preventive e protettive;
- definire il sistema di supporto psicologico alla vittima dell'aggressione e l'opportunità di accesso alla consulenza legale attraverso i legali aziendali;
- realizzare azioni di valutazione del rischio di aggressioni presso le strutture cominciando da quelle ritenute a maggior rischio quali i Pronti Soccorso, proseguendo con altri setting assistenziali;
- implementare un adeguato corpo di vigilanza ed un relativo sistema di attivazione comprensivo dell'eventuale installazione di pulsanti antiaggressione;
- realizzare accordi con le Forze dell'Ordine e installare videocamere di sorveglianza;
- analizzare i livelli di rischio di aggressione delle postazioni di guardia medica, provvedendo, laddove ritenuto opportuno, allo spostamento delle stesse presso luoghi meno isolati;
- implementare l'utilizzo di dispositivi tipo smartwatch, o altri dispositivi di telesoccorso e geolocalizzazione a beneficio degli operatori dell'emergenza territoriale o della Continuità Assistenziale allo scopo di migliorare i livelli di sicurezza;
- organizzare la formazione/informazione sul tema.

I medici veterinari svolgono funzioni finalizzate a garantire la sicurezza alimentare attraverso controlli di filiera, che iniziano nell'allevamento e presidiano tutte le fasi della catena alimentare... Nei loro compiti rivestono la qualifica di pubblici ufficiali e in presenza di reati rivestono la qualifica di ufficiali di polizia giudiziaria, ma nonostante il loro importante ruolo e le regole dell'anticorruzione prevedano che tali controlli vengano svolti in team, queste funzioni in molte realtà territoriali vengono attuate in modo individuale, senza supporto di altri colleghi o tecnici e questo a causa della cronica carenza di personale, presente tutt'oggi in molte regioni italiane.

Dall'attività di controllo possono scaturire sanzioni, blocco di merci o allevamenti, denunce, chiusura di stabilimenti, causa talvolta di perdita di sovvenzioni comunitarie

È evidente che le motivazioni che spingono molti utenti ad aggredire i veterinari sono riconducibili a interessi economici, spesso sono premeditate e non legate a impeti emotivi, come spesso accade nel caso di assistenza ai piccoli animali o nelle aggressioni ai medici e infermieri ritenuti dal paziente o dai familiari i veri responsabili della mancata risposta alle loro attese, anziché ragionare in termini più ampi, sulle inefficienze del Sistema Sanitario Nazionale.

CRITICITÀ EMERSE E DIVERGENZE

In alcuni procedimenti penali che coinvolgono operatori che hanno subito aggressioni e oltraggi presso stabilimenti privati, sono emerse alcune criticità:

il reato di oltraggio a pubblico ufficiale, articolo 341 del cp, per definizione si applica solo se il fatto oggetto di denuncia avviene in luogo pubblico o aperto al pubblico. Qualsiasi struttura privata, dove il professionista può essere vilipeso e oltraggiato, oltreché aggredito, non vengono considerati luoghi pubblici o aperti al pubblico. Sarebbe quindi opportuno che il reato di oltraggio a pubblico ufficiale, quando riguarda i sanitari, venisse esteso ai luoghi privati dove operano i sanitari della prevenzione e quelli dell'assistenza.

Altro aspetto evidenziato in altri procedimenti penali per aggressione, riguarda l'applicazione della non punibilità per tenuità del fatto (art. 131 bis c.p.) previsto dalla cosiddetta "riforma Cartabia". Nel caso di aggressione che non ha causato danni evidenti al malcapitato, l'applicazione di questa norma sembra contrastare la volontà del legislatore nel caso di aggressione ai sanitari, per i quali si procede …"indipendentemente dalla gravità dei fatti". Anche in questo caso sarebbe opportuno prevedere l'esclusione di tale articolo di legge in caso di violenza ai sanitari.

CONCLUSIONI E PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO

È utile proporre, oltre a percorsi formativi/informativi rivolti alle scuole ed alla cittadinanza, la sensibilizzazione verso una formazione professionale che comprenda anche le "non technical skills".

Questo tipo di formazione dovrebbe aiutare i professionisti a migliorare le capacità di comunicazione, riconoscere i comportamenti a rischio, ad utilizzare tecniche di de-escalation.

La carenza di personale viene identificata come una delle cause principali delle aggressioni conseguenti a ritardi nell'erogazione dei servizi nei casi dell'assistenza alla persona: una misura organizzativa essenziale pertanto è rappresentata dall'incremento degli organici soprattutto nelle realtà a maggior rischio di aggressioni.

I danni materiali subiti dal dipendente a seguito di atti intimidatori/ritorsivi devono essere totalmente rimborsati o dalle ASL attraverso assicurazioni o fondi di solidarietà nazionali, o dalle regioni con emanazione di leggi regionali ad hoc.

Al fine di ridurre l'impatto negativo che questo fenomeno ha sui lavoratori è necessario l'impegno costante di regioni e ASL. Le regioni devono adottare atti vincolanti per le ASL che non possono esimersi dal tutelare chi opera in nome e per conto dell'azienda, l'aggressione al sanitario deve essere considerata aggressione all'azienda. Nei procedimenti penali le aziende dovrebbero costituirsi parte civile e affiancare costantemente il dipendente nel lungo percorso giudiziario.

Qual è l'impatto reale dell'AI in Sanità

A cura del coordinatore:

Alberto Bozzo, DPO e Chief Artificial Intelligence Officer. Membro della Commissione informatica e AI presso Unione Triveneta dei Consigli dell'Ordine degli Avvocati

Sono intervenuti**:**

Annarosa Farina Chief Information Officer, Chief Data Officer Gruppo Istituto Europeo di Oncologia (IEO)

Angelo Rossi Mori Già Ricercatore CNR-ITB

Giuliano Calabrese Platform Integration & Assurance Director Gruppo Lutech

Danilo Benedetti Docente di tecnologie avanzate presso LUMSA

Diego De Renzis Esperto di Cybersecurity e AI, CEO & Co-Founder del progetto picTRUE

Fabio Persia Università degli Studi dell'Aquila e Fondazione VITALITY – Ecosistema di innovazione, digitalizzazione e sostenibilità per l'economia diffusa nell'Italia centrale, SPOKE 1 – MEGALITHIC

Beatrice Delfrate Dirigente informatico presso AGENAS

Sarah Ungaro Vice Presidente ANORC Professioni

Maria Nefeli Gribaudi Avvocato del foro di Milano, Leads (Donne leader in sanità), Esperta in responsabilità sanitaria

Barbara Porcelli Dirigente di Unità Operativa Complessa con incarico di Direzione ASL Roma 2

Il Tavolo "AI in Sanità" ha affrontato il tema della trasformazione tecnologica nel sistema sanitario italiano, interrogandosi su come l'intelligenza artificiale possa migliorare diagnosi, cura, efficienza e sostenibilità, mantenendo al contempo la centralità della persona e la qualità relazionale della cura.

Il confronto si è sviluppato a partire dalla consapevolezza che l'AI rappresenta una rivoluzione in corso con impatti reali e concreti, ma richiede una governance solida, regole chiare, trasparenza nei processi decisionali e una gestione attenta del fattore umano. La tavola rotonda si colloca come spazio di riflessione strategica su come governare questa trasformazione senza compromettere gli aspetti etici, relazionali e sociali della sanità pubblica.

Fondamenta Tecnologiche e Infrastrutture

Un nucleo centrale del confronto ha riguardato le piattaforme dati e l'interoperabilità tra sistemi. È stato sottolineato come l'AI in sanità non possa funzionare senza fondamenta solide: piattaforme dati integrate, interoperabilità tra standard eterogenei (FHIR, HL7, DICOM, CDA, IHE, SDA, OMOP, XML), e sicurezza robusta.

Annarosa Farina ha illustrato come IEO e Centro Cardiologico Monzino gestiscono 1,2 milioni di pazienti con 8 diversi standard di interoperabilità, affrontando la sfida cruciale dell'80% di dati medici non strutturati (referti, note cliniche). **Angelo Rossi Mori** ha evidenziato l'importanza di evitare la creazione di nuovi silos informativi, sottolineando il ruolo del Fascicolo Sanitario Elettronico come elemento di connessione. **Giuliano Calabrese** ha affrontato le sfide di integrazione di sistemi AI eterogenei all'interno di infrastrutture complesse, con focus su assurance e qualità.

Sicurezza e Protezione dei Dati

La sicurezza è emersa come elemento critico. **Danilo Benedetti** ha identificato le vulnerabilità specifiche dei sistemi AI in ambito sanitario, sottolineando le misure imprescindibili per proteggere i dati clinici sensibili. **Diego De Renzis** ha illustrato i rischi concreti di manipolazione delle immagini diagnostiche attraverso deepfake, proponendo la blockchain come strumento per garantire tracciabilità e autenticità. È stato evidenziato il "dual use" dell'AI: se da un lato può rafforzare la sicurezza dei sistemi sanitari, dall'altro introduce nuovi rischi come potenziale vettore di attacco.

Applicazioni Concrete e Validazione Clinica

La tavola rotonda ha confermato che l'AI non è fantascienza, ma è già realtà operativa in sanità. Annarosa Farina ha presentato sistemi concreti in produzione: X-RAIS per l'analisi automatica delle mammografie, sistemi di NLP per l'estrazione automatica di terapie e biomarcatori (ER, PGR, HER2, Ki67) che trasformano dati non strutturati in dati strutturati. È stato sottolineato come ogni sistema AI deve essere validato scientificamente con meccanismi di controllo umano e evidenze quantitative di efficacia.

Angelo Rossi Mori ha affrontato le opportunità e i rischi dell'utilizzo di Large Language Model generativi (come ChatGPT) in ambito clinico, sottolineando la necessità di garantire affidabilità e verificabilità scientifica delle informazioni generate.

Monitoraggio Continuo e IoT

Fabio Persia ha illustrato il framework di Complex Event Processing per il monitoraggio continuo di pazienti diabetici, evidenziando i vantaggi rispetto ai sistemi tradizionali e le sfide nell'elaborazione in tempo reale di grandi volumi di dati da dispositivi indossabili e sensori IoT. È stata sottolineata l'importanza di addestrare modelli di AI su dati sanitari eterogenei provenienti da fonti diverse (wearable, cartelle cliniche, sensori ambientali) mantenendo validazione clinica e sicurezza.

Governance Nazionale e PNRR

Beatrice Delfrate ha affrontato le principali sfide di governance della Piattaforma di AI per le cure primarie (MMG), sottolineando l'importanza di garantire usabilità sul territorio e definendo i percorsi di Formazione/Informazione AGENAS. Ha evidenziato le criticità nell'armonizzazione e nell'interoperabilità dei dati sanitari tra le diverse regioni italiane, proponendo l'AI come strumento per superare queste frammentazioni.

Telemedicina e Integrazione Territoriale

Beatrice Delfrate, in qualità di componente del Comitato Tecnico Scientifico della Società Italiana di Telemedicina, ha illustrato il ruolo dell'AI nel potenziare i servizi di telemedicina e nelle Centrali Operative Territoriali (COT), enfatizzando i requisiti minimi di sicurezza del dato e privacy. È stato sottolineato come la SIT gioca un ruolo chiave nel promuovere l'adozione della telemedicina e dell'AI in sanità in Italia, coordinando le esperienze regionali e garantendo standard comuni.

Quadro Normativo e Compliance

Sarah Ungaro ha affrontato l'impatto del nuovo Regolamento europeo sull'AI (AI Act) sul settore sanitario italiano, identificando gli obblighi specifici che dovranno rispettare le strutture sanitarie che utilizzano sistemi di AI ad alto rischio per applicazioni diagnostiche o terapeutiche. Ha sottolineato la necessità

di conciliare l'esigenza di alimentare i modelli di AI con grandi quantità di dati clinici con la protezione della privacy dei pazienti secondo il GDPR, definendo le misure tecniche e organizzative necessarie per la compliance.

Responsabilità Medica e Consenso Informato

Maria Nefeli Gribaudi ha affrontato le nuove frontiere della responsabilità medica quando le decisioni cliniche sono supportate da sistemi AI. È stata analizzata la ripartizione della responsabilità tra medico, struttura sanitaria e fornitore del sistema in caso di errore diagnostico o terapeutico. È emersa la criticità del consenso informato: come garantire che il paziente sia realmente informato quando spesso nemmeno i medici comprendono appieno il funzionamento degli algoritmi di machine learning ("black box")? È stata sottolineata l'importanza di strumenti giuridici e organizzativi per gestire il rischio clinico associato all'uso dell'AI.

Impatto sulle Professioni Sanitarie

Barbara Porcelli ha illustrato come l'AI cambierà il lavoro quotidiano degli infermieri e delle altre professioni sanitarie, identificando le nuove competenze da acquisire e le figure professionali da introdurre. Ha sottolineato come nell'assistenza territoriale e domiciliare, l'AI può migliorare l'efficienza e la qualità, ma ci sono specificità dell'assistenza infermieristica che l'AI non potrà mai sostituire e che devono rimanere prerogativa umana.

Competenze e Formazione

Danilo Benedetti ha affrontato le competenze tecniche e di sicurezza che i professionisti sanitari dovrebbero acquisire per interagire in modo sicuro ed efficace con i sistemi di AI generativa, incluso il prompt design. È stata sottolineata l'importanza di una formazione che garantisca consapevolezza dei rischi etici e di sicurezza.

Sarah Ungaro ha identificato le nuove figure professionali indispensabili per accompagnare la trasformazione digitale nelle strutture sanitarie, sottolineando il ruolo di ANORC Professioni nella certificazione di professionisti della digitalizzazione.

Resistenze e Change Management

Barbara Porcelli ha identificato le principali resistenze e preoccupazioni tra il personale sanitario rispetto all'introduzione dell'AI, proponendo strate-

gie di sensibilizzazione e formazione ritenute più efficaci. Annarosa Farina ha illustrato gli ostacoli culturali e organizzativi incontrati nella trasformazione di IEO in azienda data- driven, sottolineando come costruire una cultura della fiducia nei confronti degli algoritmi senza perdere il primato del giudizio clinico umano.

Equilibrio tra Tecnologia e Umanità

Diego De Renzis ha sottolineato l'importanza cruciale dell'equilibrio tra tecnologia e umanità, evidenziando come garantire che l'introduzione dell'AI in sanità non comprometta il rapporto fiduciario medico-paziente e la dimensione umana della cura.

Visione Strategica e Innovazione

Giuliano Calabrese ha offerto una prospettiva storica sull'evoluzione dell'AI, dalla AI simbolica e dai sistemi esperti degli anni 90 ai modelli di machine learning e deep learning attuali, identificando lezioni rilevanti dal passato.

Fabio Persia ha illustrato come il progetto VITALITY sta contribuendo allo sviluppo della salute digitale nell'Italia centrale, con focus su wearable, Ambient Assisted Living e elaborazione di health big data.

Angelo Rossi Mori ha fornito raccomandazioni ai decisori pubblici e ai manager sanitari per definire una strategia nazionale di introduzione dell'AI in sanità che sia sostenibile, equa e garantisca trasparenza dei processi decisionali algoritmici.

Diego De Renzis ha raccomandato strumenti di valutazione e monitoraggio continuo per garantire la sicurezza informatica delle strutture sanitarie nell'era dell'AI.

Dal confronto emerge un consenso forte su diversi punti fondamentali:

L'AI è già realtà operativa: Non è fantascienza, ma è presente con sistemi concreti in produzione (X-RAIS per mammografie, NLP per biomarcatori, CEP per monitoraggio diabetici, piattaforme PNRR per MMG).

Le fondamenta sono prerequisiti: Piattaforme dati integrate, interoperabilità tra standard, sicurezza robusta sono imprescindibili per il funzionamento dell'AI in sanità.

La validazione clinica è cruciale: Ogni sistema AI deve essere validato scientificamente con meccanismi di controllo umano e evidenze quantitative di efficacia.

Il quadro normativo si sta definendo: AI Act e GDPR forniscono regole chiare. Le strutture sanitarie devono prepararsi agli obblighi di compliance, ma anche alla gestione della responsabilità e del consenso informato.

Il fattore umano è centrale: L'AI cambia il lavoro dei professionisti sanitari e richiede nuove competenze, ma non sostituisce la dimensione umana della cura. Servono formazione, sensibilizzazione e gestione delle resistenze.

Serve una strategia nazionale coordinata: Con indicatori chiari di valutazione, ecosistemi di innovazione territoriale, trasferimento tecnologico e una visione di lungo periodo. La Società Italiana di Telemedicina gioca un ruolo chiave nel coordinare le esperienze regionali.

L'equità e l'accesso sono prioritari: L'AI deve contribuire a ridurre le diseguaglianze di accesso, non ad aumentarle. La telemedicina e i sistemi di monitoraggio continuo possono superare alcune barriere geografiche e organizzative.

CRITICITÀ EMERSE E DIVERGENZE

Nonostante il consenso generale, sono emerse diverse criticità:

Distanza tra principi e pratiche: L'AI è spesso richiamata nei documenti programmatici, ma raramente tradotta in scelte operative coerenti. I vincoli di bilancio, la carenza di personale e la frammentazione dei servizi rendono difficile applicare modelli realmente centrati sulla persona e sulla sicurezza.

Vulnerabilità e rischi di sicurezza: I sistemi AI in sanità presentano vulnerabilità specifiche. Il rischio di manipolazione delle immagini diagnostiche attraverso deepfake è concreto. L'AI stessa può essere utilizzata come vettore di attacco.

Interoperabilità ancora incompleta: Nonostante i progressi, l'interoperabilità tra sistemi rimane una sfida. Il rischio di creare nuovi silos informativi è reale, soprattutto con la proliferazione di sistemi AI eterogenei sviluppati da fornitori diversi.

Consenso informato e "black box": Come garantire che il paziente sia realmente informato quando spesso nemmeno i medici comprendono appieno il funzionamento degli algoritmi? Il consenso informato con sistemi AI "black box" rimane una sfida critica.

Responsabilità in caso di errore: La ripartizione della responsabilità tra medico, struttura sanitaria e fornitore del sistema AI in caso di errore diagnostico o terapeutico rimane ancora poco chiara dal punto di vista legale.

Resistenze culturali: Il personale sanitario esprime preoccupazioni rispetto all'introduzione dell'AI, temendo la sostituzione del giudizio clinico umano e la perdita della dimensione relazionale della cura.

Formazione insufficiente: La formazione del personale sanitario su AI, prompt design, sicurezza e aspetti etici rimane insufficiente. Mancano figure professionali certificate per accompagnare la trasformazione digitale.

Frammentazione regionale: Le diverse regioni italiane gestiscono i dati sanitari in modo diverso, rendendo difficile l'armonizzazione e l'interoperabilità. L'AI può aiutare, ma serve una strategia nazionale coordinata.

Misurazione dell'impatto: Manca una condivisione su indicatori e strumenti capaci di valutare l'impatto reale dell'AI in sanità, sia in termini di efficacia clinica che di qualità della relazione medico-paziente.

CONCLUSIONI E PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO

Raccomandazioni Strategiche

- **Investimento in Infrastrutture Solide**
  - Sviluppare piattaforme dati integrate con standard di interoperabilità condivisi
  - Garantire sicurezza robusta e protezione dei dati clinici sensibili
  - Implementare meccanismi di tracciabilità e autenticità (blockchain) per immagini diagnostiche

- **Governance Nazionale Coordinata**
  - Definire una strategia nazionale di introduzione dell'AI in sanità con indicatori chiari di valutazione
  - Coordinare le esperienze regionali attraverso la Società Italiana di Telemedicina
  - Garantire standard comuni e interoperabilità tra sistemi regionali

- **Validazione Clinica e Controllo Qualità**
  - Rendere obbligatoria la validazione scientifica di ogni sistema AI prima della implementazione
  - Implementare meccanismi di controllo umano e audit regolari
  - Definire evidenze quantitative di efficacia (accuratezza diagnostica, riduzione falsi negativi, tempo di refertazione)

- **Compliance Normativa e Gestione della Responsabilità**
  - Preparare le strutture sanitarie agli obblighi dell'AI Act e del GDPR
  - Definire chiaramente la ripartizione della responsabilità tra medico, struttura e fornitore
  - Sviluppare strumenti giuridici e organizzativi per la gestione del rischio clinico

- **Consenso Informato e Trasparenza**
  - Garantire trasparenza nei processi decisionali algoritmici
  - Educare pazienti e operatori sulla "black box" dell'AI

- Sviluppare modelli di consenso informato specifici per l'uso di AI in sanità

- **Formazione e Competenze**
  - Investire in formazione interdisciplinare continua per professionisti sanitari
  - Sviluppare programmi di prompt design, sicurezza e aspetti etici dell'AI
  - Certificare nuove figure professionali per accompagnare la trasformazione digitale

- **Change Management e Sensibilizzazione**
  - Implementare strategie di sensibilizzazione e formazione per superare le resistenze culturali
  - Coinvolgere il personale sanitario nei processi di implementazione dell'AI
  - Costruire una cultura della fiducia negli algoritmi senza perdere il primato del giudizio clinico umano

- **Monitoraggio Continuo e Valutazione dell'Impatto**
  - Sviluppare indicatori per valutare l'impatto reale dell'AI in sanità (efficacia clinica, qualità relazionale, equità di accesso)
  - Implementare sistemi di monitoraggio continuo della sicurezza informatica
  - Condurre audit regolari sui sistemi AI in produzione

- **Equità e Accesso**
  - Garantire che l'AI contribuisca a ridurre le diseguaglianze di accesso, non ad aumentarle
  - Sviluppare soluzioni di telemedicina e monitoraggio continuo per territori fragili Assicurare alfabetizzazione digitale per pazienti e operatori

- **Ecosistemi di Innovazione Territoriale**
  - Supportare progetti come VITALITY per lo sviluppo della salute digitale

- Promuovere il trasferimento tecnologico dai centri di ricerca alle strutture sanitarie
- Coordinare le esperienze regionali e le migliori pratiche

MESSAGGI CHIAVE EMERSI

- **Fondamenta solide sono prerequisiti**: Piattaforme dati integrate, interoperabilità tra standard, sicurezza robusta sono le fondamenta senza le quali l'AI non può funzionare.
- **L'AI è già realtà operativa**: Non è fantascienza, è presente con sistemi concreti in produzione. Abbiamo visto X-RAIS per mammografie, NLP per biomarcatori, CEP per monitoraggio diabetici, piattaforme PNRR per MMG.
- **La validazione clinica è cruciale**: Ogni sistema AI deve essere validato scientificamente con meccanismi di controllo umano e evidenze quantitative di efficacia.
- **Il quadro normativo si sta definendo**: AI Act e GDPR forniscono regole chiare. Le strutture sanitarie devono prepararsi agli obblighi di compliance e alla gestione della responsabilità.
- **Il fattore umano è centrale**: L'AI cambia il lavoro dei professionisti sanitari e richiede nuove competenze, ma non sostituisce la dimensione umana della cura.
- **Serve una strategia nazionale coordinata**: Con indicatori chiari di valutazione, ecosistemi di innovazione territoriale e una visione di lungo periodo.
- **L'equità è prioritaria**: L'AI deve contribuire a ridurre le diseguaglianze di accesso, non ad aumentarle.

Le riflessioni e le proposte emerse da questa tavola rotonda rappresentano un contributo concreto al Libro Bianco Welfair sull'AI in Sanità, che funge da sintesi del presente e proposta per il futuro. Il documento offre indicazioni operative per orientare le politiche sanitarie future, con raccomandazioni rivolte a decisori pubblici, manager sanitari, professionisti e pazienti.

La tavola rotonda ha confermato che una sanità più umana non è solo eticamente auspicabile, ma clinicamente più efficace e socialmente più giusta. L'AI, se governata correttamente con fondamenta solide, governance chiara, validazione rigorosa e attenzione al fattore umano, può contribuire significativamente a questo obiettivo

Riflessioni sul SSN

che accolgono le analisi emerse nella Plenaria dei Direttori Generali tenutasi a Welfair, la fiera del fare Sanità

Il Servizio Sanitario Nazionale: tra eredità storica e sfide del futuro

1. Breve storia della sanità pubblica: tra ideali e rincorsa alla sostenibilità

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) nasce nel **1978** come una vera rivoluzione sociale. Fondato sui pilastri di **universalità, uguaglianza ed equità**, il sistema fu istituito per garantire cure a ogni cittadino senza distinzioni, superando il vecchio modello delle "mutue". Prima di allora, l'assistenza dipendeva dall'appartenenza a fondi assicurativi diversi, creando disparità ingiuste e una giungla burocratica che penalizzava i più fragili.

Il ciclo delle riforme

Il cammino del SSN è stato segnato da continui tentativi di correzione, nati spesso dall'urgenza di far quadrare i conti:

- **Le origini:** Si puntava, con l'istituzione delle USL ad equilibrare domanda e offerta per ridurre le spese, eliminando le inefficienze del sistema mutualistico, ma la domanda di salute crebbe molto più velocemente delle risorse disponibili.

- **L'aziendalizzazione:** Negli anni '90, per arginare i costi, le USL divennero ASL, puntando su una gestione manageriale con autonomia gestionale e controllo della spesa, ma nemmeno questo bastò a fermare la crescita di inefficienze e diseconomie.
- **La regionalizzazione:** In un terzo tentativo di razionalizzazione, si è puntato sulla responsabilizzazione delle Regioni. Questo ha portato a una forte diversificazione territoriale, dove il diritto alla salute ha iniziato a dipendere sempre più dal codice postale di residenza.
- **Il ridimensionamento:** Negli ultimi anni, di fronte alla difficoltà di riformare strutturalmente il sistema, la strada scelta in nome della "sostenibilità" è stata spesso quella del semplice ridimensionamento dell'offerta.

A valle di questo lungo processo di riorganizzazione, il SSN odierno si fonda su alcuni cardini fondamentali:

- **Aziendalizzazione e Regionalizzazione:** Il sistema odierno poggia sulla Regionalizzazione che, a seguito della riforma del Titolo V della Costituzione, affida alle singole Regioni il governo politico ed economico della salute; e sull'Aziendalizzazione, che impone alle Aziende sanitarie pubbliche di operare, secondo criteri di efficienza manageriale, come vere e proprie aziende orientate al risultato.
- **Separazione tra ruoli** tra chi pianifica e chi cura. le Regioni (i committenti) hanno il compito di ascoltare i bisogni del territorio, decidere quali cure finanziare e vigilare sulla loro qualità. Dall'altra parte, le Aziende Sanitarie e i privati (i fornitori) sono i bracci operativi che si occupano della fornitura pratica delle cure. Questo sdoppiamento serve a garantire che chi eroga le prestazioni sia costantemente valutato da un ente superiore, assicurando (teoricamente) un uso più trasparente e mirato delle risorse pubbliche.
- **Integrazione Pubblico-Privato:** Il SSN ha da tempo abbandonato il monopolio statale per trasformarsi in un sistema a "rete mista". In questo sistema, il privato "accreditato" agisce come un braccio operativo del pubblico: eroga cure ai cittadini (che pagano solo il ticket o nulla) e riceve il rimborso direttamente dalla Re-

gione. Questa sinergia nata per offrire più scelta e velocità all'utente, coprendo i vuoti del pubblico soprattutto nella riabilitazione e nella specialistica, può funzionare solo se lo Stato mantiene una regia forte: è fondamentale che il privato non si limiti alle prestazioni più redditizie, ma sia parte di un progetto di salute collettivo e trasparente.

- **Spostamento verso il territorio:** L'obiettivo è superare il modello "ospedale-centrico", riservando i letti solo alle emergenze e alle fasi acute. Si punta a spostare il baricentro delle cure verso il territorio e il domicilio, potenziando la prevenzione e la gestione delle cronicità vicino al cittadino. Questa transizione mira a creare un filtro efficace che garantisca una presa in carico continua, evitando il congestionamento delle strutture ospedaliere.

Sebbene il SSN resti un'eccellenza mondiale, dalla fine degli anni '90 soffre di un cronico indebolimento negli investimenti e di un allontanamento dai suoi principi fondativi: universalismo e prevenzione. Il punto più critico resta la **medicina del territorio** (o sanità di comunità). In attesa dei frutti della nuova riforma (DM 77), questa "base della piramide" appare ancora troppo fragile per fungere da filtro efficace verso gli ospedali.

2. La sanità pubblica sta morendo? Analisi di una crisi strutturale

La domanda che oggi ci scuote è profonda: **la sanità pubblica sta davvero morendo?** La sfida non è più soltanto una questione di bilanci, ma un'emergenza sociale. Per anni le istituzioni hanno ignorato l'impatto del cambiamento demografico; oggi, invece, serve un modello di **sostenibilità intergenerazionale**. Non si tratta di "tagliare" per sopravvivere, ma di **costruire nuovi equilibri** che garantiscano ai nostri figli lo stesso diritto alla salute di cui abbiamo goduto noi.

Sperare che domani le cose migliorino da sole è un'illusione: il sistema sta soffocando sotto il peso di una popolazione che invecchia, di un personale esausto e di una burocrazia che paralizza ogni tentativo di innovazione.

Il fallimento di molte riforme risiede nel fatto che abbiamo cambiato i "contenitori" senza mai rinnovare i contenuti. È un gioco di specchi che ha prodotto paradossi evidenti:

- **Aziende più grandi, ma servizi identici:** abbiamo ridotto drasticamente il numero delle ASL (da 197 a 128) per risparmiare sui costi di gestione, ma non abbiamo colto l'occasione per ripensare i servizi erogati ai cittadini.
- **Blocco del turnover, ma mansioni congelate:** abbiamo smesso di assumere per anni, sguarnendo i reparti, ma non abbiamo aggiornato le competenze e le responsabilità di chi è rimasto in corsia.
- **Meno posti letto, ma logiche vecchie:** abbiamo tagliato i letti ospedalieri in nome dell'efficienza contabile, ma non abbiamo cambiato l'identità dell'ospedale, che resta un luogo congestionato e fermo a vecchi schemi organizzativi.
- **Infermiere laureato, ma ruolo bloccato:** abbiamo investito sulla formazione universitaria degli infermieri, ma li abbiamo lasciati prigionieri di modelli operativi obsoleti che ne mortificano la professionalità.

La fotografia dei numeri: un sistema sotto pressione

Per dare sostanza a questa crisi, occorre guardare ai dati reali, che mostrano un sistema in ritirata rispetto ai partner europei.

Strutture e Risorse: la contrazione dell'offerta

Il ridimensionamento fisico del SSN ha creato "giganti" burocratici e una carenza cronica di posti letto:

- **La rete ospedaliera:** Gli ospedali pubblici sono scesi drasticamente, passando dai **768** del 2000 ai soli **511** attuali.
- **Il taglio dei posti letto:** Dal 1997 a oggi abbiamo perso il **39,7%** della capacità ricettiva. Con una media nazionale di **3,1 posti letto per 1.000 abitanti**, l'Italia resta sensibilmente sotto i target minimi di sicurezza per gestire acuzie ed emergenze.
- **Le ASL "Mega-Aziende":** Il consolidamento amministrativo ha portato le ASL a gestire mediamente **458.792 abitanti** ciascuna, rendendo la personalizzazione delle cure una sfida titanica.

Personale: lo squilibrio professionale e anagrafico

Nonostante il numero assoluto di medici, il "fattore umano" è il vero punto debole del sistema:

- **Eccesso di specialisti e carenza di MMG:** su circa 320.000 medici, la stragrande maggioranza (260.000) è costituita da specialisti. I Medici di Medicina Generale (MMG) sono meno di 40.000: rappresentano solo il 12% del totale, a fronte di una media OCSE del 23%. Questo vuoto nella medicina di base indebolisce il primo contatto con il cittadino.
- **Carenza di Infermieri:** Contiamo 109.025 medici e 289.545 infermieri. Il rapporto **infermieri/medici di 1,3** è tra i più bassi d'Europa (in Germania è quasi il doppio). Senza infermieri, la medicina territoriale rimane sulla carta.

- **Il gelo generazionale:** L'esercito dei camici bianchi invecchia rapidamente: il **42,6% dei medici ha già superato i 55 anni**, con una quota di over-65 (20,6%) che doppia quella di Spagna e Germania.

Economia e accesso: il peso sulle famiglie

L'Italia soffre di un sottofinanziamento cronico che sposta l'onere economico direttamente sui cittadini:

- **Finanziamento pubblico:** l'Italia investe l'**8,6% del PIL** nella salute (di cui solo il 6,6% è pubblico), la quota più bassa tra i paesi del G7.
- **L'esplosione della spesa privata:** la spesa totale è di 185,1 miliardi, ma la quota sostenuta direttamente dalle famiglie ha raggiunto i **47,7 miliardi di euro**.
- **La barriera delle liste d'attesa:** questo squilibrio costringe il **9,9% della popolazione** (quasi 6 milioni di persone) a rinunciare alle cure. La motivazione principale è rappresentata dalle liste d'attesa, che colpiscono il 6,8% dei cittadini (dato triplicato rispetto al 2019).

Quadro Clinico: Vivere a lungo, ma malati

L'Italia vanta una longevità da primato, che però si traduce in una sfida gestionale senza precedenti:

- **Il "Gap di Fragilità":** sebbene l'aspettativa di vita sia di **83,5 anni** (4° posto OCSE), la vita in buona salute si ferma a **70,6 anni**. Questo crea un intervallo di quasi **13 anni** in cui il cittadino necessita di assistenza continua per cronicità.
- **L'epidemia della cronicità:** il **41,5%** della popolazione soffre di almeno una patologia cronica. La gestione è però fallimentare: l'aderenza terapeutica per patologie come la BPCO crolla al **7,5%**, segnale di una medicina territoriale che non riesce a seguire il paziente.

- **Il ruolo del Privato:** il settore privato accreditato è diventato strutturale, gestendo ormai il **30,6% dei posti letto totali**, con punte dell'**85%** nelle strutture residenziali e del **77%** nella riabilitazione.

La" sostenibilità" come diritto: oltre la logica dei tagli

Storicamente, la via politica più semplice per affrontare le crisi economiche è stata quella delle restrizioni lineari. Questo processo ha fatto ricadere il peso dei bilanci sulle spalle dei cittadini, trasformando lentamente il sistema da "equo" a "meno iniquo". Oggi, però, siamo chiamati a percorrere la strada più difficile ma necessaria: rispondere alle criticità con riforme profonde che abbiano il coraggio di toccare privilegi stratificati e prassi consolidate.

Dobbiamo chiarire cosa intendiamo per **sostenibilità**. Troppo spesso questo termine è stato usato come sinonimo di "de-finanziamento" o "compatibilità contabile". Al contrario, la sostenibilità che dobbiamo difendere è quella universale sancita dalla Costituzione: il principio del "dare tutto a tutti" che sfida il tempo. La nostra deve essere una "sostenibilità di guerra": una lotta senza quartiere all'anti-economicità, alla corruzione, alla burocrazia e agli anacronismi organizzativi.

La guerra agli sprechi: i mezzi per "fare salute"

Dobbiamo smettere di guardare alla sanità solo come un costo e iniziare a chiederci quali siano i mezzi necessari per produrre salute: capitali, servizi organizzati, competenze, partecipazione e conoscenza. Il vero nemico non è solo la scarsità di fondi, ma l'**anti-economicità del sistema**. Secondo AGENAS e GIMBE, circa **30 miliardi di euro** (un quarto della spesa totale) vengono dispersi ogni anno in inefficienze.

Queste risorse rimangono intrappolate in tre grandi sacche di inefficienza:

- **Modelli operativi anacronistici:** strutture e processi pensati per la medicina del secolo scorso che ignorano le moderne economie di scala.

- **Medicina difensiva:** un eccesso di esami e prescrizioni ordinati per timore di contenziosi legali, che gonfia le liste d'attesa senza produrre salute reale.
- **Opacità nel procurement:** una gestione degli acquisti frammentata e talvolta permeabile a speculazioni o corruzione.

Mentre molti propongono l'equazione "taglio dei servizi / spostamento verso il privato", noi proponiamo di ripartire dal taglio delle diseconomie. È immorale ridurre i diritti delle persone mantenendo intatti sovra-utilizzi e frodi.

Il corto circuito istituzionale: Stato vs Regioni

L'assetto previsto dall'**Articolo 117 della Costituzione** è diventato una delle fonti principali di instabilità. La ripartizione delle competenze tra Stato (che definisce i LEA e il finanziamento) e Regioni (che organizzano i servizi) genera tre criticità fondamentali:

- **Conflitto Economico:** Lo Stato tende a erogare il minimo indispensabile per tutelare altri settori del bilancio, mentre le Regioni premono per ottenere risorse crescenti per gestire la delega sanitaria.
- **Il Paradosso del Potere:** Paradossalmente, proprio mentre le Regioni ottenevano più potere legislativo (riforma del 2001), iniziava il declino della loro reale potestà di governo. Oggi assistiamo a un "centralismo di ritorno" guidato dal Ministero dell'Economia che, attraverso i Patti per la Salute e i commissariamenti, mette sotto tutela i territori in nome della compatibilità economica.
- **La Babele Digitale:** Nonostante la gestione dei dati sia teoricamente statale, la delega alle Regioni ha creato **21 modelli digitali diversi** e non comunicanti. Questa frammentazione impedisce una visione d'insieme del sistema e costringe i pazienti a muoversi in un labirinto burocratico tra referti cartacei e sistemi incompatibili.

Le conseguenze sui Cittadini

In questo scontro istituzionale, a pagare sono sempre i cittadini, specialmente nelle regioni più fragili. La ristrutturazione della spesa si trasforma spesso in

una **destrutturazione dei diritti fondamentali**. Le Regioni sono costrette a tagliare servizi essenziali (come i consultori), bloccare il turnover del personale e inserire ticket così elevati da spingere forzatamente verso il privato proprio chi dovrebbe essere maggiormente tutelato dal pubblico.

Conclusioni: verso il modello del "Valore"

Il SSN non ha bisogno di una semplice manutenzione, ma di una revisione profonda dei processi. È necessario un cambio di paradigma: passare dal **volume** (pagare per numero di prestazioni) al **valore** (pagare per risultati di salute reali).

Le quattro azioni urgenti:

- **Ripensare i ruoli:** Integrare realmente medici e infermieri, superando mansioni e gerarchie del secolo scorso.
- **Unicità Digitale:** Abbattere definitivamente le barriere regionali nei dati clinici attraverso un'infrastruttura nazionale condivisa.
- **Value-Based Procurement:** Superare la logica del "prezzo più basso" negli acquisti, premiando le tecnologie che migliorano gli esiti clinici e organizzativi nel lungo periodo.
- **Presa in carico territoriale:** Rinforzare la sanità di comunità (DM 77) per creare una base solida della piramide sanitaria in grado di filtrare l'eccesso di domanda sugli ospedali.

Solo abbandonando la logica dei "vincoli finanziari" per abbracciare quella degli "obiettivi di salute" potremo garantire ai posteri un sistema sanitario universale, equo e sostenibile.

3. Universalismo a rischio: un nuovo modello di alleanza sociale

Per superare l'attuale crisi sistemica, non è più sufficiente agire per compartimenti stagni. Serve un'integrazione reale e funzionale tra tutti gli attori in gioco: Stato e Regioni, pubblico e privato, fondi integrativi (secondo pilastro), Terzo Settore e assistenza informale. Solo un'alleanza corale può evitare che la sanità pubblica si trasformi in un sistema che istituzionalizza le disuguaglianze invece di combatterle. A proposito del Terzo settore chiariamo alcuni concetti di base.

Il Terzo Settore: da "ruota di scorta" a costruttore di Comunità

Per troppo tempo il volontariato è stato percepito come un semplice passatempo o, nella peggiore delle ipotesi, come un fornitore di servizi a basso costo per una Pubblica Amministrazione in affanno. È giunto il momento di una vera **rivoluzione culturale**: il Terzo Settore deve essere riconosciuto come un attore chiave del cambiamento, una figura attiva e lungimirante capace di intervenire dove lo Stato non arriva.

Chi opera negli **Enti del Terzo Settore (ETS)** non è un sognatore idealista, ma un **"custode del benessere sociale"** impegnato in una gamma infinita di interventi: dall'assistenza agli anziani alla gestione delle calamità, dall'educazione dei piccoli alla tutela dell'ambiente. Tuttavia, la piena realizzazione di questo ruolo richiede il superamento di logiche burocratiche e un'evoluzione strutturale basata su tre pilastri:

- **Integrazione e Organizzazione:** il Terzo Settore deve essere integrato stabilmente nel SSN attraverso una struttura professionale solida. È necessario evitare gli errori del passato, come la dispersione degli immensi patrimoni delle ex-IPAB, garantendo che le risorse siano finalizzate esclusivamente all'efficacia delle prestazioni rese.
- **Professionalizzazione e Formazione:** il salto di qualità necessario per generare vero valore sociale passa per la preparazione di

chi amministra gli ETS. Solo una governance competente può trasformare le associazioni da meri esecutori di compiti a progettisti di comunità, capaci di dialogare alla pari con le istituzioni.

- **Riconoscimento Istituzionale:** bisogna superare la narrazione della Pubblica Amministrazione che vede il volontariato come un semplice adempimento burocratico. Gli ETS sono i "costruttori di comunità" e meritano un apprezzamento che si traduca in una co-progettazione reale dei servizi di welfare.

In sintesi, un Terzo Settore organizzato ed efficace non è una risorsa marginale, ma il cuore di un nuovo modello sociale. Valorizzare queste persone e queste organizzazioni significa investire nella tenuta civile del Paese, passando da un approccio assistenziale a uno basato sulla cura condivisa del bene comune.

Il Welfare aziendale e le Mutue: oltre il corporativismo

Negli ultimi anni, il cosiddetto "secondo pilastro" della sanità ha assunto un ruolo centrale come strumento di sostegno al reddito. I benefit non monetari offerti dalle imprese – il **welfare aziendale** – sono cresciuti esponenzialmente grazie a politiche fiscali di favore. Sgravi e agevolazioni rendono l'offerta di servizi sanitari più vantaggiosa per l'azienda e per il dipendente rispetto a un tradizionale aumento in busta paga. In un contesto segnato dal blocco delle liste d'attesa, i fondi integrativi e le assicurazioni sanitarie sono diventati l'elemento più desiderato dai lavoratori, trasformandosi in una via d'uscita pragmatica alle inefficienze del pubblico.

Tuttavia, affinché questo modello non mini le fondamenta dell'universalismo, è necessario affrontare tre sfide cruciali:

- **Integrazione Obbligatoria e Trasparenza:** le mutue non devono operare come un sistema parallelo e opaco. La scadenza del **marzo 2026**, che prevede l'integrazione obbligatoria dei dati delle mutue nel **Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)**, rappresenta un passaggio vitale. Solo rendendo queste tutele un'estensione tracciabile del SSN si può garantire la continuità delle cure e il monitoraggio pubblico della salute collettiva.
- **Dalla Cura alla "Produzione di Salute":** il limite culturale del mutualismo attuale è la sua natura prettamente curativa. La

vera sfida riformistica consiste nel trasformare questi fondi in strumenti di **prevenzione**, superando l'idea della mutua come mero "pagatore di fatture" per trasformarla in un attore che investe sulla salute prima che insorga la malattia.

- **Equità sociale contro il rischio corporativo:** il mutualismo rischia di rimanere una tutela di stampo corporativo, accessibile solo a chi appartiene a gruppi contrattuali forti o aziende solide. È immorale subordinare il diritto alla salute al reddito o al potere negoziale del singolo. La sfida è rendere i diritti compatibili con i limiti economici senza creare cittadini di serie A e di serie B.

Nonostante i 16 milioni di iscritti, il settore della sanità integrativa mostra oggi i primi segnali di cedimento. Dopo anni di corsa, il comparto sta decelerando: la crescita si è fermata e la sostenibilità economica inizia a vacillare, come dimostra il calo del numero dei fondi attivi (scesi da 334 a 324).

Questo "scricchiolio" conferma che il secondo pilastro non può sostituire un sistema pubblico forte. La vera riforma non consiste nel delegare la salute alle mutue, ma nel **riformare il SSN dall'interno**, ricontestualizzando i valori di solidarietà e uguaglianza. Solo così l'integrazione tra pubblico e privato potrà essere virtuosa, garantendo che l'efficienza gestionale sia sempre al servizio del diritto universale sancito dalla Costituzione.

La trappola della "compatibilità economica" e la sfida etica

Il dibattito sul futuro del Servizio Sanitario Nazionale è oggi dominato da una tesi pericolosa avanzata da molti economisti e istituti di ricerca: la necessità di ridimensionare il pubblico in nome di una presunta "compatibilità economica". L'equazione proposta è tanto semplice quanto cinica: ridurre progressivamente il finanziamento statale, contrarre il perimetro dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e delegare la copertura di ciò che resta a mutue, assicurazioni e Terzo Settore.

Si tratta di una deriva che rischia di istituzionalizzare le disuguaglianze. Non è eticamente accettabile scaricare sui cittadini le incapacità gestionali degli ultimi quarant'anni. Dichiarare l'universalismo insostenibile solo perché non si è stati in grado di riformare gli ospedali, la medicina generale o un federalismo spesso inefficiente, significa "legalizzare l'ingiustizia" anziché curarla. È im-

morale che le diseconomie causate da modelli organizzativi anacronistici vengano pagate dalla popolazione attraverso la rinuncia alle cure o l'obbligo di ricorrere al privato. Rispondere alle inefficienze con un sistema che premia solo chi ha reddito o appartiene a corporazioni forti significa tradire il patto sociale alla base della nostra Costituzione. alla base del SSN.

In questo scenario di ritirata del pubblico si inserisce la proposta della **Long Term Care (LTC)**: un nuovo accantonamento forzoso richiesto ai lavoratori per coprire i futuri bisogni di non autosufficienza. Sebbene presentata come uno strumento di integrazione pubblico-privato, il rischio concreto è che si tratti dell'ennesimo "balzello" su dipendenti e imprenditori onesti. Emerge un dubbio profondo sulla tenuta del patto generazionale: i giovani – già penalizzati da un mercato del lavoro precario – ne godranno mai i benefici o stanno semplicemente finanziando un sistema che non li tutelerà?

Per rigenerare un *Welfare State* in crisi, non servono solo risorse monetarie, ma nuove energie umane dedicate al bene comune. Data la drammatica situazione demografica, è necessario considerare una proposta dirompente: il **Servizio Civile Obbligatorio di sei mesi**.

- **Un esercito per il sociale:** l'impiego di oltre 200.000 giovani ogni anno garantirebbe un supporto vitale per le persone fragili e gli anziani soli.
- **Valore Civile:** oltre al supporto operativo, questa misura offrirebbe alle nuove generazioni un'esperienza formativa di altissimo valore, ricostruendo il senso di comunità e di appartenenza al sistema di protezione sociale.

La soluzione non è il ritiro dello Stato, ma un'**integrazione funzionale** tra tutti gli attori: Stato e Regioni, pubblico e privato, mutue e Terzo Settore. Questa sinergia non deve servire a coprire la fuga del pubblico, ma a potenziare una strategia comune dove i diritti costituzionali tornino a guidare le scelte finanziarie, e non viceversa. Solo così potremo garantire che l'universalismo non resti un ricordo del passato, ma una certezza per il futuro.

4. L'innovazione: il ponte tra salute e ricchezza

Innovare, nel contesto attuale, significa riformare il sistema in modo sostenibile per preservare l'universalismo del SSN. Se fino a ieri la "compatibilità economica" ha spesso frenato il progresso perché visto solo come una voce di spesa, oggi le risorse del PNRR offrono l'occasione storica per ridisegnare la sanità. La sfida è tradurre questi fondi in una reale **integrazione territorio-ospedale**, sfruttando reti telematiche ad alta velocità e telemedicina per abbattere le barriere fisiche tra paziente e cura.

Tuttavia, l'innovazione tecnologica da sola non basta: deve essere sostenuta da politiche che ne riconoscano il valore economico. La sanità non è un "buco nero" della spesa, ma un'area strategica che genera l'**11% del PIL** e occupa oltre **3 milioni di addetti**. Esiste un legame indissolubile tra ricchezza e salute: un Paese povero difficilmente è in buona salute, e un Paese malato non può produrre ricchezza.

Il Valore dell'Innovazione: Salute vs Cura

Per comprendere l'impatto dell'innovazione, dobbiamo distinguere due dimensioni complementari:

- **Produzione di Salute:** Intesa come ricchezza sociale e benessere generale della popolazione.
- **Produzione di Cura:** Intesa come settore industriale e di ricerca che genera crescita economica e occupazione.

L'innovazione – sia essa tecnologica, farmaceutica, diagnostica o organizzativa – agisce come snodo tra questi due valori. Il segreto di una riforma riuscita sta nel premiare il **Valore**, misurando quanto un'innovazione sia più efficiente rispetto al passato o quanto benessere sociale riesca a produrre in rapporto alla spesa.

Cos'è (e cosa non è) la vera Innovazione

Innovare significa introdurre nuove idee e tecnologie per migliorare i risultati clinici e l'efficienza complessiva. Può portare a scoperte rivoluzionarie nella diagnosi e nel trattamento, ma richiede un approccio critico per non cadere nella "trappola del nuovo":

- **Nuovo non significa automaticamente migliore:** L'innovazione non è una corsa al prodotto più recente, ma a quello più efficace. Ciò che funziona ed è consolidato non è "vecchio", ma attuale.
- **Efficienza e Velocità:** Il valore del nuovo deve manifestarsi in caratteristiche specifiche, come offrire prestazioni più rapide a costi inferiori o curare patologie precedentemente incurabili.
- **Oltre la tecnologia:** Spesso l'innovazione più efficace è quella **organizzativa**, capace di ripensare i processi e l'assistenza per migliorare l'esperienza del paziente.

In definitiva, l'innovazione deve generare un rapporto a **somma positiva** tra economia, spesa pubblica e società. Non può essere un lusso per pochi, ma deve diventare lo strumento che permette al sistema pubblico di erogare prestazioni migliori in minor tempo. Solo se l'innovazione sarà orientata alla creazione di valore reale – sociale ed economico – potremo trasformare la crisi attuale in un'opportunità di rinascita per l'intero Paese, garantendo che l'universalismo rimanga una certezza anche nell'era digitale.

5. Il lavoro in sanità: il valore del Capitale Umano

Dall'inizio degli anni 2000, le politiche di bilancio hanno trattato il lavoro in sanità come un costo da comprimere piuttosto che come un investimento. Per decenni, la svalutazione economica del personale è stata utilizzata come leva per il riequilibrio dei conti pubblici, introducendo distorsioni come la libera professione "intramoenia", che ha finito per innescare le prime discriminazioni nell'accesso alle cure.

Il paradigma della riorganizzazione

In questo contesto, si è fatta strada una tesi sostenuta con forza dalle grandi società di consulenza e dai centri studi legati a Confindustria. Secondo questa visione: «*Non è necessario far saltare i conti per assumere più personale, ma questo processo va accompagnato a misure efficaci di riorganizzazione. Soprattutto bisogna confrontare il numero di persone che lavorano nei vari settori ed i loro livelli retributivi.*»

Il senso di questo orientamento è inequivocabile: la sostenibilità economica deve determinare gli standard di personale e, di conseguenza, i servizi devono essere riorganizzati in funzione di tali standard. Sebbene l'efficienza sia un obiettivo nobile, questa logica nasconde un'insidia: considerare il lavoro come un fattore produttivo da contenere a ogni costo rischia di compromettere la qualità della prestazione erogata al paziente.

Oltre lo standard: rivalutare e riorganizzare

La vera sfida non è solo "far quadrare i conti", ma farli convergere con il valore clinico. Riformare il lavoro significa oggi operare una **rivalutazione profonda** che vada oltre il semplice aggiornamento salariale. Se aumentiamo solo gli stipendi senza cambiare le logiche organizzative, la spesa salirà riproponendo ciclicamente il problema della sostenibilità. La vera svolta è passare dai "volumi" ai "risultati":

- **Retribuire il Valore:** Creare condizioni per cui il lavoro sia pagato in base ai risultati di salute prodotti e alle convenienze generate per la spesa pubblica (riduzione delle diseconomie e lotta alle anti-economie).
- **Nuovi Modelli di Carriera:** Mutuando logiche da settori ad alta innovazione, dovremmo premiare l'eccellenza tecnica indipendentemente dal ruolo manageriale. Un chirurgo d'eccellenza deve poter vedere riconosciuto il proprio valore professionale senza dover necessariamente diventare un manager per ottenere una progressione economica.

Una via per il cambiamento: verso nuovi modelli contrattuali

L'ipotesi ministeriale di spostare il personale medico sotto la gestione diretta centrale apre un dibattito necessario sulla disaffezione al sistema pubblico. Per invertire la rotta della disaffezione verso il sistema pubblico, è necessario abbandonare i vecchi schemi burocratici in favore di una gestione moderna e dinamica del personale, fondata su tre pilastri:

1. **Riconoscimento della verticalità clinica ai fini della progressione di carriera:** Il sistema attuale appiattisce le professionalità, offrendo spesso come unica via di crescita il passaggio dal ruolo clinico a quello gestionale (il primariato). È necessario:
   - **Istituire figure intermedie:** Reintrodurre e modernizzare ruoli che permettano una progressione di carriera basata sull'esperienza e sull'eccellenza tecnica sul campo (es. lo "specialista senior").
   - **Valorizzare il know-how:** Creare percorsi di crescita dove il prestigio e il riconoscimento economico siano legati alla complessità degli interventi e alla qualità degli esiti, non solo all'anzianità.
2. **Superamento dell'appiattimento contrattuale:** Il sistema dei concorsi tradizionali, basato su un'equivalenza professionale astratta, non è più in grado di trattenere i talenti. Occorre:
   - **Salari legati alla complessità:** Introdurre indennità che tengano conto della gravosità del reparto (es. medicina d'urgenza) e della responsabilità assunta.

- **Autonomia nelle selezioni:** Permettere alle direzioni strategiche di selezionare le figure apicali in base a obiettivi di performance chiari, superando la rigidità del concorso standardizzato.

3. **Razionalizzazione delle "Eccellenze":** L'attuale assetto del sistema soffre di una polverizzazione dell'offerta: troppe strutture di piccole dimensioni, spesso identiche per funzioni, competono per risorse umane e finanziarie sempre più scarse. Per invertire questa tendenza, è necessario un cambio di paradigma basato su due direttrici:
    - **Concentrare per qualificare:** Superare il modello delle strutture "fotocopia" a favore di centri di eccellenza ad alto volume. La letteratura scientifica dimostra che la qualità degli esiti clinici è direttamente proporzionale alla casistica trattata: concentrare la complessità dove ci sono volumi elevati significa, in ultima analisi, aumentare la sicurezza del paziente.
    - **Equità attraverso la rete:** Ridurre il numero di punti erogativi non significa tagliare i servizi, ma potenziare la qualità dell'assistenza. Pochi centri di altissimo livello, interconnessi in una rete efficiente, garantiscono esiti clinici superiori e uniformi, abbattendo drasticamente la mobilità passiva verso altre Regioni.

L'impatto sulle liste d'attesa: una nota strategica

Una gestione del lavoro orientata al **"valore"** e alla razionalizzazione delle eccellenze rappresenta la leva più potente per l'abbattimento dei tempi d'attesa. Concentrare le competenze in **Hub ad alta efficienza** permette di:

- **Massimizzare le Tecnologie:** Ottimizzare l'impiego di grandi macchinari diagnostici e blocchi operatori, rendendoli produttivi su più turni e riducendo i tempi morti.
- **Ottimizzare il Capitale Umano:** Garantire che il personale specializzato operi laddove la sua produttività clinica è massima, evitando dispersioni in strutture sottoutilizzate.
- **Premiare i Risultati, non i Volumi:** Spostare il focus dalla quantità di prestazioni erogate alla risoluzione definitiva del problema di salute. Risolvere un caso in modo efficace significa ri-

durre recidive e prestazioni inappropriate (i cosiddetti "esami inutili"), liberando spazio prezioso all'interno del sistema per chi ne ha realmente bisogno.

In conclusione, il lavoro in sanità deve smettere di essere considerato un peso per il bilancio e tornare a essere il pilastro della solidarietà nazionale. Solo legando la retribuzione alla "produzione di salute" e al superamento degli anacronismi organizzativi potremo garantire un futuro al SSN. La sfida non è solo pagare di più, ma pagare meglio, riconoscendo che il valore di un operatore sanitario è il metro con cui si misura la civiltà del nostro Paese.

6. L' emergenza del Personale: una crisi di vocazione e di Sistema

Il quadro descritto finora converge verso una minaccia strutturale che mette a rischio la tenuta stessa dell'universalismo: la drammatica carenza di professionisti sanitari. Non siamo di fronte a un'emergenza passeggera, ma al risultato di politiche poco lungimiranti che hanno creato un disallineamento profondo tra la formazione, il mercato del lavoro e i bisogni reali della popolazione.

I numeri dell'esodo

Le proiezioni per i prossimi cinque anni delineano uno scenario di "desertificazione" medica e infermieristica:

- **Pensionamenti di massa:** Entro il 2030, il SSN perderà circa **40.000 medici** e **60.000 infermieri** per limiti di età, con l'incertezza assoluta sulla possibilità di rimpiazzarli.
- **Fuga all'estero:** L'Italia sta esportando i suoi talenti. Tra il 2019 e il 2021 sono emigrati oltre 21.000 medici, e si stima che entro la fine del 2024 il numero totale di camici bianchi che hanno lasciato il Paese possa raggiungere le **30.000 unità**.

La crisi dell'attrattività e il "paradosso italiano"

Mentre la densità di medici in Italia rimane leggermente superiore alla media OECD, il sistema soffre di squilibri qualitativi e professionali insostenibili:

- **La voragine infermieristica:** Il rapporto infermieri per medico è di **1,5**, ben lontano dal **2,5** della media OECD. La professione sconta una scarsa remunerazione (pari al salario medio nazionale, mentre all'estero è superiore del 20%) e un basso riconoscimento sociale, portando a un calo costante dei laureati dal 2013.

- **La polarizzazione delle specializzazioni:** Non mancano i medici in assoluto, ma mancano quelli "giusti". Le borse di studio si concentrano su branche ambulatoriali o estetiche (Dermatologia, Chirurgia Plastica), mentre restano deserti i concorsi per i pilastri del sistema: **Emergenza-Urgenza, Anestesia e Medicina Interna**.
- **Il declino della Medicina Generale:** I medici di base, formati fuori dal circuito universitario, soffrono di borse di studio meno consistenti, minori tutele (malattia/maternità) e un carico burocratico che ne soffoca la funzione clinica.

Le cause strutturali: tra "silos" e isolamento territoriale

La carenza è aggravata da un'organizzazione rigida: l'esistenza di **31 diversi profili professionali** chiusi in "silos" limita la flessibilità operativa. Questo isolamento diventa critico nelle **aree interne e rurali**, dove la scarsa capacità di *retention* e le condizioni di lavoro proibitive rendono quasi impossibile garantire i LEA.

La risposta delle Regioni: verso un Piano Strategico

Di fronte all'assenza di una regia nazionale, la **Conferenza delle Regioni (aprile 2025)** ha delineato un documento programmatico per il potenziamento del personale, articolato su tre direttrici:

1. **Retention e attrattività:** Adeguamento salariale, promozione del welfare contrattuale e semplificazione delle procedure concorsuali per trattenere i talenti e avviare un reclutamento internazionale più efficace attraverso:
   - **allineamento salariale e welfare**: Adeguare le retribuzioni ai parametri europei e potenziare il welfare contrattuale, rendendo il lavoro nel settore pubblico economicamente sostenibile per il professionista;
   - **semplificazione dell'accesso**: Snellire radicalmente le procedure concorsuali, spesso barriere burocratiche anacronistiche che scoraggiano l'ingresso dei giovani;

- **internazionalizzazione**: ribaltare il dato che vede l'Italia ferma all'1% di medici stranieri (contro il 18,9% della media OECD) attraverso una governance nazionale del reclutamento estero, garantendo percorsi di inserimento certi e standard qualitativi elevati.

2. **Riorganizzazione dei Profili:** Superare la frammentazione delle 31 professioni per promuovere modelli multidisciplinari e flessibili, capaci di adattarsi ai moderni contesti operativi. La sfida consiste nel perseguire:
   - **una maggiore flessibilità multidisciplinare** attraverso lo sviluppo di modelli organizzativi dove le competenze non siano "recintate" da titoli formali, ma integrate in équipe multidisciplinari capaci di rispondere a bisogni clinici complessi;
   - **l'adattamento operativo** attraverso la riprogettazione dei ruoli professionali affinché possano adattarsi ai nuovi contesti (Case della Comunità, Ospedali di Comunità), dove la capacità di collaborazione conta più della gerarchia tradizionale.
3. **Leva tecnologica:** la tecnologia non deve essere percepita come un ulteriore onere, ma come un liberatore di tempo. Gli obiettivi sono quelli di:
   - **deburocratizzazione digitale:** Implementare soluzioni di automazione per ridurre il carico amministrativo e burocratico (il cosiddetto "lavoro grigio") che oggi opprime medici e infermieri;
   - **restituzione del tempo clinico:** Ogni minuto risparmiato su una procedura informatica farraginosa è un minuto restituito alla cura e alla relazione con il paziente. Accelerare la trasformazione digitale significa, prima di tutto, ridare dignità clinica al tempo dei professionisti.

7. Proposte strategiche

Per concludere questa analisi, è necessario delineare una tabella di marcia che trasformi le criticità descritte in leve di riforma. Salvare il Servizio Sanitario Nazionale richiede un approccio multidimensionale: non bastano i soli finanziamenti, serve una visione che integri valore del lavoro, innovazione tecnologica e modelli organizzativi flessibili.

Ecco le cinque direttrici strategiche per garantire la sopravvivenza e il rilancio del sistema:

1. Rimettere al centro il professionista: retribuzione e attrattività

Il primo passo per fermare l'esodo del personale è colmare il divario retributivo con la media dei paesi OECD. Questo richiede un impegno diretto nella prossima Legge di Bilancio per incrementare stabilmente il Fondo Sanitario Nazionale e, soprattutto, per superare i vincoli legislativi che oggi bloccano il trattamento accessorio.

- **Incentivi di prossimità:** È urgente prevedere indennità specifiche e percorsi di carriera privilegiati per chi accetta di operare nelle aree rurali o disagiate, combattendo la desertificazione sanitaria dei territori fragili.
- **Welfare e Benessere:** La *retention* passa anche per il miglioramento del clima organizzativo, il supporto psicologico per prevenire il *burnout* e l'adozione di forme contrattuali più flessibili (part-time e libera professione) che favoriscano l'equilibrio tra vita e lavoro.

2. Il riordino delle Professioni: superare i silos

L'attuale frammentazione in 31 profili professionali crea rigidità che il sistema non può più permettersi. La riforma deve puntare a un **nuovo "Skill Mix"**:

- **Accorpamenti e Flessibilità:** È necessario rivedere e accorpare alcuni profili per permettere un impiego più dinamico del personale, eliminando gli storici "silos" organizzativi.

- **Nuove figure di supporto:** Introduzione rapida di figure come l'assistente infermiere per alleggerire i carichi assistenziali e permettere ai professionisti laureati di concentrarsi sulle attività ad alto valore clinico.
- **Carriera Infermieristica:** Valorizzazione delle lauree magistrali cliniche e della formazione specialistica, trasformando l'infermiere da mero esecutore a gestore di percorsi complessi, specialmente nella cronicità.

3. Digitalizzazione: liberare "tempo clinico"

La trasformazione digitale finanziata dal PNRR deve smettere di essere un adempimento burocratico e diventare un alleato dei professionisti.

- **Automazione dei processi:** L'adozione di tecnologie RPA (Robotic Process Automation) per gestire prenotazioni e refertazione può liberare ore preziose per il contatto con il paziente.
- **IA e Telemedicina:** L'intelligenza artificiale deve supportare le decisioni cliniche, mentre la telemedicina deve diventare lo standard per il monitoraggio dei malati cronici, garantendo cure domiciliari costanti ed efficaci.
- **Formazione digitale:** L'innovazione non deve generare complessità; il personale va formato affinché la tecnologia sia un effettivo facilitatore operativo.

4. Una strategia nazionale per il reclutamento estero

In attesa che le riforme sulla formazione interna diano i propri frutti, l'Italia deve smettere di essere un Paese poco attrattivo per i professionisti stranieri.

- **Governance unitaria:** Serve una regia nazionale per il reclutamento internazionale, stabilendo standard condivisi e accordi di reciprocità con Stati esteri per il riconoscimento automatico dei titoli.
- **Tempi certi:** Il Ministero della Salute deve garantire procedure di riconoscimento rapide (massimo 4 mesi) per permettere un inserimento tempestivo delle risorse nei territori più critici.

5. Riforma della Medicina Specialistica e Primaria

Il cuore del sistema batte oltre che nel territorio anche negli ospedali e negli studi dei medici di base, settori che necessitano di interventi urgenti:

- **Specializzazioni:** Accorpare le scuole di specialità meno attrattive per concentrare le risorse e rendere strutturale l'impiego dei medici specializzandi, integrandoli attivamente nei flussi operativi dei reparti e del pronto soccorso.
- **Medicina Generale:** Per coprire gli ambiti territoriali carenti, occorre creare le condizioni giuridiche che permettano ai dirigenti medici dipendenti del SSN di operare anche nell'assistenza primaria, garantendo la continuità delle cure laddove il ricambio dei MMG è bloccato.

Le riflessioni fin qui condotte permettono di isolare cinque direttrici strategiche, che rappresentano il punto di partenza per il riallineamento del sistema analizzato nel capitolo successivo.

Tabella di sintesi delle 5 sfide strategiche

Sfida Strategica del SSN	Obiettivo Principale	Azioni Chiave
1. Valore del Lavoro	Superare la logica del costo per investire nel capitale umano.	Adeguamento salariale ai parametri OECD; incentivi per aree disagiate; carriere basate sulla competenza clinica.
2. Riordino Professionale	Abbattere i "silos" e aumentare la flessibilità operativa.	Accorpamento dei 31 profili; introduzione dell'assistente infermiere; promozione dello *skill mix* multidisciplinare.
3. Digitalizzazione	Liberare "tempo clinico" e potenziare la prossimità.	Automazione processi amministrativi; telemedicina per la cronicità; IA a supporto delle decisioni cliniche.

Sfida Strategica del SSN	Obiettivo Principale	Azioni Chiave
4. Nuova Governance	Risolvere il conflitto Stato-Regioni e la frammentazione.	Unicità dei dati digitali; regia nazionale per il reclutamento estero; integrazione obbligatoria tra pubblico e mutue.
5. Rete delle Eccellenze	Passare dal volume delle prestazioni al valore della salute.	Concentrazione in *Hub* ad alto volume; potenziamento della prevenzione territoriale; razionalizzazione delle strutture "fotocopia".

Governance e sostenibilità: verso il riallineamento del Sistema

1. La crisi della Governance regionale: dal Federalismo alla frammentazione dei diritti

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) attraversa oggi una crisi profonda, alimentata da una tensione strutturale mai risolta tra la visione strategica dello Stato e l'autonomia gestionale delle Regioni. Sebbene il processo di decentralizzazione fosse nato per adattare l'offerta ai bisogni locali secondo il principio di sussidiarietà, l'esito reale è stato un paradosso istituzionale: il trasferimento di competenze legislative e gestionali, in assenza di una regia centrale dotata di effettivi poteri di monitoraggio, ha progressivamente eroso l'unitarietà del sistema.

Questa deriva trasforma il SSN in una galassia di "sistemi regionali" disconnessi, minando il patto sociale alla base della Costituzione. Come sottolineato dalla Corte dei Conti (Delibera 21/2025), il periodo post-pandemia non ha innescato la necessaria discontinuità strategica, lasciando il sistema prigioniero di criticità croniche. La conseguenza è la nascita di una "salute a geometria variabile", dove il diritto costituzionale alla cura cessa di essere un valore universale per trasformarsi in una variabile dipendente dal codice di avviamento postale (il cosiddetto "diritto legato al CAP").

Il risultato è un sistema a due velocità che genera disparità inaccettabili, evidenti soprattutto nella divaricazione degli standard dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). In questo scenario, l'effettiva accessibilità ai servizi e la qualità delle prestazioni diventano una questione di fortuna geografica anziché un diritto garantito in modo uniforme, relegando l'universalismo del 1978 a un principio teorico smentito dalla realtà territoriale.

2. La questione istituzionale: le Regioni tra riforma e insostenibilità

Il ruolo delle Regioni, decisivo a partire dal 1978 nel costruire modelli di programmazione innovativi, è oggi al centro di un paradosso: l'autonomia gestionale è diventata un fattore di insostenibilità? I dati economici degli ultimi vent'anni suggeriscono una risposta affermativa. La crescita della spesa sanitaria è stata frenata solo attraverso il regime di "tutela" (Piani di Rientro), ma anche i costanti rinvigorimenti del Fondo Sanitario Nazionale (FSN) – inclusi i 2 miliardi aggiuntivi previsti per il 2026 – non riescono a tenere il passo con i costi reali. Il sistema appare in affanno nel garantire i LEA e nel gestire un capitale umano sempre più demotivato.

Questa "guerra all'insostenibilità" ha generato una contraddizione politica: mentre le Regioni raggiungevano il massimo potere formale (Riforma del Titolo V, 2001), iniziava il declino della loro potestà reale. Oggi è il Governo centrale a decidere unilateralmente il fabbisogno finanziario, riducendo le Regioni a meri "amministratori delegati". Come evidenziato da Sales e Spirito (*Servono ancora le Regioni?*[1]), il decentramento ha spesso prodotto una "rifeudalizzazione" clientelare, dove il potere regionale spende il 30% della spesa nazionale pur imponendo solo il 7% delle tasse, scardinando il principio democratico del *no taxation without representation*.

[1] Sales I. e Spirito P., *Servono ancora le Regioni? Napoli: Colonnese*, 2024.

3. Sostenibilità economica: tra sottofinanziamento strutturale e collasso dei bilanci regionali

Il SSN affronta oggi una crisi di sostenibilità che la magistratura contabile non esita a definire come un "cedimento strutturale". Nonostante l'aumento nominale delle risorse – approdate a **138,3 miliardi di euro nel 2024** – il finanziamento pubblico reale rimane bloccato in una forbice tra il **6,3% e il 6,4% del PIL**. Si tratta di un valore sensibilmente inferiore alla **media europea (6,9%)**, un gap che conferma un sottofinanziamento cronico e rende la gestione dei bilanci regionali estremamente precaria.

Questo squilibrio finanziario si traduce in un'esplosione del disavanzo regionale complessivo che, nel 2024, ha raggiunto **1,513 miliardi di euro**, quasi triplicando le stime precedenti. Il deterioramento è così profondo da investire anche le regioni storicamente "benchmark" come l'Emilia-Romagna, dimostrando che la crisi ha superato i confini delle aree tradizionalmente in Piano di Rientro (come Calabria, Sicilia o Campania). In questi territori, la difficoltà strutturale nel riconvertire la spesa in servizi efficienti, unita ai ritardi negli investimenti del PNRR e alla cosiddetta "tossicità burocratica", alimenta un circolo vizioso che compromette la stabilità dell'intero sistema.

Il processo di decentralizzazione, pur nato per avvicinare la gestione ai bisogni locali, ha così generato un **paradosso istituzionale**: il trasferimento di competenze alle Regioni, in assenza di una regia centrale dotata di poteri di indirizzo e monitoraggio, ha finito per erodere l'unitarietà del diritto alla salute.

4. L'Invisibilità dei dati e la frammentazione informativa: il limite alla Programmazione

A rendere estremamente complessa la governance del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è la persistente **"invisibilità dei dati"**. Il disallineamento istituzionale tra Stato e Regioni si riflette drammaticamente in un *digital divide* informativo che frammenta il Paese: la mancanza di un'infrastruttura dati unica, centralizzata e realmente interoperabile non rappresenta solo un limite tecnologico, ma agisce come un moltiplicatore di inefficienza che svuota di significato la programmazione strategica.

La Corte dei Conti, nella Relazione 2025 (Delibera 21/2025), ha rilevato a tal proposito criticità "ampie, generali e sistemiche" che possono essere riassunte in due grandi direttrici:

1. ***Incompletezza informativa e Programmazione "ex-post":*** *Il monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) – lo strumento cardine per garantire l'uniformità delle cure – è oggi gravemente viziato da flussi informativi incompleti, tardivi o non validati. Il risultato è quello di:*
    - **perdita della funzione predittiva:** senza dati epidemiologici tempestivi, la politica sanitaria cessa di essere una guida consapevole dei processi di salute per trasformarsi in un esercizio meramente reattivo;
    - **governance dell'emergenza:** le decisioni vengono assunte su evidenze "anacronistiche", ovvero basate su fenomeni clinici o dissesti economici già consolidati. Questo trasforma la programmazione in una gestione perpetua dell'emergenza, priva di qualsiasi capacità preventiva.
2. **Asimmetria operativa e sprechi di Sistema:** l'assenza di una piattaforma nazionale unificata impedisce lo scambio in tempo reale di cartelle cliniche, referti e profili farmacologici tra diverse Regioni e persino tra ASL dello stesso territorio. Questo determina:
    - **un impatto negativo sul Paziente:** tale asimmetria pregiudica la continuità delle cure, esponendo il cittadino a rischi clinici derivanti dalla mancanza di informazioni storiche e frammentando il suo percorso terapeutico;

- **l'inefficienza economica:** l'impossibilità di condividere i dati costringe il sistema a duplicare esami e prestazioni, generando sprechi di risorse che potrebbero essere reinvestite nel potenziamento dei servizi e nella riduzione delle liste d'attesa.

5. Crisi di governance e mobilità sanitaria: le due fughe dall'inefficienza e la violazione del principio di universalità

L'attuale crisi di governance del sistema sanitario, esacerbata dall'opacità dei flussi informativi, non rappresenta soltanto un disordine amministrativo, ma genera distorsioni profonde che colpiscono il cuore del patto sociale. Il principio costituzionale di equità ne esce gravemente minato: il diritto alla tutela della salute ha cessato di essere un valore universale, trasformandosi in un beneficio variabile strettamente legato al codice di avviamento postale di residenza. Tale disparità territoriale configura una vera e propria violazione indiretta dell'articolo 32 della Costituzione, poiché l'effettiva esigibilità delle cure dipende ormai dal contesto geografico.

La mobilità sanitaria: lo specchio del divario Nord-Sud e la "spirale negativa"

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) garantisce la "portabilità" del diritto alla salute, permettendo ai cittadini di accedere a cure presso strutture pubbliche o private accreditate su tutto il territorio nazionale. Tuttavia, questa facoltà si è trasformata in una migrazione sanitaria forzata: non più una libera scelta del paziente verso centri di eccellenza, ma una fuga indotta dalla carenza di servizi locali.

Analisi dei flussi e polarizzazione del sistema

Attualmente, nonostante gli sforzi compiuti a partire dal 2000, il quadro dei saldi economici relativi alla mobilità sanitaria evidenzia in modo inequivocabile il persistente divario tra le regioni del Nord e del Sud del Paese, sottolineando criticità nella programmazione e l'inefficacia delle politiche finora adottate. Le analisi fornite dalla Fondazione GIMBE e dalla Corte dei Conti attestano il mancato raggiungimento degli obiettivi di riequilibrio perseguiti negli ultimi vent'anni. Nel 2024, la mobilità interregionale ha toccato la cifra record di **5.037 milioni di euro**, rappresentando il valore più elevato degli ultimi dodici anni (+18,6% rispetto al 2021). Tale fenomeno si

configura come una polarizzazione strutturale piuttosto che un flusso omogeneo su scala nazionale:

- **I poli di attrazione:** Tre sole regioni – **Lombardia (22,8%), Emilia-Romagna (17,1%) e Veneto (10,7%)** – assorbono oltre il 50% della mobilità attiva totale, consolidando saldi attivi che superano i 380 milioni di euro per Emilia-Romagna e Lombardia.
- **Le Aree di crisi:** Il debito da mobilità passiva colpisce duramente il **Lazio (11,8%)**, la **Campania (9,6%)** e la **Calabria**, con perdite che superano la soglia critica dei 300 milioni di euro per singola realtà, drenando risorse vitali dai bilanci regionali.

Categoria	Indicatore / Regioni	Valore / Dettaglio
Dato Generale (2024)	Valore totale mobilità	**> 5 miliardi di €**
Trend Evolutivo	Incremento vs 2021	**+18,6%**
Poli di Attrazione	Nord (Lombardia, ER, Veneto)	**Assorbono > 50%** della mobilità attiva
Saldi Attivi (Esempi)	ER (+387 mln €), Lombardia (+383 mln €)	Capacità di attrazione strutturata
Saldi Passivi (Esempi)	Campania (-211 mln €), Calabria (-191 mln €)	Emorragia finanziaria costante

Il circolo vizioso e la "spirale negativa"

La mobilità interregionale ha smesso di essere una fisiologica valvola di sfogo per trasformarsi in un meccanismo economico perverso. Secondo il principio per cui le risorse finanziarie "seguono" il paziente, si verifica un drenaggio costante di fondi dalle Regioni meridionali verso i sistemi sanitari più efficienti del Nord.

Si alimenta così una "spirale negativa": le Regioni con i sistemi più fragili, perdendo capitale prezioso, si ritrovano prive delle risorse necessarie per ammodernare le infrastrutture e abbattere le liste d'attesa. Questo impedisce qualsiasi tentativo di riscatto, cristallizzando il sottofinanziamento cronico del Mezzogiorno.

Implicazioni etiche: la barriera del censo e la spesa out-of-pocket

Questi dati denunciano una profonda crisi di equità. Parallelamente alla fuga geografica, l'inefficienza del servizio pubblico spinge le famiglie verso la sanità privata. La spesa diretta dei cittadini (**out-of-pocket**) ha raggiunto la cifra record di **51,2 miliardi di euro (circa il 22% della spesa totale)**, superando il **4% del PIL**. (era lo 0,5% nel 1999). Il confronto europeo è impietoso: in Italia la quota che grava sulle famiglie è doppia rispetto a Francia (9,2%) e Germania (10,7%).

Questa "**tassa invisibile**" configura una vera e propria **barriera del censo**, creando una discriminazione basata sul reddito che agisce su due fronti:

- **costi logistici:** le spese di viaggio e alloggio per curarsi lontano da casa gravano pesantemente sui bilanci delle famiglie meno abbienti;
- **accesso al privato:** Il ricorso a pagamento diventa l'unica via per aggirare liste d'attesa insostenibili.

In entrambi i casi, l'accesso alle cure decade da diritto universale a **privilegio economico**, smentendo nei fatti l'universalismo sancito dalla legge istitutiva del 1978 e penalizzando i cittadini più fragili in base al loro codice di avviamento postale.

6. Il quadro dei saldi finanziari 2024: tra deficit record e urgenza digitale

I dati della Relazione 2025 della Corte dei Conti, presentati nel documento *"Sanità in cammino per il cambiamento"*, certificano graficamente un solco sempre più profondo tra le diverse aree del Paese. Nel 2024, il divario finanziario ha raggiunto livelli critici, evidenziando un deficit regionale complessivo che è quasi triplicato, toccando quota **1,513 miliardi di euro**. Tale deterioramento non risparmia più nemmeno le Regioni storicamente virtuose, confermando l'inefficacia degli attuali tetti di spesa, come dimostrato dallo sforamento di oltre 4 miliardi di euro nella spesa farmaceutica per acquisti diretti.

Il panorama nazionale si presenta oggi spaccato in due:

- **L'eccedenza del Nord:** Lombardia ed Emilia-Romagna consolidano il proprio ruolo di poli attrattori, con saldi attivi saliti rispettivamente a **+623,6 milioni** e **+525,4 milioni di euro**.
- **Il collasso del Sud:** Le aree di "fuga" registrano deficit drammatici; **Campania** (-308,4 mln €) e **Calabria** (-304,8 mln €) hanno superato la soglia critica dei 300 milioni di perdita, mentre la **Sicilia** ha visto il proprio passivo peggiorare fino a **-241,8 milioni di euro**.

In questo scenario, l'universalismo del SSN rischia di degradare a mero principio teorico, cristallizzando una **"cittadinanza sanitaria di serie B"** dove l'esigibilità delle cure dipende dalla fortuna geografica anziché dal bisogno di salute. Per invertire questa rotta, la soluzione non può limitarsi a un semplice riequilibrio dei poteri, ma deve poggiare su una capacità riformatrice che unisca il potenziamento di AGENAS – per standardizzare le buone pratiche – alla centralizzazione informatica (Art. 117r Cost.). Superare la "tossicità burocratica" del consenso obbligatorio per l'uso del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) è l'unica via per garantire la trasparenza necessaria a guidare le scelte politiche e le future generazioni.

Sanità 2030: sostenibilità sistemica e architettura della Manovra 2026-2028 per il riallineamento

L'allarme contabile lanciato dalla Corte dei Conti impone una riflessione che vada oltre il "taglio dei costi". La sostenibilità del SSN rappresenta oggi la capacità del sistema di evolversi per gestire una trasformazione demografica senza precedenti: entro il 2050, gli **over 65 rappresenteranno il 35% della popolazione**, una fascia che già oggi assorbe il **60% della spesa sanitaria nazionale**.

Per rispondere a questa pressione strutturale, la **Manovra 2026-2028** delinea un potenziamento del Fondo Sanitario Nazionale (FSN) con un incremento di circa **6 miliardi di euro** per il prossimo anno (3,7 già stanziati più 2,3 di nuova manovra) e una progressione di +2,6 miliardi annui nel biennio successivo. Questo stanziamento finanzia quattro pilastri strategici:

- **Valorizzazione del Capitale Umano:** per contrastare il depauperamento del personale pubblico, è stato varato un piano straordinario di **20.000 assunzioni** nel triennio (841 mln nel 2026). Parallelamente, si agisce sulla leva retributiva tramite l'introduzione di **indennità di specificità**, che prevedono incrementi di circa 220€ lordi mensili per i medici, i 40€ e i 110€ per le professioni infermieristiche e incentivi per la dirigenza medica (110 mln).
- **Investimento nella Prevenzione:** il sistema punta a ridurre, nel medio periodo, l'incidenza delle patologie croniche attraverso la prevenzione. Lo stanziamento dedicato salirà a **1,05 miliardi di euro entro il 2028**, elevando la quota riservata dal 5% al **5,5% del fondo totale**.
- **Fragilità:** La manovra destina risorse mirate a alla tutela delle aree più vulnerabili: 60 milioni per il fondo malattie rare e 80 milioni per il potenziamento dei servizi di salute mentale, spesso trascurati nelle precedenti programmazioni. Vengono inoltre destinati 150 milioni per il potenziamento dell'assistenza domiciliare (150 mln).
- **Innovazione e Ricerca:** 100 milioni per la ricerca corrente negli IRCCS e 700 milioni per la spesa farmaceutica, volti a mitigare l'impatto del meccanismo del *payback*.

7. La burocrazia come barriera alla sostenibilità: dalla "tossicità" alla semplificazione

Il traguardo strategico per la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale risiede nella capacità di **produrre salute** e ridurre la morbilità. Tuttavia, l'analisi dei saldi finanziari e l'entità degli investimenti previsti dalla Manovra portano a una conclusione ineludibile: per eradicare la "cittadinanza di serie B" ed evitare che le nuove risorse vengano disperse, l'incremento del fondo deve procedere di pari passo con un'incisiva **semplificazione burocratica**. Agire solo sul piano finanziario è insufficiente se non si affronta un sistema che oggi sottrae oltre il **30% dell'attività di un medico** e il **25% del tempo di assistenza di un infermiere**.

Il disallineamento burocratico costa all'Italia circa **25 miliardi di euro l'anno**. Questa "tossicità" ha smesso di essere un onere formale per trasformarsi in un ostacolo reale che drena risorse proprio dove sono più necessarie: la cura. Le radici del fenomeno risiedono nella sovrapposizione normativa tra Stato e Regioni e nella mancanza di un'infrastruttura digitale unificata, con conseguenze devastanti quali l'erosione del "tempo di cura" e l'aumento delle disuguaglianze nell'accesso ai servizi.

Per invertire questa rotta, lo snellimento dell'apparato normativo e digitale diventa una necessità funzionale. Il **DDL Semplificazioni 2025** e la **Legge Delega di Riforma del SSN 2026** delineano la mappa per il riscatto del sistema, agendo su tre direttrici fondamentali che integrano gli interventi operativi:

- **Riforma strutturale e specializzazione funzionale:** per superare la crisi della mobilità sanitaria passiva, la riforma introduce una separazione netta dei flussi assistenziali. Gli Ospedali di Terzo Livello vengono istituiti come poli di riferimento nazionale per l'altissima complessità clinica, mentre gli Ospedali Elettivi si specializzano nella chirurgia programmata. Questa architettura mira ad abbattere le liste d'attesa, garantendo cure appropriate nel territorio di residenza.
- **Semplificazione normativa e unitarietà del diritto:** l'obiettivo è sanare il conflitto di competenze tra Stato e Regioni,

trasformando la burocrazia da ostacolo a garante. In questa cornice si inseriscono le principali direttrici di semplificazione:

Pilastro della Semplificazione	Interventi Operativi (2025-2026)	Impatto sulla Governance e Mobilità
Continuità per Cronicità	Ricetta dematerializzata valida **12 mesi** per i pazienti cronici.	Riduce gli accessi impropri ai MMG e la burocrazia di routine.
Farmacia dei Servizi	Scelta del medico in farmacia e telemedicina di prossimità.	Decongestiona le ASL e garantisce servizi nelle aree fragili.
Interoperabilità Dati	Alimentazione automatica del FSE dai referti e lettere di dimissioni.	Elimina la carta e riduce la "fuga" per smarrimento dati.
Semplificazione Prescrittiva	Farmaci salvavita basati su referto ospedaliero senza nuova ricetta MMG.	Garantisce l'immediata presa in carico post-ricovero.
Digitalizzazione Trasparente	Monitoraggio liste d'attesa tramite piattaforme nazionali AGENAS.	Impedisce manipolazioni regionali e guida l'utente verso la disponibilità reale.

- **Valorizzazione e incentivi al Personale:** per arginare l'emorragia di professionisti, il sistema adotta leve fiscali come la defiscalizzazione delle prestazioni aggiuntive (flat tax al 5% o 15%) e l'indennità di pronto soccorso. Queste misure mirano a stabilizzare il personale nelle aree critiche, riducendo il ricorso ai costosi "medici gettonisti".

Le sfide aperte: tra "Opt-out" digitale e il rischio del Patient Summary

Il dibattito sulla semplificazione e sul riallineamento del sistema ha delineato interventi strutturali mirati al cosiddetto **"decoupling" burocratico,** ovve-

ro lo sganciamento dell'erogazione sanitaria dai vincoli documentali ridondanti. Tuttavia, il percorso verso una sanità realmente digitale presenta ancora zone d'ombra che rischiano di trasformare l'innovazione in un nuovo onere amministrativo. Per liberare il potenziale del SSN, sono stati individuati tre assi d'intervento prioritari:

- **Inversione del consenso (Modello Opt-out):** Per l'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e la donazione di organi, si propone un passaggio al modello "Anagrafe Tributaria". L'adesione deve diventare automatica alla nascita, lasciando al cittadino solo il diritto di opposizione. Tale misura eliminerebbe istantaneamente enormi volumi di modulistica cartacea.
- **Gestione integrata e clinica del dato:** L'obiettivo è associare dinamicamente i dati prestazionali (diagnostica e terapia) ai parametri economici (DRG) e agli esiti clinici (*Outcome*). Questo permetterebbe di monitorare l'efficacia delle cure, eliminando sprechi e riducendo drasticamente il ricorso alla medicina difensiva.
- **Valorizzazione dell'autonomia professionale:** l'implementazione strutturale della **televisita** e l'introduzione dell'**autocertificazione** per i primi tre giorni di malattia sono strumenti essenziali per decongestionare gli studi medici e restituire tempo alla pratica clinica.

In questo quadro di riforme, emerge la criticità del **Profilo Sanitario Sintetico (Patient Summary)** introdotto dal decreto del 27.06.2025. Se l'alimentazione di questo strumento rimarrà un carico manuale delegato esclusivamente ai Medici di Medicina Generale (MMG) e ai Pediatri (PLS), anziché un processo automatizzato basato sull'interoperabilità dei dati, si verificherà un paradosso burocratico. La necessità del consenso fisico e della presenza del paziente per la compilazione manuale di dati già esistenti in altre banche dati risulterebbe in netta controtendenza con gli obiettivi di smaterializzazione.

In definitiva, la transizione verso un sistema resiliente non può prescindere da una riforma che elimini le ridondanze operative alla radice. La semplificazione non è un fine, ma la condizione essenziale per rendere efficaci le nuove strategie di governance. Solo attraverso una reale **dematerializzazione dei processi** sarà possibile:

- Restituire agli operatori il **"tempo della cura"**, oggi eroso dalle carte.
- Garantire che ogni euro stanziato dalla Manovra si traduca in **prestazioni reali e uniformi**.
- Assicurare un accesso ai servizi equo su tutto il territorio nazionale, svincolato dalle inefficienze locali.

8. Prevenzione e Longevità: la sfida della sostenibilità nel Paese più vecchio d'Europa

L'Italia si colloca come il secondo Paese più longevo al mondo, subito dopo il Giappone. Tuttavia, questo primato nasconde un'insidia strutturale: se la speranza di vita a 65 anni è di circa 20 anni, quella in **buona salute** si dimezza, attestandosi a soli 10 anni. Oggi, gli over 65 rappresentano un quarto della popolazione ma assorbono il **60% della spesa sanitaria nazionale**. In questo scenario, l'invecchiamento cessa di essere una mera questione sanitaria per diventare una sfida che incide sulla tenuta del welfare e sulla crescita del Paese.

Investire in Prevenzione: dal 5% al 7% del Fondo Sanitario

Il rafforzamento del SSN passa necessariamente per un cambio di paradigma: la prevenzione non è un costo, ma l'investimento più efficace per garantire la sostenibilità. In tal senso, appare strategico l'impegno governativo per innalzare gli investimenti in prevenzione dal 5% al 7%, con l'obiettivo di:

- **Diagnosi precoce:** Rendere gli screening accessibili a tutta la popolazione, partendo dalle fasce a più alto rischio.
- **Promozione di stili di vita:** Incentivare alimentazione equilibrata, attività fisica e immunizzazione per ridurre l'insorgenza di patologie croniche.
- **Valore economico:** Ridurre la pressione sugli ospedali creando valore per l'intero sistema Paese.

Il nuovo ruolo della spesa privata e l'integrazione dei dati

Un fenomeno critico è legato al cambiamento dei nuclei familiari: il 31,5% degli anziani vive solo, con una conseguente riduzione del caregiving familiare. Questo isolamento spinge la spesa sanitaria privata verso cifre record: oltre

51 miliardi di euro (di cui 44,7 out-of-pocket), a cui si aggiungono 34 miliardi per la gestione della non autosufficienza (RSA e badanti). La spesa privata, passata dallo 0,5% del PIL del 1999 a oltre il 4% odierno, impone un dialogo urgente tra pubblico e privato:

- **Oltre l'ideologia:** Il dibattito non deve vertere sulla natura (pubblica o privata) dell'erogatore, ma sulla capacità del SSN di mantenere il **governo e il controllo** della programmazione.
- **L'obbligo dei dati:** È essenziale estendere l'obbligo di alimentare il **Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)** anche ai "privati puri". Attualmente, la perdita dei dati relativi a prestazioni pagate dai cittadini ostacola la continuità assistenziale e altera le ricerche scientifiche.

La Long Term Care (LTC): verso un'assistenza multidimensionale

Con l'aumento della non autosufficienza – che colpisce quasi 4 milioni di anziani e supererà i 4,4 milioni nel 2030 – la **Long Term Care (LTC)** diventa un pilastro fondamentale della governance. La non autosufficienza non è solo una condizione patologica, ma una perdita di autonomia nelle funzioni vitali (vestirsi, alimentarsi, deambulare) che richiede risposte integrate.

Le recenti normative (**L. 33/2023 e D. Lgs. 29/2024**) hanno introdotto strumenti innovativi per gestire questa complessità:

- **Punti Unici di Accesso (PUA):** Collocati nelle Case della Comunità per semplificare l'accesso ai servizi.
- **Valutazione Multidimensionale Unificata (UVM):** Per integrare le risposte sanitarie, sociosanitarie e sociali.

Tuttavia, restano aperte sfide cruciali per il prossimo futuro: l'assenza di risorse aggiuntive rischia di rendere queste riforme inefficaci. È necessaria un'**interoperabilità informatica totale** tra ASL, INPS e Comuni per intercettare i bisogni reali e abbattere le disparità territoriali nella presa in carico dei pazienti più fragili.

9. La Programmazione come Metodo di Governo: dal vincolo contabile allo sviluppo evolutivo

Negli ultimi due decenni, il concetto di programmazione sanitaria ha subito una pericolosa involuzione semantica e funzionale. Se in origine essa rappresentava lo strumento per orientare il sistema verso il soddisfacimento dei bisogni di salute, a partire dai primi anni 2000 si è progressivamente ridotta a un mero esercizio di economicismo. In questo scenario, la sanità è stata percepita non come un volano di ricchezza e sviluppo, ma come un costo quasi incompatibile con la crescita economica, portando a una programmazione focalizzata esclusivamente sul contenimento, la soppressione e la razionalizzazione lineare delle risorse.

Il superamento dell'economicismo: consapevolezza e coerenza

Per garantire la sostenibilità del SSN, è necessario restituire alla programmazione la sua dignità di "metodo di governo", svincolandola dalla logica dei puri saldi di bilancio. Questo cambio di paradigma poggia su due pilastri fondamentali:

- **la consapevolezza (responsabilità):** Il programmatore deve riappropriarsi della capacità di prevedere l'impatto sociale e clinico delle proprie scelte, assumendosi la responsabilità delle conseguenze di lungo periodo sulla salute pubblica;
- **la coerenza:** Le decisioni non devono risultare contraddittorie; l'allocazione delle risorse deve riflettere gerarchie di priorità stabili e trasparenti, eliminando il disallineamento tra obiettivi dichiarati e finanziamenti erogati.

La programmazione, dunque, non deve "governare" la politica, ma deve **governare i processi**, armonizzando razionalità diverse, professionalità multidisciplinari e domande di salute eterogenee.

Operatività e valore: le "black list" e la standardizzazione

Ridare dignità alla programmazione significa intenderla come uno strumento di **sviluppo evolutivo** finalizzato a incrementare il *valore* della spesa sanitaria. Remunerare per valore significa spostare il focus dai volumi di prestazioni agli esiti reali: il benessere della persona e l'impatto clinico effettivo.

A livello operativo, la nuova programmazione deve agire su due fronti:

- **standardizzazione e semplificazione:** Operare sulle strutture amministrativo-contabili per unificare i processi e, soprattutto, i sistemi informativi regionali, abbattendo la frammentazione che genera sprechi;
- **l'adozione delle "black list":** L'identificazione sistematica delle "liste delle cose inutili" – procedure, esami e prassi amministrative obsolete o ridondanti – da eliminare all'interno di ogni singola Azienda Sanitaria per riallocare i risparmi verso servizi essenziali e innovazione.

Programmare per cambiare

Esiste una differenza sostanziale tra interpretare la sanità attraverso i **vincoli finanziari** o attraverso gli **obiettivi di salute**. Se per lungo tempo razionalizzazione e programmazione sono stati termini dissociati (dove la prima agiva come scure sulla seconda), oggi la sfida della sostenibilità impone che la programmazione sia intesa come motore di cambiamento strutturale. Non si tratta più solo di "amministrare l'esistente" o gestire l'efficienza allocativa, ma di ridisegnare il sistema affinché l'efficacia dei servizi diventi lo strumento principale per tutelare la qualità della vita dei cittadini.

10. Il conflitto delle necessità: etica, clinica ed economia

Il principio cardine della medicina ippocratica – curare secondo necessità – si scontra oggi con una realtà sistemica in cui il bisogno del malato non è più un valore assoluto, ma una variabile negoziata. Se per la scienza e la morale ciò che è necessario al paziente rappresenta un obbligo pragmatico, nell'attuale assetto del SSN il concetto di "necessità" è scivolato verso una dimensione relativa, schiacciato tra l'evoluzione dei bisogni dei cittadini e la rigidità dei vincoli di bilancio.

Dalle necessità cliniche alle necessità convenzionali (LEA)

L'Articolo 32 della Costituzione traduce il bisogno biologico in diritto alla salute, ma la prassi amministrativa ha introdotto una distinzione tra ciò che è "teoricamente necessario" e ciò che è "convenzionalmente garantito".

- **Il filtro dei LEA:** I Livelli Essenziali di Assistenza rappresentano la codificazione di una necessità convenzionale. Attraverso i criteri di appropriatezza, prestazioni un tempo considerate essenziali diventano "relativamente necessarie" o vengono escluse dalle tutele pubbliche per ragioni di compatibilità economica.
- **La prevalenza del finanziario:** L'esperienza dei Piani di Rientro ha dimostrato come, spesso, le necessità finanziarie prevalgano su quelle cliniche, aumentando il divario tra ciò che la medicina "potrebbe fare" e ciò che il sistema "consente di fare".

Il Medico tra etica e burocrazia

In questo scenario, la figura del medico subisce una mutazione profonda. Non è più solo il garante della verità scientifica, ma un mediatore che deve coniugare le possibilità della clinica con le restrizioni del sistema. Questa posi-

zione, aggravata da una crescente burocratizzazione, costringe il professionista a muoversi in un equilibrio precario tra etica e contabilità, alimentando il fenomeno della medicina difensiva e la demotivazione professionale.

Diseguaglianze di reddito e fine dell'universalismo

Il mutamento demografico e la contrazione dell'offerta pubblica stanno cristallizzando una nuova stratificazione sociale:

- **Cittadinanza Solvente:** Chi dispone di reddito o coperture integrative soddisfa le proprie necessità attraverso il ricorso al privato.
- **Cittadinanza Fragile:** Chi non ha risorse economiche subisce gli effetti del razionamento pubblico, vedendo il proprio diritto alla salute compresso o negato.

A differenza di chi teorizza la fine ineluttabile della sanità pubblica, il rilancio dell'universalismo è possibile, ma richiede un cambio di paradigma nella formazione e nell'inquadramento del personale.

Verso una professionalità di "Valore"

Per tornare all'universalità delle cure, è necessario che gli atti professionali non siano più definiti solo per mansioni o competenze tecniche, ma per la capacità di governare la complessità. Serve un nuovo operatore sanitario capace di gestire simultaneamente necessità relazionali, cliniche, gestionali e finanziarie, orientando l'agire medico verso il paradigma del **"valore"** (esiti reali per il paziente in rapporto alle risorse impiegate), unica via per sottrarre il professionista e il malato alla dittatura dell'economicismo.

11. Il paradosso dell'appropriatezza: tra vincoli di bilancio e autonomia clinica

Complessità, necessità ed evidenza sono le coordinate che oggi impongono un ripensamento profondo della pratica medica. Tuttavia, le politiche sanitarie degli ultimi decenni hanno spesso commesso l'errore di tentare una riforma della sanità come "contenitore" (strutture e flussi finanziari) ignorando la riforma della medicina come "contenuto" (pratiche e saperi). In questo contesto, l'**appropriatezza** – valore in sé indiscutibile – è stata frequentemente utilizzata come uno strumento di economicismo per colpire i consumi diagnostici e terapeutici.

Il rischio di una "medicina standardizzata"

L'appropriatezza, pur essendo un obbligo di legge (Art. 15-decies L. 229/99), ha assunto nel tempo un'accezione prevalentemente legata all'efficienza e al rapporto costi/benefici. Questo approccio genera una contraddizione pericolosa: il rischio è che, per essere "appropriati ai costi", si finisca per essere "inadeguati alle necessità" del malato.

- **La riduzione dell'autonomia:** Interpretare l'appropriatezza solo come adesione rigorosa a linee guida e vincoli di bilancio trasforma la personalizzazione della cura in uno standard burocratico.
- **L'impatto sul cittadino:** Molte prestazioni vengono escluse dall'area della gratuità perché etichettate come inappropriate, scaricando i costi sul paziente o limitando l'efficacia del trattamento.

Comportamenti opportunistici e Medicina Difensiva

I sostenitori di una proceduralizzazione spinta imputano ai professionisti una mancanza di responsabilità verso i costi e, in alcuni casi, comportamenti opportunistici che alimentano la **medicina difensiva** o pratiche scorrette

(ricoveri impropri, eccesso di parti cesarei, interessi speculativi). Tuttavia, tali distorsioni sono spesso il riflesso di sistemi retributivi indifferenti ai risultati e all'impegno clinico reale, che spingono il medico verso una prassi più attenta alla tutela legale che all'efficacia terapeutica.

Verso un modello "Value Based": investire sul medico

Per superare l'attuale stallo, la sfida non è "amministrare l'inappropriatezza" attraverso nuovi lacci burocratici, ma cambiare la logica del rapporto tra professionista e sistema. Occorre spostare il focus dal "cosa fare" (le procedure) al "chi fa" (la responsabilità della scelta). Le soluzioni proposte per un riallineamento etico ed economico sono:

- **Introduzione del sistema "Value Based":** Adottare parametri retributivi sensibili ai risultati conseguiti, alla qualità dei costi di transazione e al benessere reale generato per il paziente.
- **Superamento del proceduralismo:** Sebbene strumenti come l'EBM (Evidence-Based Medicine) e il *Value Based Pricing* siano fondamentali per combattere le diseconomie, essi non possono sostituire la **sintesi del medico**. La medicina deve restare "arte" dell'ascolto e dell'intuito, non solo applicazione di precetti.
- **Investimento nel capitale umano:** Per abbattere i comportamenti inappropriati è necessario un medico "più bravo" e autonomo, formato secondo un orientamento neo-ippocratico, capace di navigare nelle super-complessità senza dover regolare la propria condotta esclusivamente su limiti predefiniti.

12. Oltre lo Stato e il Mercato: il Terzo Settore come pilastro della Salute Pubblica

Il 2026 segnerà una data spartiacque per il panorama del non-profit in Italia: l'entrata a pieno regime della riforma che trasforma il Terzo Settore in un attore istituzionale e produttivo di primo piano. Operando nello spazio vitale tra lo Stato (primo settore) e il mercato (secondo settore), questo insieme di cooperative sociali, associazioni di volontariato ed enti filantropici rappresenta oggi un "terzo pilastro" capace di generare nel 2022 circa **84 miliardi di euro di produzione (4,4% del PIL)** e di impiegare quasi un milione di persone.

L'architettura della riforma: trasparenza e identità

La riforma mira a dare un'identità giuridica unificata a realtà eterogenee sotto l'egida degli **ETS (Enti del Terzo Settore)**. I punti cardine di questa trasformazione sono:

- **Il RUNTS:** L'istituzione del Registro Unico Nazionale del Terzo Settore sostituisce i vecchi registri frammentati, garantendo trasparenza e un controllo centralizzato.
- **Addio alle ONLUS:** Dal 1° gennaio 2026, la storica qualifica di ONLUS cesserà di esistere, obbligando gli enti a confluire nella nuova disciplina degli ETS per mantenere le agevolazioni fiscali.
- **L'Impresa Sociale Lucrativa:** Una delle discontinuità più marcate è la possibilità per le imprese sociali di reinvestire e, in parte, ripartire gli utili, ammettendo una forma di lucratività prima vietata e aprendo gli organi amministrativi a imprese private e pubbliche amministrazioni.

Le criticità: burocrazia e rischio di "rifeudalizzazione"

Nonostante gli intenti di semplificazione, la riforma presenta nodi complessi che toccano la storia e la natura altruistica del Paese:

- **Oneri per i piccoli enti:** Gli adempimenti annuali (bilanci, rendiconti nel RUNTS) risultano gravosi per le organizzazioni minori, che rischiano l'esclusione dal sistema o la perdita della qualifica di ente non commerciale.
- **Perdita di prossimità:** Il restringimento del "perimetro legale" del Terzo Settore potrebbe privare le Pubbliche Amministrazioni di quelle "antenne sociali" fondamentali per intercettare i bisogni dei territori.
- **Il dilemma del lavoro:** Esiste il rischio che il Terzo Settore venga utilizzato come strumento di **outsourcing a basso costo** per sostituire il lavoro pubblico con prestazioni volontarie o sotto-remunerate, deprimendo la qualità del lavoro nel comparto sociosanitario.

Terzo Settore e governance sanitaria: una sfida di integrazione

La riforma tenta di importare il modello di "impresa comunitaria", scontrandosi però con una tradizione culturale italiana spesso basata sulla contrapposizione tra capitale e lavoro. Tuttavia, nel contesto del riallineamento del SSN, il Terzo Settore è chiamato a una funzione insostituibile:

- **Integrazione Sociosanitaria:** Gli ETS sono i partner naturali per la gestione delle cronicità e delle fragilità nelle Case della Comunità.
- **Coproduzione di Valore:** Superare la logica della pura mansione per approdare a un coinvolgimento attivo di lavoratori e utenti nella definizione dei percorsi di cura.

In conclusione, la transizione del 2026 impone al Terzo Settore di evolvere da "supplente" delle carenze statali a co-protagonista della governance. La sfida sarà bilanciare le nuove esigenze di trasparenza e managerialità con la missione originaria di solidarietà, evitando che la ricerca della sostenibilità economica si traduca in una riduzione delle tutele per i cittadini e per i lavoratori.

13. I fattori frenanti al cambiamento: barriere strutturali e resistenze culturali

Il processo di trasformazione organizzativa e tecnologica, accelerato dai fondi del PNRR, sta ridisegnando il perimetro del Servizio Sanitario Nazionale. Tuttavia, l'introduzione di innovazioni dirompenti – come l'Intelligenza Artificiale, la telemedicina e le piattaforme di dati unificate – non è un semplice processo di sostituzione tecnologica, ma una sfida che impone un ripensamento radicale dei modelli di lavoro.

Il successo di questa transizione dipende dalla capacità di superare una serie di barriere multidimensionali che fungono da "fattori frenanti" al cambiamento. La seguente tabella sintetizza le principali criticità emerse nel contesto italiano:

MATRICE DEI FATTORI FRENANTI (BARRIERE AL CAMBIAMENTO)		
Dimensione	**Fattore Ostacolante**	**Descrizione e Impatto**
Culturale	Resistenza Psicologica	Paura dell'ignoto e attaccamento al "si è sempre fatto così", che genera sovraccarico emotivo.
Organizzativa	Modelli Gerarchici	Strutture verticali e rigide che inibiscono la collaborazione multidisciplinare e l'innovazione.
Competenze	Gap Digitale	Carenza di "figure ibride" capaci di integrare visione clinica e padronanza tecnologica.

Tecnica	Obsolescenza & Silos	Apparecchiature datate e sistemi informatici non interoperabili che frammentano i dati.
Strategica	Mancanza di KPI	Assenza di indicatori condivisi per misurare l'impatto reale del cambiamento sui processi.

Le dimensioni della resistenza

Le esperienze maturate nel contesto italiano evidenziano come il disallineamento tra gli investimenti tecnologici e la realtà operativa sia spesso causato da:

- **Resistenze Psicologiche e Culturali:** La "paura dell'ignoto" e il radicato attaccamento a prassi consolidate ("si è sempre fatto così") generano un sovraccarico emotivo che frena l'adozione di nuovi strumenti. Senza una leadership preparata alla gestione del cambiamento, la sfiducia nelle tecnologie digitali rischia di paralizzare l'innovazione.
- **Limiti Infrastrutturali e di Governance:** L'obsolescenza delle apparecchiature (spesso con oltre 10 anni di vita) e la cronica mancanza di interoperabilità tra i sistemi informatici regionali creano "silos" decisionali. Questa frammentazione ostacola la continuità tra ospedale e territorio, rendendo vani gli sforzi di integrazione.
- **Gap di Competenze e Visione:** La carenza di "figure ibride" – professionisti capaci di coniugare competenze cliniche, tecnologiche e gestionali – impedisce al personale di sfruttare appieno il potenziale digitale. Progetti spesso implementati senza una visione sistemica (mancanza di integrazione tra approccio *Lean* e digitalizzazione) portano a una scarsa misurazione dei risultati attraverso KPI condivisi.

Superare le barriere: dal "cosa" al "perché"

Per trasformare queste criticità in opportunità di crescita, la governance sanitaria deve adottare strategie di *Change Management* strutturate. Non è sufficiente acquistare tecnologia; occorre governare il fattore umano attraverso un approccio metodologico che coinvolga attivamente gli operatori:

STRATEGIE DI SUPERAMENTO E LEVE DI CAMBIAMENTO		
Azione Strategica	**Strumento Operativo**	**Obiettivo Finale**
Leadership Illuminata	Formazione su modelli ADKAR o Kotter	Preparare i dirigenti a guidare i team attraverso la transizione.
Integrazione Metodologica	Sinergia Lean e Digitalizzazione	Snellire i processi prima di automatizzarli per evitare di "digitalizzare lo spreco".
Valorizzazione Risorse	Identificazione dei "Giver" (altruisti)	Coinvolgere i professionisti più propensi all'innovazione come *ambassador* del progetto.
Sicurezza del Dato	Cybersecurity by Design	Ridurre i timori legati alla privacy attraverso sistemi trasparenti e protetti.
Monitoraggio Continuo	Ciclo PDCA (Plan-Do-Check-Act)	Consolidare i cambiamenti nel tempo e correggere tempestivamente le inefficienze.

L'integrazione necessaria

In definitiva, la transizione verso una sanità moderna può dirsi sostenibile solo se la digitalizzazione viene intesa come una leva per la semplificazione (si veda la Sezione 8) e non come un ulteriore strato burocratico. Integrare i principi della *Lean Healthcare* con l'innovazione tecnologica è la condizione essenziale per restituire dignità al lavoro degli operatori e garantire un'assistenza realmente centrata sul paziente.

MATRICE DELLE BARRIERE E LEVE DEL CAMBIAMENTO

Area di Intervento	**Fattore Frenante (Barriera)**	**Strategia di Superamento (Leva)**	**Obiettivo del Cambiamento**
Culturale & Psicologica	**Resistenza al nuovo:** Paura dell'ignoto e attaccamento al "si è sempre fatto così".	**Leadership & Coinvolgimento:** Formazione su modelli *Change Management* (es. ADKAR) e valorizzazione dei "Giver".	Passare dalla percezione del cambiamento come minaccia alla sua accettazione come opportunità clinica.
Organizzativa	**Rigidità Gerarchica:** Modelli verticali e "silos" che bloccano la collaborazione.	**Integrazione Lean:** Applicazione del metodo PDCA per snellire i processi prima di automatizzarli.	Creare strutture flessibili, multidisciplinari e orientate al miglioramento continuo.
Tecnica & Infrastrutturale	**Obsolescenza & Frammentazione:** Tecnologie datate e sistemi non interoperabili.	**Cybersecurity & Digital First:** Investimento in infrastrutture cloud e sistemi *Cybersecurity by Design*.	Garantire flussi informativi uniformi, sicuri e accessibili su tutto il territorio.

MATRICE DELLE BARRIERE E LEVE DEL CAMBIAMENTO			
Competenze	**Gap Digitale:** Mancanza di formazione specifica e di figure professionali ibride.	**Formazione Continua:** Piani formativi mirati e creazione di team capaci di unire clinica e tecnologia.	Allineare le capacità del personale alle potenzialità degli strumenti digitali (Telemedicina, IA).
Strategica & Analitica	**Mancanza di KPI:** Difficoltà nel misurare l'impatto reale delle innovazioni.	**Governance del Dato:** Definizione di indicatori di performance (*Value Based*) e cultura del dato.	Trasformare i dati in decisioni consapevoli, migliorando l'efficienza e la qualità delle cure.

14. Conclusioni: oltre la logica delle risorse per un nuovo Patto per la Salute

L'analisi condotta in questo capitolo evidenzia come il Servizio Sanitario Nazionale si trovi di fronte a un bivio storico. La crisi della governance, manifestatasi nel passaggio dal federalismo alla frammentazione dei diritti, non è solo un problema di bilanci o di deficit regionali, ma rappresenta una minaccia diretta all'universalismo e all'equità, pilastri fondanti della nostra democrazia.

Il "riallineamento del Sistema" invocato non può dunque limitarsi a una pur necessaria iniezione di risorse finanziarie. Sebbene gli investimenti previsti dalla Manovra 2026-2028 siano vitali, la loro efficacia resta subordinata a un cambio di paradigma radicale su quattro fronti essenziali:

Il recupero della regia statale: dalla frammentazione all'unità di garanzia

È indispensabile che lo Stato riaffermi con vigore il proprio ruolo di garante ultimo e programmatore strategico, invertendo quella deriva centrifuga che ha trasformato il Servizio Sanitario Nazionale in una sommatoria di sistemi regionali asimmetrici. Il superamento del cosiddetto **"diritto legato al CAP"** – odiosa espressione di una cittadinanza sanitaria di serie A e di serie B – non può più essere rinviato. Questo processo di riallineamento deve fondarsi su due pilastri operativi inderogabili:

- **Il monitoraggio prescrittivo dei LEA:** Il controllo sull'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza non deve più limitarsi a una verifica contabile *ex post*, ma deve evolvere in un monitoraggio rigoroso, costante e preventivo. Lo Stato deve dotarsi di poteri sostitutivi e di indirizzo capaci di intervenire tempestivamente laddove le disparità territoriali compromettano l'uniformità delle tutele, garantendo che i medesimi standard di qualità e tempestività siano esigibili da ogni cittadino, indipendentemente dalla latitudine di residenza.
- **La sovranità sul patrimonio informativo:** È necessaria una centralizzazione dei flussi informativi che abbatta i "silos" regio-

nali, troppo spesso isolati e opachi. La creazione di un'infrastruttura dati nazionale, realmente interoperabile e trasparente, è l'unica condizione possibile per una programmazione scientifica basata sui bisogni reali. Solo rendendo i dati clinici ed economici fluidi e confrontabili tra territori sarà possibile eliminare le inefficienze locali, prevenire gli sprechi e governare i processi di mobilità sanitaria in un'ottica di sistema unitario e solidale.

In sintesi, recuperare la regia statale significa passare da un modello di federalismo dell'abbandono a un modello di **federalismo della responsabilità**, dove l'autonomia gestionale delle Regioni sia sempre subordinata al rispetto del patto costituzionale di universalità ed equità.

La semplificazione come motore di sostenibilità

La burocrazia ha smesso di essere un mero onere procedurale per trasformarsi in una vera e propria **"tassa invisibile" sulla salute**, capace di drenare oltre il 30% del tempo lavorativo dei medici e il 25% di quello degli infermieri. Questo disallineamento non rappresenta solo un costo economico – stimato in circa 25 miliardi di euro annui per l'intero sistema Paese – ma un ostacolo etico che allontana il professionista dal letto del paziente. Per rendere il SSN realmente sostenibile, la digitalizzazione deve essere interpretata non come una sovrastruttura tecnologica, ma come una **leva di liberazione del tempo di cura**. Questo obiettivo richiede un salto di qualità nel processo di trasformazione digitale, articolato su tre direttrici sistemiche:

- **Dall'onere amministrativo all'interoperabilità nativa:** Il potenziamento del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e del *Patient Summary* (Profilo Sanitario Sintetico) non deve tradursi in un ulteriore carico di inserimento manuale di dati per gli operatori. Al contrario, il sistema deve evolvere verso un'alimentazione automatica e integrata tra le diverse piattaforme regionali e aziendali. L'interoperabilità deve diventare il presupposto per eliminare le ridondanze, assicurando che l'informazione clinica segua il paziente in tempo reale, abbattendo le barriere dei "silos" informativi che oggi alimentano la medicina difensiva e la ripetizione di esami inutili.

- **Il dato come bussola strategica:** La smaterializzazione dei processi permette di trasformare il dato clinico da reperto statico a **guida predittiva per scelte consapevoli**. Attraverso la gestione integrata dei parametri economici (DRG) e degli esiti clinici (*Outcome*), la governance può abbandonare la logica dei tagli lineari per approdare a una programmazione basata sul valore reale delle prestazioni. In questo modo, il patrimonio informativo del SSN diventa lo strumento per identificare sprechi, misurare l'efficacia dei percorsi terapeutici e orientare le risorse dove il bisogno di salute è maggiore.
- **La restituzione del "tempo della cura":** Semplificare significa, in ultima istanza, restituire centralità alla relazione medico-paziente. Ridurre la "tossicità burocratica" attraverso l'automazione dei processi amministrativi (come il modello *Opt-out* per il consenso o l'autocertificazione dei primi giorni di malattia) permette di riconvertire ore di lavoro burocratico in ore di assistenza diretta. Solo smaterializzando le procedure sarà possibile umanizzare nuovamente il servizio sanitario, garantendo che ogni euro stanziato si traduca in un valore tangibile per il cittadino e in una maggiore dignità professionale per l'operatore.

In sintesi, la semplificazione burocratica è la condizione essenziale affinché l'innovazione tecnologica non diventi un paradosso, ma il catalizzatore di un sistema sanitario moderno, uniforme e realmente accessibile.

Dalla gestione del costo al governo del valore

La sfida epocale posta dall'invecchiamento demografico e dalla crescente prevalenza delle cronicità impone un superamento definitivo dell'**economicismo difensivo**, quella visione miope che ha ridotto la sanità a una mera voce di spesa da contenere. Per garantire la tenuta del Servizio Sanitario Nazionale, la programmazione deve evolvere verso modelli **Value-Based (basati sul valore)**, dove il successo di un intervento non si misura sul risparmio generato nel breve periodo, ma sull'impatto reale prodotto sulla vita del paziente in rapporto alle risorse impiegate. Questo cambio di paradigma richiede un impegno profondo su tre livelli interconnessi:

- **Riformulare l'appropriatezza oltre il risparmio:** L'appropriatezza non può più essere intesa come un sinonimo edulcorato di "taglio dei costi". Essa deve recuperare la sua dimensione di **efficacia clinica ed etica**, diventando lo strumento per garantire la cura giusta, al paziente giusto, nel momento giusto. In un sistema orientato al valore, una prestazione è appropriata quando massimizza il beneficio per la salute e riduce lo spreco derivante da interventi inutili o dannosi, svincolando la decisione medica dalla sola pressione dei vincoli di bilancio.
- **Investire sulla professionalità e l'autonomia medica:** Il cuore del governo del valore risiede nella valorizzazione del capitale umano. Restituire al medico la sua **autonomia decisionale e la sua responsabilità professionale** è l'unico antidoto efficace contro la "deriva burocratica" della medicina. Solo un professionista che si sente supportato dal sistema e non meramente controllato da algoritmi contabili può operare quella sintesi tra evidenza scientifica, esperienza e intuito clinico che è alla base di ogni cura d'eccellenza.
- **Contrastare la medicina difensiva e l'opportunismo:** L'attuale sistema, spesso punitivo e basato su standard rigidi, ha involontariamente alimentato la **medicina difensiva** – un costo enorme per la collettività – e comportamenti opportunistici volti alla mera tutela legale. Riallineare il sistema significa passare da una "sorveglianza procedurale" a una **"valutazione dei risultati"**. Remunerare e premiare la qualità degli esiti (Outcome) e la capacità di gestire la complessità clinica permette di responsabilizzare il medico, trasformandolo da esecutore di linee guida a protagonista consapevole di un patto terapeutico basato sulla fiducia e sui risultati reali.

In sintesi, governare il valore significa riconoscere che la sostenibilità economica è l'effetto di un sistema clinicamente efficace ed eticamente solido. Solo investendo sulla qualità della scelta medica e sulla dignità della professione sarà possibile rispondere ai bisogni di una popolazione che invecchia, trasformando la longevità da costo sociale a risorsa di civiltà.

Integrazione e sussidiarietà

Il futuro del Servizio Sanitario Nazionale non può più essere immaginato come un sistema monolitico e autoreferenziale, ma come un **ecosistema dinamico di alleanze** capace di far dialogare in modo armonico il settore pubblico, il privato accreditato e il Terzo Settore. In un contesto segnato dalla complessità clinica e demografica, la sussidiarietà non deve essere intesa come una delega passiva o una ritirata dello Stato, ma come una **sinergia strategica** volta a costruire una rete di protezione capillare, resiliente e realmente vicina ai bisogni dei cittadini.

Questa visione integrata si declina attraverso tre asset fondamentali:

- **Il Terzo Settore come partner istituzionale:** La riforma degli Enti del Terzo Settore (ETS) rappresenta un'occasione storica per superare la logica del mero "appalto di servizi" e approdare a una fase di **co-programmazione e co-progettazione**. Questi attori, per loro natura radicati nel tessuto sociale, sono le "antenne" fondamentali per intercettare le fragilità emergenti e per umanizzare i percorsi di cura. Integrarli stabilmente nella governance sanitaria significa arricchire il sistema di flessibilità, innovazione sociale e capacità di risposta personalizzata, elementi essenziali per affrontare la sfida della salute nelle comunità.
- **La Long Term Care come frontiera dell'integrazione:** L'implementazione di percorsi strutturati di *Long Term Care* (LTC) offre l'opportunità di abbattere finalmente il muro tra assistenza sanitaria e assistenza sociale. Costruire una rete di protezione che vada **oltre le mura degli ospedali** significa potenziare le cure domiciliari, le strutture residenziali intermedie e i Punti Unici di Accesso (PUA). L'obiettivo è trasformare il domicilio del paziente nel primo luogo di cura, garantendo continuità assistenziale ai cronici e ai non autosufficienti attraverso una presa in carico multidimensionale che sollevi le famiglie da un onere assistenziale spesso insostenibile.
- **Il primato del pubblico nella programmazione e nella qualità:** Affinché l'integrazione con il privato accreditato e il Terzo Settore non degeneri in una frammentazione dei diritti o in una "privatizzazione di fatto", è necessario che il sistema pub-

blico mantenga saldamente il **governo del sistema**. La regia pubblica deve essere in grado di definire non solo il "perimetro" delle prestazioni, ma soprattutto gli standard qualitativi e i criteri di accreditamento. Il pubblico deve esercitare una funzione di **garante della coerenza strategica**, assicurando che ogni attore della rete operi secondo principi di trasparenza, equità e appropriatezza, orientando ogni sforzo verso l'interesse collettivo.

Praticare una nuova sussidiarietà significa, pertanto, riconoscere che la salute è un bene comune la cui tutela richiede la partecipazione di tutti i soggetti della società, a patto che lo Stato rimanga il custode ultimo del valore universale e uniforme delle cure. Solo attraverso questa integrazione intelligente sarà possibile costruire un welfare di prossimità capace di resistere alle sfide del prossimo decennio.

15. Riflessioni conclusive: Il SSN tra responsabilità politica e mandato costituzionale

In ultima analisi, la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale nel prossimo decennio non può essere ridotta a un'equazione finanziaria né risolta esclusivamente attraverso l'incremento nominale della capacità di spesa. Sebbene le risorse siano la linfa vitale del sistema, la vera partita per la sopravvivenza del modello universalistico si giocherà sul terreno della **volontà politica e morale** di attuare riforme strutturali non più procrastinabili. La sfida è quella di passare da una gestione dell'emergenza a una visione di sistema che sappia conciliare l'efficienza economica con la dignità della persona.

Questo percorso di rinascita deve poggiare su due direttrici umane e civili imprescindibili:

- **Riportare il "tempo della cura" agli operatori:** Il personale sanitario, vero motore del sistema, deve essere liberato dalla morsa della tossicità burocratica e dell'economicismo difensivo. Restituire valore all'atto medico e infermieristico significa riconoscere che il tempo speso nell'ascolto, nella diagnosi e nella relazione clinica non è un costo da comprimere, ma la risorsa principale per produrre salute. Solo un professionista valorizzato nella propria autonomia e responsabilità può tornare a essere il garante di un servizio d'eccellenza, arginando l'emorragia di talenti verso il privato e l'estero.
- **La "certezza del diritto" per i cittadini:** È necessario ripristinare il patto di fiducia tra Stato e cittadino, garantendo che l'accesso alle prestazioni non sia più un percorso a ostacoli dettato dal censo o dalla "fortuna geografica". La certezza del diritto implica che l'universalismo sancito dall'Articolo 32 della Costituzione torni a essere una realtà tangibile: un patrimonio uniforme e inalienabile dove i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) siano esigibili con la medesima qualità da Nord a Sud, senza deroghe o zone d'ombra.

Assolvere il mandato costituzionale non è più un'opzione, ma un imperativo che impone il coraggio di riallineare il sistema ai suoi valori fondanti. L'innovazione tecnologica e la semplificazione normativa devono smettere di essere feticci fini a se stessi per trasformarsi in armi d'urto contro le disuguaglianze. Solo un impegno etico e organizzativo senza compromessi potrà garantire la sopravvivenza della salute come bene comune universale: un'eredità di civiltà che, dal 1978 a oggi, definisce l'identità del Paese e che deve essere messa in condizione di resistere, con forza, alle tempeste demografiche ed economiche del futuro.

Prevenzione (One Health)

1. Disallineamento Strategico: la teoria contro la pratica

Per decenni, il concetto di tutela della salute è rimasto ancorato a una visione puramente difensiva e reattiva. L'azione del sistema sanitario si è limitata a due direttrici: intervenire ex-post per riparare il danno biologico (cura) o erigere barriere per ostacolare la propagazione delle malattie (prevenzione classica).

Oggi, questa prospettiva è diventata anacronistica. La salute non è più un bene da "difendere" passivamente, ma una condizione da costruire attivamente. Questo cambio di paradigma richiede programmi intersettoriali capaci di riconoscere il legame indissolubile e simbiotico che unisce la salute dell'uomo, quella degli animali e la resilienza dell'ambiente.

Le barriere all'operatività: perché il "One Health" resta sulla carta

Nonostante l'urgenza dettata dalle recenti crisi pandemiche e climatiche, l'approccio **One Health** soffre di un profondo disallineamento all'interno del sistema sanitario. Questo stallo è alimentato da quattro criticità fondamentali che impediscono il passaggio dalla teoria alla pratica clinica e politica:

- **Gap tra Conoscenza e Applicazione:** Esiste un vuoto formativo allarmante; oltre l'**80% del personale sanitario** non applica attivamente questo approccio, che rimane spesso confinato nei trattati accademici. Di conseguenza, anche la cittadinanza resta all'oscuro di quanto la salute individuale sia legata alla resilienza dell'ecosistema, faticando a recepire protocolli di prevenzione integrata.

- **La Cultura dei "Silos" e la Frammentazione Disciplinare:** L'integrazione tra medicina umana, veterinaria e scienze ambientali è ostacolata da strutture sanitarie rigide e compartimentate. Questa incapacità di collaborazione interdisciplinare limita drasticamente l'efficacia del sistema nel contrastare sfide sistemiche e complesse, come le **zoonosi emergenti**, l'impatto dei cambiamenti climatici e la perdita di biodiversità.
- **Deficit di Comunicazione e Formazione:** La mancanza di percorsi formativi dedicati e di una comunicazione istituzionale chiara impedisce una comprensione diffusa del concetto. Senza una "lingua comune" tra i diversi settori, l'adozione pratica del paradigma One Health rimane un obiettivo irraggiungibile.
- **Diffidenza verso la Scienza:** Ad aggravare il quadro interviene una crescente resistenza culturale e una diffidenza verso le evidenze scientifiche. Questo scetticismo mina alla base la possibilità di attuare politiche di tutela ambientale e animale percepite erroneamente come distanti dalla cura del singolo paziente.

Il persistere di una visione frammentata della salute produce effetti diretti sulla sicurezza sanitaria nazionale, che possono essere riassunti in due criticità fondamentali:

- **erosione dell'efficacia preventiva**: il mancato coordinamento tra i settori riduce drasticamente la nostra capacità di intercettare e gestire le minacce sanitarie interconnesse. Senza un monitoraggio costante dell'interfaccia tra uomo, animali ed ecosistemi, la prevenzione delle future pandemie – che quasi sempre traggono origine da questo delicato punto di contatto – risulta depotenziata, lasciandoci reattivi anziché proattivi di fronte alle emergenze;
- **mantenimento di un approccio frammentato:** continuare a considerare la salute umana come un'entità isolata e indipendente da quella animale e ambientale impedisce lo sviluppo di una visione multidisciplinare. Questo approccio a compartimenti stagni tradisce il fulcro del concetto One Health, precludendo l'opportunità di attivare sinergie che potrebbero ottimizzare le risorse e migliorare i risultati di salute pubblica a lungo termine.

2. Dal Sistema Sanitario "riparatore di malattie" a "generatore di salute"

Il nostro sistema universalistico agisce ancora prevalentemente come un **riparatore di malattie**. Per evolvere in un sistema *health-oriented*, dobbiamo superare la logica igienistica ferma al Regio Decreto del 1934. Per evolvere verso un modello autenticamente **health-oriented**, il nostro sistema universalistico deve compiere un salto di qualità epistemologico, superando definitivamente una logica igienistica che, nei fatti, appare ancora ancorata all'impostazione del Regio Decreto del 1934.

Questo cambiamento si articola su due fronti critici:

- **Il limite dell'Igiene tradizionale: oltre la vigilanza.** L'attuale impianto della prevenzione ricalca ancora troppo spesso le funzioni dell'antico ufficiale sanitario, concentrandosi su compiti di vigilanza, denunzia e certificazione. Si tratta di una visione statica, una scienza del "mantenimento" che punta a preservare lo *status quo* biologico. Al contrario, la prevenzione moderna deve essere una scienza della "produzione", capace di generare proattivamente nuovi e superiori livelli di benessere individuale e collettivo attraverso l'innovazione dei processi e degli stili di vita.
- **"Salute in tutte le Politiche": il Fondo Salute Intersettoriale.** Se riconosciamo che la salute è il risultato di fattori determinanti come la qualità del cibo, la salubrità dell'acqua, la purezza dell'aria e la pianificazione urbanistica, non possiamo più delegare la sua tutela esclusivamente al Ministero della Salute. La salute è un esito politico globale. È dunque necessario istituire un **"Fondo Salute" intersettoriale**, un meccanismo di finanziamento alimentato dai contributi di tutte le politiche economiche e sociali (Ambiente, Agricoltura, Trasporti, Lavoro). Solo responsabilizzando ogni settore sulla produzione di benessere si può trasformare la sanità da centro di costo a obiettivo strategico della nazione.

La sfida ambientale: l'impatto clinico ed economico dell'emergenza

I dati scientifici più recenti dimostrano che l'ambiente non è un semplice "contesto", ma il principale determinante di pressione sulle strutture sanitarie. La crisi ecosistemica si traduce direttamente in un aumento esponenziale della domanda di cure, rendendo il sistema insostenibile nel lungo periodo.

Inquinamento Atmosferico: Una Pandemia Silenziosa

L'inquinamento dell'aria rappresenta la più grave minaccia ambientale per la salute pubblica in Italia ed Europa:

- **Mortalità Prematura:** Con oltre **60.000 decessi annui in Italia** (pari a circa il 10% del totale dei decessi nazionali) e 400.000 in Europa, l'aria inquinata è un fattore di rischio superiore a molti comportamenti individuali.
- **Patologie Correlate:** Non si tratta solo di malattie respiratorie; il particolato ultrasottile (PM2.5) e gli ossidi di azoto sono responsabili di un incremento massiccio di malattie cardiovascolari, ictus e tumori polmonari.
- **Il Costo delle Diseconomie:** Ogni decesso prematuro e ogni ricovero per cause ambientali generano una **diseconomia sistemica**. Questo include la perdita di anni di vita produttiva, l'aggravio dei costi ospedalieri e l'aumento della spesa farmaceutica per patologie croniche che potrebbero essere evitate con politiche ambientali più rigorose.

Malattie vettoriali e zoonosi: gli effetti del cambiamento climatico

Il mutamento dei climi sta ridisegnando la geografia delle malattie, abbattendo le barriere naturali tra specie e territori:

- **Mortalità Globale:** Ogni anno si registrano circa **700.000 decessi nel mondo** causati da malattie trasmesse da vettori (zanzare, zecche, flebotomi).

- **Tropicalizzazione del Mediterraneo:** L'innalzamento delle temperature medie in Italia favorisce la proliferazione di vettori precedentemente estranei al nostro clima, portando alla comparsa di focolai autoctoni di virus come West Nile, Dengue e Chikungunya.
- **Resilienza e Prevenzione:** Questi dati sono destinati a crescere proporzionalmente al riscaldamento globale. Senza una sorveglianza integrata (One Health) capace di monitorare la salute degli ecosistemi e la fauna selvatica, il SSN si troverà a gestire emergenze infettive sempre più frequenti e costose.

Proposte analitiche per una Prevenzione moderna

Per garantire la tenuta del Servizio Sanitario Nazionale, è necessario passare da una gestione passiva della lista d'attesa a una **governance proattiva dei determinanti di salute**. "Riformare la domanda" significa agire prima che il cittadino diventi paziente, attraverso leve analitiche fondamentali:

- **Analisi territoriale granulare: l'"Epidemiologia di Precisione".**

Il potenziamento dei registri di patologia, con particolare riferimento ai registri tumori, non deve più limitarsi a fini statistici nazionali, ma diventare uno strumento di sorveglianza attiva sul territorio:

- **Mappatura per CAP (Codice di Avviamento Postale):** L'analisi dei dati su scala micro-territoriale permette di identificare cluster di malattia legati a specifici fattori ambientali (es. vicinanza a poli industriali, zone ad alto traffico, siti di smaltimento).
- **Interventi mirati:** Individuare un'anomalia epidemiologica a livello di quartiere consente di attivare programmi di screening specifici e campagne di bonifica o mitigazione ambientale, trasformando la prevenzione da universale (e spesso generica) a **selettiva e ad alto impatto**.
- **Contrasto alla Resistenza Antimicrobica (AMR): Una sfida di biosicurezza.**

La resistenza agli antibiotici rappresenta una delle minacce più silenziose e letali per la medicina moderna. Applicare il paradigma One Health in questo campo è l'unica via per preservare l'efficacia delle cure:

- **Monitoraggio Integrato:** è necessario tracciare l'uso di antibiotici non solo in ambito clinico-umano, ma soprattutto nella **zootecnia intensiva** e negli scarichi ambientali (acque reflue).
- **Prevenzione dei super-batteri:** ridurre la pressione selettiva ambientale è fondamentale per impedire la nascita di ceppi multiresistenti che, se trasferiti all'uomo, rendono inutili interventi chirurgici di routine e terapie oncologiche, aumentando esponenzialmente la mortalità ospedaliera e i relativi costi.

Sostenibilità economica: la "Salute" come "Valore di Bilancio"

Bisogna scardinare l'idea che la prevenzione sia un costo aggiuntivo, riconoscendola come l'unico vero investimento capace di stabilizzare i conti della sanità:

- **Dalla spesa incrementale al risparmio strutturale:** la cura delle patologie croniche è una spesa per definizione incrementale (più la popolazione invecchia, più costa curarla). La **creazione di salute**, agendo sugli stili di vita e sui determinanti ambientali, è l'unico strumento per ridurre il volume complessivo delle prestazioni richieste.
- **Gestibilità dell'offerta:** riducendo il ricorso "mutualistico" e improprio al SSN attraverso una popolazione più sana, l'offerta di servizi (ospedalieri e specialistici) può finalmente essere dimensionata sui bisogni reali, garantendo tempi d'attesa certi e cure d'eccellenza per le acuzie.

Sicurezza

1. Sicurezza delle cure: dal rischio individuale alla responsabilità di sistema

Il concetto di sicurezza in ambito sanitario ha subito una metamorfosi radicale: non è più inteso come la semplice assenza di errore individuale, ma come il risultato di un **sistema coordinato e resiliente**. In questa nuova prospettiva, il **disallineamento organizzativo** – ovvero la mancata sincronia tra risorse, processi e obiettivi – non è più un imprevisto, ma una vera e propria "faglia strutturale" che trasforma la struttura sanitaria in un ambiente ad alto rischio, esponendola a pesanti responsabilità dirette.

L'evoluzione normativa e giurisprudenziale ha spostato il baricentro dalla "colpa individuale" del clinico alla **"responsabilità per difetto organizzativo"**. Questo mutamento implica che le carenze sistemiche siano oggi considerate tra le principali cause di danno ai pazienti. La struttura sanitaria è chiamata a rispondere direttamente del danno ogni qualvolta il disservizio sia imputabile a falle quali:

- **Carenze di organico:** personale sottodimensionato o turni scoperti che compromettono la continuità assistenziale e la vigilanza.
- **Gap tecnologico:** utilizzo di macchinari obsoleti o mancanza di strumentazione diagnostica e terapeutica adeguata.

- **Inadeguatezza logistica:** assenza di reparti chiave o percorsi strutturali non idonei alle necessità cliniche.

In sintesi, la disorganizzazione non è più una fatalità o un'esimente, ma diviene essa stessa la **prova della responsabilità** della struttura, indipendentemente dalla condotta del singolo operatore. La sicurezza delle cure si garantisce, dunque, solo attraverso un perfetto allineamento tra la pianificazione gestionale e l'erogazione clinica.

2. Dinamiche del disallineamento: cause e conseguenze

Il malfunzionamento dei flussi organizzativi innesca una reazione a catena che compromette inevitabilmente l'esito clinico e l'incolumità del paziente, agendo su due livelli:

- **Fattori abilitanti l'errore:** quando l'organico è insufficiente o le risorse tecnologiche sono carenti, si creano le condizioni ideali per diagnosi tardive, errori terapeutici o esecuzioni chirurgiche scorrette. Il sistema, in questo caso, "forza" l'errore umano.
- **Criticità di processo:** una comunicazione frammentata tra i professionisti e flussi di lavoro non ottimizzati aumentano esponenzialmente il rischio di complicanze prevenibili. Un esempio emblematico è rappresentato dalle infezioni nosocomiali, spesso derivanti da una gestione sub-ottimale degli spazi e dei protocolli igienici causata da pressioni organizzative.

Per garantire cure sicure, la struttura sanitaria deve evolvere verso un modello di gestione proattiva del rischio (*Risk Management*), basato su:

- **Ottimizzazione dei flussi e riduzione degli sprechi:** ristrutturare i percorsi critici (es. Pronto Soccorso e blocchi operatori) eliminando i passaggi ridondanti e riducendo i tempi di attesa che logorano il sistema.
- **Mappatura dinamica del rischio:** utilizzare strumenti analitici per individuare preventivamente le aree critiche e implementare strategie di prevenzione mirate e costanti.
- **Bilanciamento del carico di lavoro:** ottimizzare le agende e la logistica (es. gestione dei farmaci e flussi di dimissione) per eliminare i "tempi morti", prevenire il sovraccarico cognitivo del personale e garantire la continuità terapeutica.

3. Cyberscurity : la protezione digitale come priorità clinica

Nella sanità contemporanea, la protezione dei dati non è più solo una questione di privacy, ma un requisito essenziale per l'erogazione delle cure. L'attuale architettura sanitaria, basata su sistemi interconnessi e dati ipersensibili, è diventata un bersaglio privilegiato per il crimine informatico. In Italia, la gravità della situazione è confermata dall'Agenzia sulla Cybersicurezza Nazionale (ACN): il 50% degli attacchi malevoli contro le strutture sanitarie si traduce in incidenti reali, compromettendo gravemente la continuità dei servizi salvavita.

Il sistema soffre di un profondo "gap di protezione" dovuto al disallineamento tra la rapidità dell'innovazione e la fragilità delle infrastrutture di sicurezza. Questa faglia non è un semplice limite tecnico, ma riflette una carenza di visione strategica che può essere sintetizzata in quattro fattori critici:

- **Vulnerabilità dell'ecosistema connesso**: l'adozione massiccia di telemedicina e dispositivi IoT ha ampliato i punti di attacco senza una protezione perimetrale equivalente.
- **Obsolescenza dei sistemi**: l'impiego di tecnologie datate e non aggiornate offre varchi strutturali ideali per incursioni di tipo *ransomware* (*malware* con riscatto).
- **L'errore umano come varco sistemico**: la limitata consapevolezza del personale (es. esposizione al *phishing*, a truffe informatiche) rimane la vulnerabilità principale, rendendo il fattore umano l'anello debole della catena difensiva.
- **Mancanza di governance multidisciplinare**: relegare la sicurezza a mero "problema informatico" impedisce alla *governance* di stanziare investimenti adeguati e di adottare un approccio olistico alla protezione.

In definitiva, proteggere il dato oggi significa proteggere la vita stessa del paziente, poiché la paralisi digitale si traduce immediatamente in una paralisi clinica.

4. Conseguenze: oltre la privacy, il rischio clinico

Le ripercussioni di una violazione informatica sono sistemiche e incidono direttamente sul paziente:

- **Interruzione delle cure:** il blocco dei sistemi IT impedisce l'accesso a cartelle cliniche, esami diagnostici e piani terapeutici, causando ritardi potenzialmente letali.
- **Violazione della riservatezza:** l'esproprio di dati sensibili espone i pazienti a rischi psicologici, sociali e furti d'identità.
- **Danni economici e reputazionali:** i costi di ripristino, le sanzioni e la perdita di fiducia dei cittadini drenano risorse vitali per il sistema sanitario.

5. Soluzioni strategiche per la resilienza digitale

Per garantire la resilienza del Servizio Sanitario Nazionale di fronte alle moderne minacce cibernetiche, la cybersecurity deve smettere di essere considerata un costo tecnico "accessorio" per diventare una componente vitale delle core **business sanitario**. Proteggere il dato significa, oggi, proteggere la vita del paziente. Ecco una declinazione analitica dei **quattro pilastri** necessari per questo cambio di paradigma:

1. Visione olistica e preventiva: la sicurezza come protocollo clinico.

La cybersecurity deve uscire dai centri elaborazione dati (CED) per entrare nei reparti.

- **Integrazione nei piani di emergenza:** così come esistono protocolli per il maxi-afflusso di feriti, devono essere definiti protocolli di **continuità operativa digitale** che stabiliscano cosa fare in caso di blocco dei sistemi (es. passaggio alla documentazione cartacea d'emergenza, backup offline dei dati vitali).
- **Sicurezza "by design":** ogni nuovo processo clinico o acquisto di elettromedicali deve prevedere una valutazione d'impatto sulla sicurezza informatica sin dalla fase di progettazione.

2. Cultura della sicurezza: l'operatore come firewall umano.

Il fattore umano è la vulnerabilità più frequente, ma può diventare la risorsa più preziosa.

- **Formazione continua e specifica:** non semplici corsi teorici, ma simulazioni pratiche (es. test di phishing etico) per abituare medici e infermieri a riconoscere le minacce.
- **Responsabilizzazione attiva:** trasformare l'utente da spettatore passivo a **presidio attivo**, promuovendo la segnalazione

immediata di anomalie nei sistemi, riducendo così i tempi di rilevamento di un attacco (dwell time).

3. Modernizzazione e architettura "Zero Trust".

In un ecosistema digitale dove i dati viaggiano tra ospedale, territorio e dispositivi mobili, il vecchio concetto di "perimetro protetto" è superato.

- **Mai fidarsi, verificare sempre:** il modello **Zero Trust** impone che ogni accesso alla rete, sia esso interno o esterno, venga autenticato, autorizzato e crittografato costantemente. Nessun utente o dispositivo gode di fiducia implicita solo perché si trova dentro l'ospedale.
- **Aggiornamento tecnologico:** eliminare i sistemi *legacy* (obsoleti) che non ricevono più patch di sicurezza e che rappresentano la porta d'ingresso preferita per i ransomware.

4. Sicurezza della Supply Chain: la protezione dell'ecosistema.

La sanità dipende da una miriade di fornitori esterni (gestionali, manutentori di macchinari, servizi cloud).

- **Standard rigidi per i terzi:** estendere gli obblighi di sicurezza a tutta la filiera. Un fornitore con difese deboli è un "cavallo di Troia" che può infettare l'intera rete aziendale.
- **Audit e certificazioni:** richiedere garanzie formali e verifiche periodiche sulla resilienza informatica di chiunque abbia accesso, anche remoto, alle infrastrutture critiche del SSN.

Conclusione: la doppia faccia della sicurezza

In sintesi, **sicurezza delle cure e cybersecurity** sono oggi le due facce della stessa medaglia organizzativa. Se la sicurezza clinica protegge il paziente dall'errore umano o strutturale in corsia, la cybersecurity lo protegge dalla paralisi del sistema stesso. In un SSN moderno e universalistico, la continuità assistenziale non si garantisce più solo con la presenza fisica dei sanitari, ma attraverso la **protezione dell'integrità dei sistemi e dei**

dati, senza i quali la medicina contemporanea smetterebbe semplicemente di funzionare.

Tabella di sintesi dei 4 pilastri necessari per integrare la cybersecurity nel cuore del sistema sanitario, trasformandola da costo tecnico a leva di sicurezza clinica

4 PILASTRI PER INTEGRARE LA CYBERSECURITY NEL SSN		
Pilastro	Obiettivo strategico	Azioni operative
1. Visione olistica e preventiva	Integrare la sicurezza digitale nei protocolli clinici e di emergenza.	Definizione di piani di continuità operativa (es. procedure d'emergenza su carta); valutazione d'impatto (DPIA) sin dalla fase di acquisto di nuovi elettromedicali (*Security by Design*).
2. Cultura della sicurezza	Trasformare il personale da "anello debole" a prima linea di difesa.	Programmi di formazione continua; test di *phishing* etico per il personale; sensibilizzazione sulla segnalazione immediata delle anomalie di sistema.
3. Architettura "zero trust"	Eliminare la fiducia implicita all'interno della rete ospedaliera.	Autenticazione costante di ogni utente e dispositivo; crittografia dei dati end-to-end; dismissione o isolamento dei sistemi obsoleti (*legacy*).
4. Sicurezza della supply chain	Proteggere l'intero ecosistema dei fornitori terzi.	Inserimento di clausole di sicurezza rigide nei contratti di fornitura; audit periodici sui sistemi dei partner tecnologici; monitoraggio degli accessi remoti dei manutentori.

Sanità digitale e le frontiere tecnologiche

1. La trasformazione digitale della Sanità: visione, etica e sostenibilità

La tecnologia non deve essere considerata un semplice strumento accessorio, ma una vera e propria leva strutturale che sta trasformando radicalmente il sistema sanitario nel suo complesso. Il digitale rappresenta la componente essenziale di questo cambiamento, guidando l'evoluzione verso un nuovo modello operativo.

L'obiettivo primario di questa trasformazione è il passaggio da un sistema passivo a uno predittivo:

Modello tradizionale (reattivo)	**Nuovo modello (proattivo)**
Focus: cura della malattia conclamata.	**Focus:** prevenzione e mantenimento della salute.
Dinamica: il sistema attende la richiesta dell'utente.	**Dinamica:** il sistema anticipa i bisogni e previene le richieste.
Ruolo tecnologia: strumento di supporto amministrativo/clinico.	**Ruolo tecnologia:** driver strategico per intercettare i bisogni dell'utenza.

La sanità digitale non serve solo a fare "le stesse cose più velocemente", ma a cambiare la natura stessa del servizio, spostando il baricentro dall'ospedale al territorio e dalla terapia alla prevenzione.

Questa evoluzione si fonda su una combinazione di driver tecnologici – connessioni veloci, algoritmi, piattaforme e digitalizzazione dei servizi – e mira a raggiungere tutti i cittadini, indipendentemente dalla loro collocazione geografica.

Per governare un settore complesso che coinvolge sensibilità e saperi diversi, è indispensabile rinunciare ai "campanilismi" e lavorare in squadra. La strategia vincente, secondo il Dipartimento per la trasformazione digitale, si basa su tre leve fondamentali:

Leva strategica	**Descrizione**
Innovazione	Adozione di nuove tecnologie per migliorare i percorsi di cura: integrazione di connessioni veloci, algoritmi avanzati e piattaforme scalabili.
Co-regolazione	Sinergia normativa tra Regioni, Stato centrale e Unione Europea.
Collaborazione	Sinergia costante tra mondo della ricerca, sviluppo industriale e clinica.

Solo eliminando gli squilibri territoriali e colmando il deficit di competenze (sia lato utenti che professionisti) sarà possibile garantire una qualità delle cure uniforme.

L'introduzione dell'Intelligenza Artificiale genera grandi aspettative per il futuro della sanità tecnologica, ma pone al centro il tema della gestione dei dati. **La legislazione italiana definisce un quadro chiaro: riservatezza e innovazione sono conciliabili:**

ETICA E NORMATIVA NELLA GESTIONE DEL DATO SANITARIO	
Elemento chiave	**Descrizione e contesto normativo**
Il principio guida	L'innovazione tecnologica deve essere orientata al rispetto simultaneo dei diritti individuali e di quelli collettivi.

ETICA E NORMATIVA NELLA GESTIONE DEL DATO SANITARIO	
Elemento chiave	**Descrizione e contesto normativo**
La deroga costituzionale	L'unica eccezione ammissibile ai divieti di utilizzo dei dati sensibili è rappresentata dalle funzioni di **interesse pubblico**, come sancito dagli articoli **32** (diritto alla salute) e **117/r** della Costituzione.
L'esempio pratico	Il **Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)** tratta una sfera di informazioni altamente riservate; tuttavia, attraverso il consenso e l'adozione di rigorosi protocolli di sicurezza, permette l'utilizzo di questi dati a beneficio sia del singolo paziente che dell'intero sistema sanitario.

Per rendere l'innovazione una componente stabile del sistema sanitario, la disponibilità di fondi (leva finanziaria) è una condizione necessaria ma non sufficiente. I finanziamenti, da soli, rischiano di creare cattedrali nel deserto se non si interviene preventivamente per colmare i **vuoti strutturali** che oggi impediscono alle soluzioni di diventare scalabili. Le aree critiche su cui intervenire per trasformare un progetto isolato in un sistema funzionante sono quattro:

Area critica	Il problema attuale (freno)	L'obiettivo strutturale
Capacità di calcolo	Infrastrutture server locali spesso obsolete o insufficienti per gestire carichi di lavoro moderni (es. IA).	Adozione di soluzioni Cloud e HPC (High Performance Computing) per garantire potenza di calcolo on-demand.
Qualità del dato	Dati frammentati, non standardizzati e spesso "sporchi" o incompleti.	Governance del dato rigorosa per garantire interoperabilità e utilizzabilità ai fini clinici e di ricerca.

Area Critica	Il problema attuale (Freno)	L'obiettivo strutturale
Sicurezza	Cybersecurity trattata come *add-on* postumo, esponendo il sistema a vulnerabilità critiche.	*Security by design*: la sicurezza è integrata nell'architettura fin dalla progettazione.
Competenze	Personale sanitario e amministrativo non formato all'uso delle nuove tecnologie.	Formazione continua per colmare il gap digitale e abilitare il cambiamento culturale.

L'errore storico che ha frenato la digitalizzazione della sanità italiana è stato il proliferare incontrollato di "progetti pilota": iniziative che nascono grazie a fondi sperimentali ma che muoiono inesorabilmente una volta esaurite le risorse, senza mai evolvere in servizi stabili per la collettività.

Per rendere l'innovazione davvero strutturale, è necessario un cambio di paradigma nel *public procurement*. Gli strumenti innovativi hanno senso solo se riescono a modificare le regole del gioco negli appalti e nella gestione del rischio. La sfida è smettere di "comprare tecnologia" (hardware o licenze) e iniziare a "comprare risultati", vincolando gli investimenti a standard tecnici aperti che garantiscano la continuità operativa ben oltre la durata del singolo finanziamento.

La seguente tabella mette a confronto la vecchia logica sperimentale, da superare, con il nuovo approccio infrastrutturale necessario per la messa a terra del PNRR e delle risorse future.

Dimensione	Approccio "progetto pilota" (da superare)	Approccio "Infrastruttura" (obiettivo)
Focalizzazione	Focus sulla tecnologia o sul prodotto software.	Focus su **risultati misurabili** (es. riduzione liste attesa, outcome clinici)
Rischio	Il rischio è spesso a carico della stazione appaltante (che paga a prescindere dal risultato).	Il rischio e gli incentivi sono spostati verso il raggiungimento di obiettivi concreti.

Dimensione	**Approccio "progetto pilota" (da superare)**	**Approccio "Infrastruttura" (obiettivo)**
Integrazione	Soluzioni *stand-alone*, spesso proprietarie e chiuse.	Integrazione obbligatoria con **appalti e standard tecnici** nazionali.
Sostenibilità	Il progetto muore quando finisce il finanziamento specifico.	Il progetto diventa infrastruttura permanente, manutenibile con fondi ordinari.

2. Il PNRR: leva di trasformazione o bolla speculativa?

Se da un lato il PNRR ha rappresentato una leva fondamentale per la trasformazione digitale del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), dall'altro ha innescato dinamiche di mercato complesse. Per i fornitori di tecnologia, il Piano è stato una straordinaria opportunità di crescita dei ricavi, ma questo fenomeno espansivo nasconde insidie che, se non governate, potrebbero generare impatti negativi a lungo termine.

La "corsa contro il tempo" per rispettare le scadenze del PNRR ha generato due principali fattori di rischio immediato:

SCHEDA: LE ANOMALIE DELLA "CORSA AL PNRR"		
Fattore distorsivo	**Descrizione del fenomeno**	**Impatto economico/operativo**
Inflazione salariale e dei costi	Per gestire l'enorme mole di ordini, le aziende hanno dovuto espandere rapidamente gli organici, spesso strappando talenti ai concorrenti con stipendi al rialzo.	Aumento sensibile dei costi di produzione, giustificato solo dalla quantità di progetti concentrati in un arco temporale irrealistico.
Il "Collaudo Generoso"	Le Aziende Sanitarie, costrette dalle scadenze stringenti, hanno firmato collaudi formali anche a fronte di lavori non perfettamente conclusi ("patto tra gentiluomini").	Si genera un "debito tecnico": i fornitori dovranno completare le opere post-collaudo a proprie spese, erodendo la marginalità futura delle commesse.

La conclusione del ciclo di finanziamenti pone seri interrogativi sulla sostenibilità del sistema. Cosa accadrà quando il mercato tornerà ai volumi di investimento ordinari?

Di seguito, un'analisi comparata delle sfide che attendono Fornitori e Aziende Sanitarie nel "Day After".

Soggetto	**La sfida principale**	**Il rischio concreto**	**Gestione del budget futuro**
FORNITORI (Aziende IT / Consulenza)	Trovare un equilibrio finanziario dopo la fine della "bolla" PNRR.	Erosione dei margini dovuta alla necessità di completare lavori già collaudati (ma non finiti) senza nuovi incassi.	Gran parte delle risorse sarà assorbita dalla manutenzione dei sistemi messi in esercizio incompleti, riducendo lo spazio per nuovi investimenti.
AZIENDE SANITARIE (SSN / Regioni)	Rendere operativi sistemi che risultano formalmente collaudati ma sostanzialmente incompleti.	**Sanzioni della Corte dei Conti** per danno erariale su progetti non funzionanti e impossibilità di chiedere nuovi fondi per progetti teoricamente "finiti".	Difficoltà nel giustificare ulteriori spese per completare ciò che sulla carta risulta già realizzato.

Al di là delle questioni puramente economiche, emerge quella che viene definita la criticità sistemica per eccellenza: la difficoltà di amalgamare e valorizzare quanto è stato realizzato finora.

La necessità di rispettare scadenze stringenti ha costretto il sistema a focalizzarsi esclusivamente sull'essenziale. Questa "corsa al collaudo" ha portato spesso a trascurare funzionalità accessorie, interconnessioni e sottosistemi che, sebbene non bloccanti per la consegna formale, sono vitali per trasformare una massa di dati grezzi in informazioni cliniche utili.

Il pericolo concreto è che la tecnologia consegnata rimanga una "scatola vuota" o parzialmente funzionante: infrastrutture potenti ma scollegate dai

processi reali di cura. Di seguito, il confronto tra l'approccio adottato per necessità e quello richiesto per generare valore:

Dimensione	**Approccio PNRR (Fase di emergenza)**	**Approccio necessario (Fase di valore)**
Obiettivo	Rispetto dei tempi di consegna e collaudo formale.	Creazione di **valore tangibile** per pazienti e operatori.
Focus tecnico	Realizzazione del "core" essenziale del sistema.	Sviluppo di funzionalità accessorie e sottosistemi di integrazione.
Risultato	Piattaforme esistenti ma spesso isolate o incomplete ("Scatole Vuote").	Ecosistema di dati interconnessi che supportano la decisione clinica.
Governance	Frammentata tra molteplici enti, spesso ostacolo alla visione d'insieme.	Regia unica focalizzata sull'amalgamare quanto commissionato.

La vera partita per gli enti di governo della sanità digitale – la cui eccessiva molteplicità rischia di trasformarsi in un ulteriore collo di bottiglia – si gioca ora sulla **capacità di trasformare la spesa in servizio**. Senza un'azione decisa di recupero e integrazione delle parti mancanti, gli investimenti rischiano di non produrre quel cambiamento qualitativo atteso dai cittadini e dai professionisti sanitari.

3. Il disallineamento tecnologico: infrastrutture vs competenze

Per comprendere le difficoltà della sanità digitale, occorre partire dal contesto macroeconomico. Secondo il Global Innovation Index 2025 (WIPO), l'Italia si posiziona al 28° posto nel mondo e al 18° tra i Paesi europei. Tuttavia, analizzando i dettagli, emerge una frattura netta: mentre le infrastrutture digitali sono un punto di forza (27° posto), il Paese arranca in modo preoccupante sul fronte del capitale umano e della sofisticazione del mercato.

Tabella: Il Posizionamento dell'Italia (Global Innovation Index 2025)

Indicatore	**Ranking**	**Analisi del dato**
Infrastrutture digitali	**27°**	Punto di forza grazie all'accesso ICT e alla qualità dei servizi online.
Capitale umano e ricerca	**32°**	Sostenuto dall'istruzione ma frenato dalla scarsa spesa in R&S e competenze digitali.
Sofisticazione del mercato	**52°**	Indicatore critico che segnala difficoltà nell'assorbimento dell'innovazione.

Come si riflette questo scenario nel settore sanitario? Nonostante le speranze riposte nella Missione 6 del PNRR, il disallineamento tecnologico rimane una costante. Il problema non è l'assenza di tecnologia, ma il **divario tra la sua potenziale efficacia e la sua effettiva applicazione**. Assistiamo a una sanità a "doppia velocità": tecnologie avanzate introdotte in contesti organizzativi obsoleti, caratterizzati da logiche a silos verticali e mancanza di interoperabilità.

Il **disallineamento è alimentato** da fattori specifici che richiedono soluzioni sistemiche:

La causa (Il blocco)	**La conseguenza (Il sintomo)**	**La soluzione (La terapia)**
Divario culturale La tecnologia corre più veloce della capacità di adattamento delle persone.	**Inefficienza operativa** Le tecnologie vengono usate in modo scorretto o parziale, vanificando l'investimento.	**Trasformazione culturale** Promuovere il valore dell'innovazione a tutti i livelli, non subirla come imposizione.
Mancanza di formazione Deficit di competenze sia nel personale sanitario che nei pazienti.	**Disuguaglianze (Digital Divide)** Rischio di escludere dai servizi (es. telemedicina) chi non ha alfabetizzazione digitale.	**Investimenti in formazione** Reskilling massivo del personale e alfabetizzazione digitale per i pazienti.
Soluzioni "fatte in casa" Software *home-made* o fornitori non conformi agli standard.	**Obsolescenza e rischi** Sistemi non manutenibili, costi elevati e falle nella sicurezza dei dati.	**Standardizzazione** Adozione obbligatoria di soluzioni interoperabili e conformi agli standard nazionali.
Processi obsoleti Integrazione di tecnologia nuova su flussi di lavoro vecchi.	**Barriere all'innovazione** Rigetto della tecnologia da parte di medici e pazienti.	**Pianificazione strategica** Integrare tecnologia, processi e modelli di business in una visione a lungo termine.

Mentre l'acquisizione di hardware e software è un processo rapido e immediato, la maturazione delle competenze richiede tempi lunghi e investimenti costanti. Questo **disallineamento temporale** rappresenta oggi il principale freno all'innovazione sanitaria.

BOX PRATICO: IL FATTORE UMANO È IL VERO COLLO DI BOTTIGLIA		
Dimensione	**Dettaglio e analisi**	**Implicazione strategica**
Il dato	L'Italia si posiziona solo al **32° posto** globale per capitale umano e ricerca (Global Innovation Index 2025).	Nonostante infrastrutture digitali discrete (27° posto), il deficit di competenze umane impedisce di sfruttarle appieno.
L'impatto	Senza un'adeguata formazione di medici e pazienti, le tecnologie restano inespresse.	Anche la piattaforma di telemedicina più avanzata rischia di rimanere una **"scatola vuota"**, generando inefficienza invece che valore.
L'azione	Necessità di vincolare i fondi PNRR non solo all'acquisto di tecnologia ("licenze software"), ma a riforme strutturali.	È obbligatorio affiancare agli investimenti piani di **change management** e formazione diffusa, rendendo il personale protagonista della trasformazione.

Il paradosso operativo: sospesi tra due mondi

La conseguenza diretta del deficit di competenze è che il Servizio Sanitario Nazionale, così come gran parte della Pubblica Amministrazione, vive oggi un paradosso evidente: è digitale nei documenti, ma analogico nei corridoi.

Nonostante la diffusione di SPID, PEC e portali, la realtà quotidiana smentisce spesso la promessa di modernità. I documenti nascono digitali ma vengo-

no stampati, protocollati manualmente e spostati fisicamente da una scrivania all'altra, replicando vecchi passaggi cartacei che la tecnologia avrebbe dovuto eliminare. In questo scenario, la digitalizzazione rischia di trasformarsi in un costo aggiuntivo, un "rivestimento superficiale" sopra procedure obsolete che duplica il lavoro (il "doppio binario") invece di semplificarlo.

La nuova sfida: l'intelligenza artificiale e la burocrazia 4.0

A questa complessità gestionale si aggiunge ora l'introduzione dell'Intelligenza Artificiale. Se non governata con un approccio organico, l'IA rischia di moltiplicare le inefficienze del cartaceo, automatizzando la burocrazia invece di eliminarla.

Il legislatore italiano, con l'approvazione della legge sull'IA, ha introdotto criteri di trasparenza e responsabilità per gli algoritmi pubblici. Questo implica che la modernizzazione non riguarda più solo l'efficienza, ma la capacità decisionale automatizzata.

SCHEDA: OPPORTUNITÀ E RISCHI DELL'IA NELLA PA		
Ambito	**Opportunità (teoria)**	**Rischio (pratica)**
Salute	Diagnosi precise, identificazione di trend epidemiologici invisibili all'occhio umano.	Esacerbazione delle disuguaglianze se i dati di addestramento non sono rappresentativi.
Produttività	Automazione delle attività amministrative ripetitive per liberare tempo medico.	Rallentamento dovuto a nuovi adempimenti burocratici per validare le decisioni dell'IA.
Governance	Pianificazione predittiva delle risorse.	Mancanza di competenze interne per gestire la trasparenza degli algoritmi.

Nota: AgID ha annunciato l'inserimento nel Piano Triennale 2024-2026 di **tre linee guida specifiche** per l'IA a supporto della PA, proprio per evitare che questa tecnologia diventi un ulteriore strato di complessità.

Come uscire dal paradosso

La PA è oggi una "rivoluzione a metà". Per completare la transizione non servono nuovi portali, ma una **reingegnerizzazione dei flussi** che elimini i passaggi superflui. La digitalizzazione non deve essere misurata in numero di servizi online attivati, ma nell'effettiva riduzione dei tempi per cittadini e funzionari.

4. Sanità digitale: trasformare il presente per un futuro sostenibile

Il PNRR, con la sua iniezione di risorse senza precedenti, ha generato l'aspettativa di una rapida transizione verso una "Sanità Connessa", capace di colmare il divario tra la domanda crescente di salute e la capacità di risposta del Sistema Sanitario Nazionale (SSN). Tuttavia, nonostante gli sforzi riformatori, i nodi strutturali del sistema non solo permangono, ma in alcuni ambiti sembrano acuirsi, evidenziando che la sola leva economica non è sufficiente per invertire il declino.
L'attuale crisi del modello sanitario è fotografata da tre tendenze emblematiche che minacciano l'equità e l'universalismo delle cure:

Indicatore critico	**Descrizione del fenomeno**	**Impatto sociale**
Spesa out-of-pocket	Crescita costante della quota di spesa sanitaria pagata direttamente dai cittadini.	Aumento delle disparità economiche nell'accesso alle cure.
Carenza di personale	Fuga di medici e infermieri verso il privato o l'estero; incapacità del sistema universitario di compensare il turnover.	Indebolimento strutturale della capacità erogativa del SSN.
Liste d'attesa	Tempi di accesso alle prestazioni eccessivamente dilatati.	Fenomeno della **rinuncia alle cure**, specialmente tra le fasce più svantaggiate**.**

Per rendere l'innovazione strutturale, occorre abbandonare la "cultura dell'adempimento" e adottare una visione sistemica. Secondo l'OCSE, la **Sanità Digitale** è ormai una vera e propria "**determinante della salute**".

Di seguito, i punti di attenzione per una transizione efficace:

- **reingegnerizzazione dei processi:** La digitalizzazione non deve limitarsi a dematerializzare la burocrazia esistente ("fare un po' meglio ciò che si è sempre fatto"), ma deve essere l'occasione per ripensare ex novo i percorsi di cura. Questo cambio di paradigma richiede un massiccio intervento sul capitale umano: non basta fornire nuovi strumenti, serve un *empowerment* reale di operatori e cittadini attraverso il *re-skilling*.

La seguente tabella mette a confronto due approcci diametralmente opposti: **l'automazione** (spesso l'errore commesso finora) che digitalizza l'esistente senza cambiarlo, e la **trasformazione** (l'obiettivo del PNRR) che usa la tecnologia per generare nuovo valore.

Dimensione	**Approccio "vecchio" (automazione)**	**Approccio "nuovo" (trasformazione)**	**Esempio pratico**
Logica di fondo	**Digitalizzare la burocrazia:** replicare in digitale i passaggi burocratici analogici, mantenendo la stessa sequenza e gli stessi vincoli amministrativi.	**Reingegnerizzazione dei flussi:** eliminare i passaggi inutili grazie all'interoperabilità dei dati e alla progettazione *by design* dei processi.	*Vecchio:* scansione di un modulo cartaceo inviato via PEC. *Nuovo:* il modulo non esiste; i dati sono prelevati automaticamente dall'anagrafe.
Oggetto del lavoro	**Il documento statico (PDF):** il focus è sulla dematerializzazione del foglio di carta (es. scansioni, PDF non strutturati) che resta un "*silos*" chiuso.	**Il dato strutturato (Data):** il focus è sul dato nativo digitale (record clinico), elaborabile dagli algoritmi e dall'IA.	*Vecchio:* referto in PDF allegato a un'e-mail. *Nuovo:* dati del referto integrati nel FSE che generano un grafico dell'andamento clinico.

Ruolo dell'operatore	**Esecutore passivo (Data Entry):** il professionista spende tempo a inserire dati o gestire procedure software rigide, percependo il digitale come un onere burocratico.	**Gestore attivo (Decision Maker):** l'operatore è supportato da strumenti di aiuto alla decisione (AI, alert) e si concentra sulla relazione con il paziente.	*Vecchio:* il medico trascrive a mano i dati dal referto alla cartella. *Nuovo:* il sistema precompila la cartella e segnala possibili interazioni farmacologiche.
Esperienza dell'utente	**Stessi processi, solo online:** il cittadino deve comunque fare la "coda", anche se virtuale. La procedura resta complessa e richiede le stesse autorizzazioni.	**Servizio proattivo e personalizzato:** nuovi modelli di cura basati sulla prevenzione e sul monitoraggio remoto, che anticipano il bisogno dell'utente.	*Vecchio:* prenotare una visita di controllo tramite portale web. *Nuovo:* il wearable rileva un'anomalia e il sistema prenota automaticamente il controllo.
Impatto sul sistema	**Efficienza apparente:** si risparmia carta, ma non tempo. I costi spesso aumentano per la gestione del "doppio binario" (analogico + digitale).	**Sostenibilità e valore:** riduzione reale dei tempi di attesa, ottimizzazione delle risorse e miglioramento degli *outcome* di salute.	*Vecchio:* archivi digitali che costano quanto quelli cartacei. *Nuovo:* Riduzione dei ricoveri impropri grazie alla telemedicina.

Questa distinzione è fondamentale per comprendere perché, nonostante gli investimenti tecnologici, spesso non si percepisca un reale miglioramento dei servizi: finché si digitalizza il documento e non il processo, l'inefficienza rimane intatta

- **Convergenza degli investimenti (M1+M6):** non esiste Sanità Digitale (Missione 6) senza un'infrastruttura di connettività solida (Missione 1). È cruciale armonizzare queste due missioni del PNRR per preparare il terreno alle tecnologie di frontiera. Se la Missione 6

costruisce le "strade" della salute (Ospedali di Comunità, Case della Salute), la Missione 1 deve garantire che queste strade siano "asfaltate" con banda ultra-larga e servizi *cloud* sicuri. La sincronizzazione tra gli investimenti in digitalizzazione (M1) e quelli in salute (M6) è l'unica via per abilitare le tecnologie di frontiera. Senza l'infrastruttura sottostante, l'innovazione clinica rimane inapplicabile.

SCHEDA: IL "DOUBLE DRIVER" DELL'INNOVAZIONE		
Tecnologia del futuro (Missione 6)	**Requisito infrastrutturale abilitante (Missione 1)**	**Perché è necessario?**
Intelligenza artificiale (AI)	**Dati strutturati e potenza di calcolo** (Cloud & Edge Computing).	L'IA deve "addestrarsi" su enormi moli di dati puliti e necessita di server potenti per elaborare le risposte in tempi utili.
Robotica chirurgica	**Latenza zero** (5G & Connettività Avanzata).	Il chirurgo che opera a distanza non può permettersi ritardi nel segnale: il movimento della mano deve essere replicato dal robot istantaneamente.
Diagnostica avanzata	**Banda ultra-larga** (Trasmissione real-time).	Le immagini diagnostiche moderne (es. scansioni 3D ad alta definizione) sono file pesantissimi che devono viaggiare in tempo reale per consulti immediati.

- **Governance dell'ecosistema applicativo:** il rischio maggiore per il cittadino è la frammentazione: troppe app, diverse da regione a regione, con logiche di funzionamento opposte. Per evitare disparità territoriali e garantire l'equità di accesso, è urgente definire Linee Guida Nazionali per la User Experience (UX) sanitaria. Affinché le applicazioni sanitarie regionali non siano isole scollegate ma nodi di

una rete nazionale, devono garantire un livello minimo di uniformità basato **su tre pilastri: accesso unico e sicuro; interoperabilità totale, integrazione dei "servizi core".**

BOX PRATICO: LO STANDARD MINIMO DI SERVIZIO PER LE APP REGIONALI		
Requisito funzionale	**Dettaglio operativo**	**Obiettivo strategico**
1. Accesso unico e sicuro	Integrazione nativa e obbligatoria con i sistemi di identità digitale nazionale: SPID (Sistema Pubblico di Identità Digitale) e CIE (Carta d'Identità Elettronica).	Eliminare la gestione di credenziali proprietarie locali e garantire standard di sicurezza uniformi.
2. Interoperabilità totale	Garanzia che documenti critici (referti, ricette, certificati) siano tecnicamente leggibili e validi indipendentemente dalla regione di erogazione o di residenza.	Assicurare la continuità assistenziale anche quando il cittadino si sposta sul territorio nazionale.
3. Integrazione dei "servizi core"	Aggregazione in un'unica interfaccia (All-in-One) di: CUP (Prenotazioni) PagoPA (Pagamenti ticket) FSE (Consultazione storia clinica) Referti (Download documenti).	Evitare la frammentazione e la proliferazione di "micro-app" monoscopo, semplificando l'esperienza utente (UX).

La proposta Strategica: capovolgere il paradigma del consenso

L'attuale meccanismo di raccolta del consenso rappresenta un collo di bottiglia critico. Con percentuali di adesione che in alcune aree del Sud Italia si fermano all'**1-2%**, il rischio concreto è che l'infrastruttura della sanità digitale (FSE, Ecosistema Dati) resti una "scatola vuota", tecnologicamente avanzata ma priva della materia prima necessaria: i dati.

Per superare l'attuale stallo, si propone un cambio di paradigma radicale fondato sull'Art. 32 della Costituzione, che riconosce la salute come fondamentale

interesse della collettività. L'obiettivo ultimo di questo intervento è **trasformare la sanità digitale** da un meccanismo frammentato e "a richiesta" **in un vero e proprio servizio universale.** Si tratta di invertire la logica vigente affinché la disponibilità del dato clinico diventi la norma operativa e non più un'eccezione subordinata alla burocrazia, garantendo così che l'infrastruttura tecnologica possa supportare efficacemente la cura e la ricerca

Dimensione	Modello attuale (opt-in)	Nuovo modello proposto (opt-out)
Meccanismo di adesione	**Attivazione volontaria:** il cittadino deve compiere un'azione esplicita per autorizzare il trattamento dei dati.	**Iscrizione automatica:** l'adesione avviene "di default" (es. alla nascita), analogamente a quanto accade per l'anagrafe tributaria.
Risultato attuale	**Frammentazione:** adesione a macchia di leopardo, database incompleti e scarsa utilità per la ricerca e la cura.	**Universalità:** copertura immediata e massiva della popolazione, rendendo il FSE uno strumento realmente operativo.
Diritto del cittadino	**Consenso preventivo:** la privacy prevale *a priori* sull'utilità collettiva fino a esplicita deroga.	**Diritto di opposizione:** il cittadino mantiene il pieno controllo tramite la facoltà di negare il consenso (*opt-out*) in qualsiasi momento.
Fondamento giuridico	Focus sulla tutela individuale del dato (approccio privacy-centrico tradizionale).	Focus sulla salute come **bene collettivo** (Art. 32 Costituzione) e sull'interesse pubblico.

In questo nuovo scenario, **l'infrastruttura digitale viene concepita come un bene comune attivo di default.** Tuttavia, questo approccio non implica alcuna forzatura verso il cittadino: la libertà di scelta e la tutela

della privacy rimangono centrali e vengono pienamente salvaguardate attraverso un chiaro ed efficace meccanismo di opposizione (*opt-out*). In questo modo, si garantisce a chi lo desidera la facoltà di sottrarsi al flusso digitale, senza però che la scelta del singolo blocchi l'efficienza e la completezza del sistema sanitario per l'intera collettività.

5. Il pilastro dell'ecosistema: il Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0

All'interno della strategia di digitalizzazione finanziata dal PNRR, il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) rappresenta, insieme alla ricetta dematerializzata e alla telemedicina, l'infrastruttura portante della sanità elettronica in Italia. Il passaggio alla versione FSE 2.0 non è un semplice aggiornamento software, ma un tentativo di omogeneizzare dati e documenti a livello nazionale, superando la frammentazione storica dei sistemi regionali.

La riforma amplia e definisce rigorosamente la platea dei soggetti obbligati ad alimentare il FSE, creando un flusso dati che coinvolge l'intero spettro dell'assistenza:

- Aziende Sanitarie Locali (ASL) e Strutture Pubbliche
- Strutture accreditate e Servizi socio-sanitari regionali
- Strutture private autorizzate ed esercenti le professioni sanitarie (anche se operanti in autonomia)

Per governare questa complessità, il legislatore ha introdotto tre linee guida tecniche vincolanti:

Tabella: Le linee guida per l'attuazione del FSE 2.0

Ambito normativo	**Obiettivo tecnico-operativo**
Gestione deleghe	Specifiche per permettere l'accesso ai dati da parte di soggetti delegati (es. caregiver).
Interoperabilità	Standard per garantire che i sistemi FSE delle diverse Regioni dialoghino tra loro senza barriere.
Registrazione e consultazione	Linee operative per tracciare chi inserisce il dato e chi lo consulta, garantendo trasparenza e sicurezza.

Nonostante le grandi aspettative legate all'integrazione con l'Intelligenza Artificiale Generativa e la privacy, i dati attuali fotografano un sistema ancora immaturo.

Secondo il rapporto Eurispes (2024), il divario tra innovazione potenziale e fruibilità reale è marcato:

- **utilizzo:** Solo il **18%** della popolazione ha utilizzato il FSE nel 2024;
- **consenso:** La media nazionale di cittadini che hanno prestato il consenso alla consultazione è ferma al **42%**;
- **contenuti:** Attualmente, solo **quattro tipologie** di documenti sanitari sono effettivamente disponibili in tutte le Regioni.

Il FSE 2.0 deve evolvere da semplice "archivio passivo" a sorgente informativa attiva. Non basta che sia "alimentato" dalle strutture; deve essere esso stesso in grado di alimentare l'offerta di servizi clinici con informazioni non disponibili nella singola azienda sanitaria.

Questo richiede una revisione profonda delle architetture dati e un focus sulla cybersecurity: l'Agenzia per la Cybersicurezza Nazionale (ACN) ha recentemente ribadito l'urgenza di migliorare la resilienza dei dati sanitari per evitare crisi sistemiche.

Il cuore clinico del **FSE è il Patient Summary,** il documento che aggrega le informazioni critiche suddivise in diverse macro-aree:

Area clinica e terapeutica	**Area diagnostica e storia**	**Area stile di vita e amministrativa**
• Allergie, Intolleranze, Allarmi • Terapie Farmacologiche • Vaccinazioni • Protesi, Impianti ed Ausili	• Lista dei problemi attivi • Anamnesi Familiare • Interventi (Chirurgici/Terapeutici) • Indagini diagnostiche e Lab. • Storico Visite e Ricoveri	• Parametri vitali • Stile di vita • Reti di patologia • Esenzioni ticket

Tale documento riassume la storia clinica del paziente e la sua situazione corrente, ed è vitale soprattutto in situazioni di emergenza. Attualmente, la sua creazione e aggiornamento sono delegati al Medico di Medicina Generale

(MMG) o al Pediatra (PLS), previo consenso puntuale del paziente per le integrazioni.

Tuttavia, considerando che la stragrande maggioranza dei dati necessari (esami, ricoveri, farmaci, vaccinazioni) è già presente in altre banche dati digitali o nei referti dematerializzati, **è davvero impossibile realizzare strumenti di implementazione automatica?**

Spostare la compilazione dal "data entry manuale" del medico all'aggregazione automatica" del software libererebbe milioni di ore-lavoro mediche, garantendo un Patient Summary sempre aggiornato e riducendo l'errore umano.

6. La Piattaforma Nazionale di Telemedicina (PNT): governance e sfide

Con il parere positivo della Conferenza Stato-Regioni è stata ufficialmente istituita la **Piattaforma Nazionale di Telemedicina (PNT)**, strutturata in una Infrastruttura Nazionale (INT) e nelle connesse Infrastrutture Regionali (IRT). Questo passaggio, disciplinato dal **Decreto 19 novembre 2025** (*"Disciplina del trattamento dei dati personali nell'ambito della infrastruttura della Piattaforma nazionale telemedicina"*, GU Serie Generale n.301 del 30-12-2025), segna un momento storico: l'Italia è il primo Paese al mondo ad adottare la telemedicina su base nazionale.

Tuttavia, se dal punto di vista formale il quadro è ormai definito per l'avvio, sul piano pratico permangono sfide operative e nodi irrisolti che rischiano di frenare l'effettiva "messa a terra" del progetto.

Architettura e governance del sistema

Il decreto definisce con chiarezza i ruoli istituzionali e l'architettura tecnica, trasformando la Piattaforma in uno strumento strategico non solo di cura, ma di governo sanitario (programmazione, valutazione e *Health Technology Assessment*). Questa tabella delinea la ripartizione delle responsabilità tra gli enti centrali e locali come definito dal decreto:

Attore / Componente	**Ruolo e responsabilità**	**Funzione strategica**
AGENAS	Ente coordinatore della Piattaforma Nazionale di Telemedicina (PNT).	Garantisce l'integrazione con il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e l'Ecosistema Dati Sanitari (EDS).

Attore / Componente	**Ruolo e responsabilità**	**Funzione strategica**
Regioni	Gestori delle Infrastrutture Regionali.	Assicurano l'erogazione dei servizi sul territorio interconnettendosi con il livello centrale.
Piattaforma (PNT)	Strumento di governo sanitario e HTA (Health Technology Assessment).	Permette la programmazione, la valutazione dei servizi e la gestione uniforme dei dati.
Standard di sicurezza	Protezione del dato personale.	Obbligo di cifratura avanzata e protocolli rigorosi di autenticazione per l'accesso.

I modelli operativi: standardizzare l'erogazione

Per superare la frammentazione locale, AGENAS ha rilasciato modelli orientativi che fungono da quadro di riferimento nazionale per la progettazione dei servizi, facilitando l'interoperabilità. Il decreto disciplina l'erogazione uniforme di quattro servizi minimi. La tabella evidenzia le differenze cruciali, specialmente tra Telemonitoraggio e Telecontrollo, come indicato dai modelli orientativi AGENAS:

Servizio	**Target paziente**	**Modalità operativa**	**Obiettivo clinico**
Televisita	Pazienti che necessitano di follow-up, controlli programmati o gestione della cronicità.	Interazione in tempo reale audio-video. Richiede l'intero ciclo: dall'arruolamento (consenso) al referto nel FSE.	Sostituire la visita in presenza per controlli non fisici.

Servizio	Target paziente	Modalità operativa	Obiettivo clinico
Telemonitoraggio.	Pazienti a rischio di **peggioramento rapido.**	Gestione dati in **tempo reale** con sistemi di *alert* automatici trasmessi al medico.	Intervento tempestivo su variazioni acute dei parametri vitali.
Telecontrollo.	Pazienti **cronici stabili.**	Raccolta e trasmissione dati a cadenza **periodica** (non real-time).	Monitoraggio dell'andamento della patologia nel lungo periodo.
Teleconsulto.	Professionisti sanitari (Medico-Medico).	Confronto a distanza tra Medico di Medicina Generale e Specialista.	Evitare l'invio fisico del paziente allo specialista se non necessario.

Una delle novità più rilevanti riguarda la differenziazione clinica delle attività di controllo a distanza:

- **Telemonitoraggio:** dedicato a pazienti a rischio di peggioramento rapido. Richiede la gestione dei dati in **tempo reale** e sistemi di *alert* automatici.
- **Telecontrollo:** dedicato a pazienti cronici stabili. Prevede una raccolta dati a cadenza **periodica** senza necessità di real-time.

Per la **Televisita**, vengono definiti protocolli rigorosi che vanno dall'arruolamento (con consenso) fino alla chiusura con refertazione obbligatoria nel FSE, indicando come ambiti prioritari i follow-up e la gestione della cronicità.

I nodi da sciogliere: economia, normativa e tecnologia

Nonostante l'infrastruttura normativa sia cogente, tre barriere principali ne impediscono l'adozione massiva:

Area critica	Il problema	La coseguenza
Normativa (PDTA)	**Il "vuoto" nei PDTA** La telemedicina non è inserita nei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA).	Se non è prevista dai protocolli ufficiali, i medici non la prescriveranno e non la useranno.
Economica (tariffe)	**Il nodo delle tariffe e la sostenibilità post-PNRR** Mancano tariffe nazionali (soprattutto per il Teleconsulto). Le Regioni in piano di rientro sono bloccate.	Senza rimborsi, post-PNRR il servizio non sarà sostenibile finanziariamente per le ASL e i professionisti.
Tecnologica (Certificazioni)	**I vincoli tecnologici e il *lock-in*** Le piattaforme sono certificate come dispositivi medici legati a specifici device (marca/modello).	Rischio di "lock-in" tecnologico e riduzione della concorrenza. Necessità di standard aperti.

Conclusioni: la trappola del "livello 2"

A che punto siamo davvero? Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), l'Italia è ferma al **"Livello 2"**: **abbiamo definito processi e strutture, ma il sistema non è pienamente operativo**. Permane un divario tra il livello formale raggiunto e l'effettiva operatività sul campo:

Livello di maturità	Descrizione dello stato attuale	Cosa manca per l'operatività piena
Livello tecnico	**Piattaforme collegate:** la Piattaforma Nazionale è collaudata e le regionali sono interconnesse.	Test operativi reali su larga scala (finora mai provati operativamente).
Livello organizzativo	**Definizione processi:** l'OMS classifica l'Italia a "Livello 2" (processi e strutture definiti).	Riorganizzazione del lavoro, logistica dei kit (consegna a domicilio), formazione staff/pazienti.
Livello legale	**Consenso formale:** Il quadro privacy è definito.	Raccolta massiva dei consensi (attualmente necessari per FSE, Telemedicina e Ecosistema Dati separatamente).

Il percorso vero, "umano" e concreto, è ancora tutto da costruire. Senza contare il tema spinoso dei **consensi**: il cittadino dovrà autorizzare ogni singolo passaggio (FSE, Telemedicina, Ecosistema Dati), rischiando di burocratizzare eccessivamente l'accesso alle cure.

7. Le 10 innovazioni che ci cambieranno la vita

Se l'Intelligenza Artificiale ha ormai catturato l'attenzione globale, accelerando processi e stravolgendo abitudini, esistono altre nove tecnologie di frontiera pronte a impattare l'economia e gli stili di vita nel prossimo decennio. Questa panoramica esplora i driver tecnologici che trasformeranno non solo il settore sanitario, ma l'intero tessuto produttivo e sociale.

LE 10 TECNOLOGIE CHIAVE (2025-2035)		
Tecnologia	**Impatto Principale (Core Value)**	**Proiezione Economica (Stime Globali)**
1. Intelligenza Artificiale (AI)	Ottimizzazione e automazione dei processi decisionali.	Trasversale a tutti i settori.
2. Connettività (5G/6G)	Abilitatore di ecosistemi IoT e veicoli autonomi.	$13,2 trilioni entro il 2035 (Qualcomm).
3. Blockchain	Decentralizzazione, trasparenza e sicurezza dei dati.	$1,76 trilioni entro il 2030 (PwC).
4. Digital Twin	Simulazione predittiva di sistemi fisici.	$50 miliardi entro il 2030.
5. Stampa 3D	Produzione on-demand e personalizzata.	$100 miliardi entro il 2030.
6. Realtà Estesa (XR)	Esperienze immersive per formazione e cura.	Settore in forte espansione (Gaming/Sanità).
7. Edge Computing	Elaborazione dati alla fonte (bassa latenza).	$100 miliardi entro il 2030.
8. Informatica Quantistica	Potenza di calcolo esponenziale per simulazioni complesse.	$1 trilione entro il 2035 (McKinsey).

LE 10 TECNOLOGIE CHIAVE (2025-2035)		
Tecnologia	**Impatto Principale (Core Value)**	**Proiezione Economica (Stime Globali)**
9. Cyber Sicurezza	Protezione delle infrastrutture critiche digitalizzate.	Costo del cyber crime: $5.200 miliardi/anno.
10. Biotecnologie	Innovazione biologica per medicina e agricoltura.	$1.000 miliardi entro il 2030 (BCC Research).

Analisi Dettagliata delle Innovazioni (2025-2035)

Intelligenza Artificiale: Sovranità Tecnologica e Multilinguismo.

L'impatto dell'AI va ben oltre l'automazione dei processi; la vera sfida odierna riguarda la "sovranità tecnologica" e la capacità di rendere questi strumenti accessibili e sostenibili.

Un caso emblematico è rappresentato da Velvet, il modello linguistico sviluppato dall'azienda italiana Almawave (Gruppo Almaviva). Con 25 miliardi di parametri, Velvet è progettato specificamente per le 24 lingue ufficiali dell'UE, con l'obiettivo strategico di rendere l'AI meno dipendente dalle Big Tech americane e più vicina alle esigenze della Pubblica Amministrazione europea.

L'adozione di modelli come Velvet permette applicazioni verticali specifiche per il settore medico:

L'INTEGRAZIONE DELL'AI NEI PROCESSI SANITARI		
Ambito di Applicazione	**Funzionalità Abilitata**	**Vantaggio Operativo**
Documentale	Analisi automatica delle Cartelle Cliniche Elettroniche (CCE).	Semplificazione dei contenuti medici e riduzione del carico burocratico.

L'INTEGRAZIONE DELL'AI NEI PROCESSI SANITARI		
Ambito di Applicazione	**Funzionalità Abilitata**	**Vantaggio Operativo**
Interazione	Assistenti vocali multilingue e traduzione in tempo reale (*code-switching*).	Abbattimento delle barriere linguistiche in ospedali multiculturali.Semplificazione dei contenuti medici e riduzione del carico burocratico.
Ricerca	Navigazione della conoscenza specialistica.	Supporto rapido alla consultazione di dati clinici e scientifici complessi.
Supporto sul Campo	Assistenza remota tramite Realtà Aumentata (AR).	Interventi guidati a distanza per operatori sanitari e manutentori.

Connettività Avanzata: L'Era del 5G e del 6G

Il 5G non è solo una rete più veloce, ma un vero salto qualitativo che offre latenza ridotta e capacità di rete massiva. È il catalizzatore necessario per l'Internet of Things (IoT), i veicoli autonomi e la realtà aumentata.

Secondo le stime di Qualcomm Technologies, il 5G potrebbe generare fino a 13,2 trilioni di dollari di valore economico globale entro il 2035, creando oltre 22 milioni di posti di lavoro. Parallelamente, il 6G è già in fase di definizione degli standard e promette di abilitare scenari futuristici come la telemedicina olografica.

Blockchain: La "Fonte di Verità" Condivisa

Spesso confusa esclusivamente con le criptovalute, la *blockchain* è un registro distribuito capace di memorizzare transazioni in modo sicuro, verificabile e permanente senza autorità centrali. Il suo potenziale economico è stimato da PwC in oltre 1,76 trilioni di dollari entro il 2030.

Nel settore sanitario, questa tecnologia risolve la storica frammentazione infrastrutturale garantendo integrità e trasparenza.

I PILASTRI DELLA BLOCKCHAIN IN MEDICINA	
Funzione	**Descrizione e Beneficio**
Integrità del Dato	I dati medici vengono memorizzati in modo immutabile, permettendo ai ricercatori di accedere a pool di dati validati e non falsificabili.
Consenso e Privacy	Attraverso gli *Smart Contracts*, il paziente controlla esattamente chi accede ai propri dati, garantendo che il consenso sia esplicito e tracciato.
Tracciabilità	Monitoraggio sicuro della provenienza dei campioni biologici e della filiera farmaceutica lungo l'intero processo di ricerca.

Digital Twin: Prevedere per Curare

Il "gemello digitale" è la replica virtuale di un sistema fisico che permette di simulare scenari e prevedere problemi prima che si verifichino. Con un mercato che raggiungerà i **50 miliardi di dollari** entro il 2030, in sanità i Digital Twin abilitano la medicina personalizzata (testare cure su modelli virtuali del paziente) e l'ottimizzazione dei flussi ospedalieri, come la gestione delle code in pronto soccorso.

Stampa 3D: Fabbricazione Additiva su Misura

Nota come fabbricazione additiva, questa tecnologia sta rivoluzionando la produzione creando oggetti strato su strato. In ambito medico, permette la creazione di protesi e impianti anatomici perfettamente su misura per il paziente. Il mercato globale è proiettato verso i **100 miliardi di dollari** entro il 2030, con applicazioni che spaziano fino all'edilizia rapida.

Realtà Estesa (XR): Formazione e Riabilitazione

Realtà Virtuale (VR), Aumentata (AR) e Mista (MR) stanno trasformando l'interazione digitale grazie al supporto di AI e 5G. In sanità, la VR è diventata uno standard per la **formazione chirurgica** (simulazione di operazioni complesse senza rischi) e per la riabilitazione neuro-motoria o il trattamento di condizioni psicologiche.

Edge Computing: Elaborazione a "Latenza Zero"

L'Edge Computing inverte il paradigma del cloud: i dati non vengono inviati a un server centrale lontano, ma elaborati "al margine", ovvero direttamente dove vengono generati (sensori, ecografi, videocamere).

Questo approccio, che vale un mercato di 100 miliardi di dollari entro il 2030, è cruciale per la telemedicina e le diagnosi rapide.

IL FLUSSO DI LAVORO DELL'EDGE SANITARIO	
Fase	**Azione Tecnologica**
1. Acquisizione	Il dispositivo *edge* raccoglie dati da sensori medici, imaging o cartelle cliniche.
2. Elaborazione	L'hardware locale (spesso dotato di GPU per l'AI) processa i dati istantaneamente senza inviarli al cloud.

IL FLUSSO DI LAVORO DELL'EDGE SANITARIO	
Fase	**Azione Tecnologica**
3. Azione (AI/ML)	Gli algoritmi individuano condizioni critiche in tempo reale, allertando il medico *prima* della revisione manuale.

Informatica Quantistica: Una Nuova Dimensione di Calcolo

Sfruttando i qubit e fenomeni come l'entanglement, i computer quantistici (es. Google Sycamore, IBM Quantum) eseguono in secondi calcoli che richiederebbero secoli ai computer classici.

Con un valore potenziale di 1 trilione di dollari entro il 2035, questa potenza sarà decisiva per la simulazione molecolare (scoperta di nuovi farmaci) e la crittografia avanzata.

Cyber Sicurezza: La Priorità Assoluta

In un mondo interconnesso, la sicurezza non è opzionale. Il *World Economic Forum* stima che il crimine informatico potrebbe costare all'economia globale fino a **5.200 miliardi di dollari** l'anno nei prossimi cinque anni. Per proteggere infrastrutture critiche come gli ospedali dai ransomware, diventano essenziali l'autenticazione biometrica e sistemi di difesa basati sull'IA.

Biotecnologie: L'Ingegneria della Vita

Unendo biologia e ingegneria, le biotecnologie (mercato da **1.000 miliardi di dollari** entro il 2030) stanno riscrivendo le regole della medicina e dell'agricoltura. Dallo sviluppo dei vaccini a mRNA per il Covid-19 fino all'editing genetico con CRISPR, queste innovazioni permettono di curare malattie ereditarie rare e sviluppare colture agricole resistenti al cambiamento climatico.

FOCUS: le scelte del TIME per l'innovazione quotidiana

Tra le tecnologie di impatto immediato, la categoria *Wearable* segna nel 2025 un'accelerazione decisiva grazie all'IA integrata. Ecco i 6 dispositivi che, secondo il TIME, cambieranno la nostra routine.

IL FUTURO INDOSSABILE (WEARABLE TECH 2025)	
Dispositivo	**Innovazione Chiave**
1. Meta Display & Neural Band	**Realtà Aumentata Neurale:** Occhiali con micro-display controllati da un bracciale che legge i segnali elettrici dei muscoli (nessun tocco necessario).
2. Nuance Audio	**Udito Aumentato:** Occhiali standard con tecnologia *beamforming* per correggere difetti uditivi lievi, eliminando lo stigma dell'apparecchio acustico.
3. Garmin Index Sleep	**Precisione del Sonno:** Fascia da braccio (più accurata del polso) con *Smart Alarm* che sveglia l'utente nella fase di sonno leggero.
4. Eurovigil iBrain	**Neuro-Monitoraggio:** EEG portatile che usa l'IA per mappare biomarcatori di malattie neurodegenerative (Parkinson, Alzheimer) prima dei sintomi evidenti.
5. Oura Ring 4	**Prevenzione Virale:** Anello con funzione "Symptom Radar" capace di prevedere l'insorgenza di influenze analizzando variazioni biometriche sottili.
6. Ozlo Sleepbuds	**Dormire Intelligente:** Auricolari che mascherano i rumori ambientali e custodia che analizza la qualità dell'aria e della luce nella stanza.

Tabella di Sintesi: le 10 tecnologie e il loro impatto sistemico

Tecnologia	Ruolo nell'Ecosistema	Impatto Trasformativo (Key Outcome)
1. Intelligenza Artificiale	**Il Cervello:** Orchestra processi, analizza dati, automatizza decisioni.	Passaggio da processi reattivi a processi **predittivi** e autonomi.
2. Connettività (5G/6G)	**Il Sistema Nervoso:** Trasmissione dati ultra-veloce e massiva.	Abilitazione dell'**IoT pervasivo**, telemedicina olografica e guida autonoma.
3. Blockchain	**La Memoria Sicura:** Registro immutabile e decentralizzato.	Creazione di una **"Verità Condivisa"** senza intermediari (fiducia digitale).
4. Digital Twin	**Lo Specchio Virtuale:** Simulazione di sistemi fisici.	**Prevenzione dei guasti** e test di scenari complessi a rischio zero.
5. Stampa 3D	**La Fabbrica Diffusa:** Produzione additiva on-demand.	**Personalizzazione di massa** e accorciamento delle filiere (Supply Chain).
6. Realtà Estesa (XR)	**L'Interfaccia Immersiva:** Fusione mondo fisico/digitale.	Nuovi paradigmi di **formazione**, riabilitazione ed esperienza utente.
7. Edge Computing	**Il Riflesso Rapido:** Elaborazione dati alla fonte (no latenza).	Risposte **in tempo reale** per applicazioni critiche (es. chirurgia remota).

8. Informatica Quantistica	**Il Super-Calcolatore:** Potenza di calcolo esponenziale.	Risoluzione di problemi insolubili (nuovi materiali, crittografia, farmaci).
9. Cyber Sicurezza	**Lo Scudo:** Protezione di dati e infrastrutture.	Resilienza sistemica contro danni economici stimati in **$5.200 mld/anno**.
10. Biotecnologie	**L'Ingegneria della Vita:** Editing genetico e nuovi vaccini.	Soluzioni per la **salute globale** e la sostenibilità alimentare/ambientale.

8. Conclusioni: verso un ecosistema sanitario connesso

L'analisi condotta in questo capitolo evidenzia come la Sanità Digitale non sia più definibile come una semplice introduzione di nuovi strumenti informatici, ma come una metamorfosi strutturale dell'intero Servizio Sanitario Nazionale.

Siamo di fronte a un cambio di paradigma storico: il passaggio da una medicina reattiva (che interviene a guasto avvenuto, ovvero sulla malattia) a una medicina predittiva e proattiva (che anticipa il bisogno e preserva la salute).

Tuttavia, il percorso verso questo nuovo modello è costellato di sfide critiche. Se il **PNRR** ha fornito la "benzina" finanziaria necessaria per modernizzare le infrastrutture (FSE 2.0, Piattaforma Nazionale di Telemedicina), emergono tre nodi cruciali che rischiano di frenare la messa a terra dei progetti:

- **Il Fattore Umano:** Esiste un disallineamento preoccupante tra la velocità dell'innovazione tecnologica e la lentezza dell'adattamento culturale. Senza un massiccio investimento sulle competenze (di medici, personale amministrativo e cittadini), le nuove piattaforme rischiano di rimanere "scatole vuote".
- **La Trappola della Burocrazia Digitale:** Digitalizzare i processi esistenti senza reingegnerizzarli porta solo a replicare l'inefficienza su schermo. La vera sfida è passare dalla logica del "documento" (statico) a quella del "dato" (fluido e interoperabile).
- **La Convergenza Tecnologica:** Le 10 innovazioni analizzate (dall'AI al 5G, dalla Blockchain ai Digital Twin) non operano a compartimenti stagni. Il futuro appartiene a chi saprà governare la loro convergenza: l'IA ha bisogno dei Big Data del FSE per apprendere, la Telemedicina necessita del 5G per operare in tempo reale, e la Cyber Sicurezza è il prerequisito fondamentale per la tenuta democratica del sistema.

In definitiva, la tecnologia è pronta. La partita decisiva si gioca ora sulla **Governance (capitolo 2)**: la capacità di armonizzare investimenti, normative ed etica per trasformare l'efficienza algoritmica in valore reale per il paziente.

TABELLA DI SINTESI: STRATEGIE E AZIONI PER LA SANITÀ DIGITALE		
Pilastro Strategico	**Obiettivo (Vision)**	**Azioni Operative Chiave**
1. Modello di Servizio	Transizione da **Reattivo** (Cura) a **Predittivo** (Prevenzione).	• Adozione di **Wearable** e sensori IoT per il monitoraggio continuo. • Implementazione di algoritmi predittivi per stratificare il rischio della popolazione.
2. Infrastruttura Dati (FSE 2.0)	Evoluzione da archivio passivo a **Ecosistema Dati** attivo.	• Passaggio al meccanismo **Opt-Out** (adesione automatica) per superare la frammentazione dei consensi. • Automazione del **Patient Summary** (aggregazione automatica dei dati clinici).
3. Telemedicina	Superare il "Livello 2" (solo formale) per raggiungere la **piena operatività**.	• Inserimento della Telemedicina nei **PDTA** e definizione di tariffe nazionali. • Integrazione dei servizi "Core" (CUP, PagoPA, Referti) in app regionali interoperabili (UX unificata).

TABELLA DI SINTESI: STRATEGIE E AZIONI PER LA SANITÀ DIGITALE		
Pilastro Strategico	**Obiettivo (Vision)**	**Azioni Operative Chiave**
4. Capitale Umano	Colmare il **Gap di Competenze** digitali (Italia 32° posto GII).	• Piani massivi di **Reskilling** per il personale sanitario. • Alfabetizzazione digitale del paziente per evitare il *Digital Divide*.
5. Innovazione Deep Tech	Integrare le **Tecnologie di Frontiera** nei processi clinici.	• Uso dell'**AI** per supporto decisionale e riduzione burocrazia. • Impiego di **Digital Twin** per ottimizzare i flussi ospedalieri. • Sicurezza dei dati tramite **Blockchain** e **Cybersecurity by design**.
6. Governance PNRR	Trasformare i progetti pilota in **infrastrutture stabili**.	• Abbandono della logica "acquisto licenze" a favore dell'acquisto di **risultati**. • Pianificazione finanziaria per la sostenibilità *post-PNRR* (manutenzione ed evoluzione).

Oltre la tecnologia: etica, relazione e frontiere terapeutiche

Se i capitoli precedenti si sono concentrati sull'analisi del **"cosa"** (gli strumenti, l'hardware, i software e le infrastrutture che useremo), è ora fondamentale spostare l'attenzione sul **"come"** questi mezzi trasformeranno l'essenza stessa della cura. La sfida dei prossimi decenni, infatti, non sarà puramente ingegneristica, ma profondamente **etica e relazionale**.

Non dobbiamo cadere nell'errore di percepire la tecnologia come un elemento freddo o distaccato che si interpone tra medico e paziente. Al contrario, come sottolinea il filosofo Roberto Mordacci, in una intervista a Wired Health 2025, le tecnologie costituiscono dei veri e propri **"spazi di relazione umana", che nascono dalla volontà di qualcuno di curare qualcun altro**: sono luoghi reali e concreti la domanda di salute incontra la risposta clinica. In questa visione, la contrapposizione tra scienza e umanesimo si dissolve:

"L'anima nella macchina sta interamente nel senso che noi diamo al lavoro di ricerca, lo sforzo che si attua quando si lavora con la voglia di migliorare il sistema delle cure è un impegno sociale e politico. La stessa ricerca biomedica è un momento di relazione anche se il ricercatore non incontrerà mai il paziente. Non c'è alcuna opposizione fra tecnica e umanesimo".

La tecnologia, dunque, non è altro che l'estensione dell'intenzione umana di "prendersi cura". Ogni algoritmo, ogni nuova terapia e ogni dispositivo connesso contengono in sé la volontà originaria di migliorare la vita dell'altro, rendendo l'atto tecnico un atto intrinsecamente umanistico.

1. Il Medico e l'algoritmo: verso una "Deep Medicine"

Il timore di una sostituzione tecnologica nasce spesso da una visione distorta dell'intelligenza artificiale, percepita come un decisore autonomo. La realtà clinica e normativa, delineata anche dall'**AI Act** europeo, disegna invece uno scenario di **simbiosi**: l'algoritmo non compete con il medico, ma lo potenzia, trasformandosi in un "super-assistente" infaticabile. La cura è fatta di intelligenza relazionale, empatia e giudizio umano che nessun algoritmo può replicare. L'IA permetterà di recuperare il tempo sottratto dalla burocrazia per restituirlo alla relazione con il paziente, passando dal concetto di "aggiustare" a quello di "curare".

Come teorizzato da Eric Topol nel concetto di *Deep Medicine*[2], l'obiettivo non è automatizzare la cura, ma "umanizzarla di nuovo"[1]. L'AI si fa carico del lavoro computazionale e burocratico per restituire al medico la risorsa più preziosa e scarsa: il **tempo di relazione**.

L'AI generativa e i sistemi di Machine Learning sono strumenti potenti ma intrinsecamente "assertivi": forniscono risposte basate su probabilità statistiche, spesso dicendo ciò che l'utente vuole sentirsi dire, e mancano di dubbio etico. Per questo motivo, la tecnologia non potrà mai prendere decisioni cliniche autonome.

Il medico evolve da semplice esecutore a supervisore qualificato:

- **L'AI propone:** Analizza milioni di dati, suggerisce diagnosi differenziali basate su pattern invisibili all'occhio umano o organizza piani terapeutici complessi.
- **Il Medico dispone:** Valuta il suggerimento nel contesto specifico del paziente, considerando variabili psicologiche, sociali ed etiche che l'algoritmo ignora. L'essere umano ha sempre l'ultima parola.

---

[2] Topol E., *Deep medicine. How Artificial Intelligence Can Make Healthcare Human Again*,Basic Books, New York, 2019.

Esempi Concreti di Integrazione (Oltre la Teoria)

L'integrazione è già realtà in ambiti specifici dove la macchina supera l'uomo in velocità e precisione di calcolo, ma fallisce nell'interpretazione del contesto.

- **Radioterapia (Il Progetto InnerEye):** Microsoft ha dimostrato come l'IA possa supportare i medici nell'organizzare la radioterapia **13 volte più rapidamente** rispetto ai metodi tradizionali. L'algoritmo contorna le aree da irradiare in pochi secondi, ma è il radioterapista a validare il piano per garantire la sicurezza del paziente.
- **Patologia Digitale (Whole-Slide Imaging):** Mentre la biopsia tradizionale offre una visione parziale, l'IA permette di analizzare scansioni digitali di interi vetrini (WSI), esaminando porzioni di tessuto molto più estese simultaneamente. Questo non sostituisce il patologo, ma gli fornisce una "mappa" delle zone sospette su cui concentrare la sua competenza.
- **Imaging Diagnostico:** Grazie all'IA, le immagini diagnostiche oggi richiedono il **70-80% di radiazioni in meno** e tempi di esposizione ridotti, migliorando la sicurezza per il paziente senza che il radiologo perda il controllo della diagnosi.

La Differenza tra "Aggiustare" e "Curare"

Il vero confine invalicabile per l'algoritmo risiede nella distinzione semantica ed operativa tra due concetti spesso confusi:

- **Aggiustare (To Fix):** È un atto tecnico, basato sulla riparazione di un meccanismo biologico guasto. L'IA eccelle in questo: individua il guasto (diagnosi) e calcola la riparazione ottimale (terapia).
- **Curare (To Care):** È un atto relazionale, fatto di ascolto, empatia e comprensione della sofferenza. La cura richiede **intelligenza emotiva**, la capacità di comunicare una diagnosi infausta, di motivare un paziente al cambiamento o di interpretare i "non detti" durante una visita. Nessun algoritmo possiede la coscienza necessaria per "prendersi cura" di qualcuno.

Per visualizzare chiaramente i perimetri di azione, ecco un confronto diretto tra ciò che compete all'Algoritmo e ciò che resta prerogativa dell'Umano.

INTELLIGENZE A CONFRONTO		
Dimensione	**Intelligenza Artificiale (Il Supporto)**	**Intelligenza Umana (Il Medico)**
Punto di Forza	**Analisi dei Dati:** Capacità di processare Big Data, vedere trend epidemiologici e pattern complessi in secondi.	**Intelligenza Relazionale:** Empatia, ascolto attivo, comprensione del contesto familiare e sociale.
Funzione Operativa	**Predittiva:** Suggerisce probabilità di rischio, ottimizza flussi di lavoro, riduce errori di calcolo.	**Decisionale:** Prende la decisione finale assumendosene la responsabilità etica e legale.
Limiti	**Assertività Cieca:** Fornisce risposte senza dubbio morale; rischia "allucinazioni" se i dati sono parziali.	**Fatica Cognitiva:** Soggetto a stanchezza e bias cognitivi su grandi moli di dati ripetitivi.
Obiettivo	**Efficienza:** Liberare tempo (eliminazione data entry manuale, gestione appuntamenti).	**Efficacia di Cura:** Utilizzare il tempo liberato per migliorare la relazione medico-paziente.

In conclusione, l'IA non è destinata a sostituire il medico, ma a **sostituire i compiti che impediscono al medico di fare il medico**, restituendo centralità al fattore umano.

2. Le nuove frontiere terapeutiche (biotech e genomica)

Mentre la rivoluzione digitale trasforma i processi, la ricerca biomedica sta riscrivendo le regole della cura, trasformando la prognosi di patologie un tempo considerate incurabili. Non si tratta più solo di trattare i sintomi, ma di ingegnerizzare la biologia stessa per combattere la malattia.

Profilazione Genomica e Biopsia Liquida

In oncologia, l'approccio "one size fits all" (una terapia uguale per tutti) è ormai superato. I test di profilazione genomica estesa (NGS - *Next Generation Sequencing*) con pannelli di oltre 500 geni stanno diventando la routine clinica, permettendo di identificare le mutazioni specifiche del singolo tumore.

La vera svolta, però, risiede nella **Biopsia Liquida**, un test non invasivo capace di rilevare tracce di DNA tumorale nel sangue. Uno studio recente del *Massachusetts General Hospital/Harvard* ha evidenziato risultati rivoluzionari:

- **Anticipazione Diagnostica:** Capacità di rilevare **14 tipi di cancro** (inclusi polmone, colon-retto e pancreas) in fase precoce.
- **Impatto sulla Sopravvivenza:** Riduzione del **45% delle diagnosi in Stadio IV** (metastatico), spostando l'intervento terapeutico agli stadi I, II e III, dove le probabilità di cura sono drasticamente più alte.

BIOPSIA TRADIZIONALE *VS* BIOPSIA LIQUIDA		
Caratteristica	**Biopsia Tissutale (Tradizionale)**	**Biopsia Liquida (Innovativa)**
Invasività	Alta (prelievo chirurgico o con ago).	Minima (semplice prelievo di sangue).

BIOPSIA TRADIZIONALE *VS* BIOPSIA LIQUIDA		
Caratteristica	**Biopsia Tissutale (Tradizionale)**	**Biopsia Liquida (Innovativa)**
Completezza	Rappresenta solo il tessuto prelevato (rischio eterogeneità).	Offre una visione sistemica (cattura DNA circolante di metastasi).
Tempistica	Eseguibile solo quando la massa è visibile.	Rilevazione precoce, anche prima della massa visibile.
Ripetibilità	Difficile da ripetere frequentemente.	Monitoraggio continuo (follow-up) semplice e rapido.

Terapie CAR-T e Immunoterapia

Le terapie geniche e cellulari, in particolare le **CAR-T** (*Chimeric Antigen Receptor T-cell*), rappresentano una "realtà clinica dirompente". Si tratta di veri e propri **farmaci viventi**: i linfociti T (cellule del sistema immunitario) vengono prelevati dal paziente, modificati geneticamente in laboratorio per riconoscere uno specifico antigene tumorale e poi reinfusi.

Come spiega **Luigi Naldini**[3], Direttore dell'Istituto San Raffaele Telethon per la Terapia Genica (SR-Tiget e Professore Ordinario di Istologia e di Terapia Genica e Cellulare dell'Università Vita-Salute San Raffaele, in occasione del suo discorso all'*Assobiotec Award 2025* ha detto: *"Siamo andati oltre la correzione di una mutazione: oggi inseriamo nuove informazioni nelle cellule per renderle armi specifiche contro i tumori"*. Pertanto, questa tecnologia, inizialmente efficace sui tumori del sangue, sta ora puntando ai tumori solidi, offrendo speranze concrete dove la chemioterapia ha fallito.

3 "Biotech, Naldini (SR-Tiget): Geni e cellule modificati come farmaci, una rivoluzione". https://www.adnkronos.com/Archivio/economia/biotech-naldini-sr-tiget-geni-e-cellule-modificati-come-farmaci-una-rivoluzione_jChW2AuhWmI6YK9wIVetx

Nanomedicina: la precisione microscopica

La nanomedicina utilizza nanobot e nanoparticelle (grandi un centesimo di un globulo rosso) per superare i limiti della farmacologia tradizionale. L'obiettivo è trasformare farmaci sistemici in "proiettili magici" che colpiscono solo il bersaglio.

LE APPLICAZIONI DELLA NANOMEDICINA		
Ambito Applicativo	**Meccanismo d'Azione**	**Vantaggio Clinico**
Drug Delivery	Veicolazione mirata del farmaco direttamente nella cellula malata.	Riduzione drastica degli effetti collaterali (es. tossicità della chemio sui tessuti sani).
Imaging Diagnostico	Nanoparticelle usate come agenti di contrasto avanzati.	Migliora la sensibilità di MRI e TAC per diagnosi precocissime.
Medicina Rigenerativa	Nano-scaffold che imitano la struttura biologica.	Supportano la ricrescita di ossa e tessuti danneggiati.
Antimicrobici	Nanoparticelle con proprietà battericide.	Nuove armi contro i batteri resistenti agli antibiotici.

Biosimilari: l'eco-sostenibilità dell'innovazione

L'innovazione ha costi elevatissimi, e qui entrano in gioco i biosimilari. A differenza dei generici (che sono copie chimiche identiche), i biosimilari sono farmaci biologici "altamente simili" a un prodotto di riferimento il cui brevetto è scaduto.

Prodotti a costi inferiori, rappresentano la chiave di volta per la sostenibilità del SSN: liberano risorse economiche fondamentali per garantire l'accesso a terapie costose (come l'immunoterapia oncologica) a una platea sempre più vasta di pazienti, democratizzando l'eccellenza delle cure.

3. Salute Mentale e Terapie Digitali (DTx): Curare con il Software

In un contesto globale dove la domanda di supporto psicologico supera drasticamente l'offerta di professionisti disponibili, la tecnologia sta evolvendo da semplice strumento di comunicazione (video-sedute) a vero e proprio agente terapeutico. Non stiamo parlando di generiche app per il benessere, ma di Terapie Digitali (DTx): interventi terapeutici basati su software clinici, testati con trial randomizzati, progettati per prevenire, gestire o trattare disturbi medici modificando i comportamenti dei pazienti.

L'efficacia clinica: il caso Therabot

L'integrazione dell'Intelligenza Artificiale Generativa sta aprendo scenari inediti per la scalabilità delle cure. Un esempio emblematico è rappresentato da **Therabot,** un ***chatbot* terapeutico** recentemente oggetto di uno studio pubblicato sul prestigioso *New England Journal of Medicine*[4].

A differenza dei semplici assistenti virtuali, Therabot ha dimostrato risultati clinici tangibili: dopo un utilizzo monitorato di 4-8 settimane, i partecipanti affetti da depressione, ansia e disturbi alimentari hanno mostrato un miglioramento clinicamente significativo dei sintomi. A differenza dei comuni assistenti virtuali, Therabot segna un punto di svolta nel panorama della salute digitale, essendo protagonista del primo studio clinico controllato randomizzato (RCT) volto a validare l'efficacia di un'IA Generativa nel trattamento di patologie mentali complesse.

I risultati ottenuti dimostrano un impatto clinico tangibile e misurabile:

- **Efficacia terapeutica**: Dopo un utilizzo monitorato di 4-8 settimane, i pazienti hanno registrato riduzioni statisticamente

---

4 Heinz M. V., Mackin D. M. Trudeau B.M. Bhattacharya S., Wang Y., Banta H.A., Jewett A.D., Salzhauer A.J., Griffin T.Z. e Jacobson N.C., *Randomized Trial of a Generative AI Chatbot for Mental Health Treatment*, 2024, NEJM AI, *2*(4), https://doi.org/10.1056/AIoa2400802.

significative dei sintomi legati a depressione, ansia e disturbi alimentari.

- **Ruolo strategico:** Lo strumento si posiziona come un primo livello di supporto accessibile e a basso costo, fungendo da efficace sistema di "triage" o di accompagnamento continuativo negli intervalli tra le visite mediche specialistiche.

Sebbene siano necessari ulteriori approfondimenti su campioni più vasti, lo studio conferma che l'IA generativa "fine-tuned" (ovvero addestrata specificamente da esperti) rappresenta una frontiera concreta per offrire interventi personalizzati su larga scala, rendendo la cura mentale più democratica e sostenibile.

Il nodo normativo: Italia vs Germania

Se la tecnologia corre, la burocrazia rischia di diventare il vero collo di bottiglia. Mentre Paesi come la Germania hanno già strutturato percorsi di rimborso per le app su prescrizione (DiGA), l'Italia registra un ritardo normativo che preoccupa gli operatori del settore.

Nicola Barni, Presidente di Confindustria Dispositivi Medici, intervenuto recentemente a Wired Health 2025, avverte sui rischi di una regolamentazione troppo rigida o timida:

"Noi registriamo un clamoroso ritardo rispetto ad altri Paesi, come la Germania, in termini di regolamento. Le proposte di legge attuali sono un passo avanti, ma il rischio è limitare troppo i campi di applicazione, il che sarebbe un autogol".

Limitare le DTx a pochi ambiti terapeutici significherebbe frenare l'innovazione in un settore dove l'Italia potrebbe eccellere, negando ai pazienti strumenti di cura validati che in altri Paesi europei sono già standard di assistenza. Per comprendere la portata della sfida regolatoria, è utile distinguere i due ambiti:

- Terapie Digitali (DTx);
- App di Benessere (Wellness).

TERAPIE DIGITALI (DTX) *Vs* APP DI BENESSERE		
Caratteristica	**App di Benessere (Wellness)**	**Terapie Digitali (DTx)**
Obiettivo	Monitoraggio stile di vita (es. contapassi, meditazione).	Trattamento di una patologia (es. Depressione, Insonnia).
Validazione	Non richiesta o basata su feedback utenti.	**Trial clinici randomizzati** e prove di efficacia.
Regolamentazione	Bassa (Mercato libero consumer).	**Dispositivo Medico** (spesso Classe IIa/IIb).
Accesso	Download libero dagli store.	Spesso su **Prescrizione Medica** (modello tedesco).
Ruolo del Paziente	Utente passivo o auto-gestito.	Paziente attivo in un percorso di modifica comportamentale.

4. Conclusioni: la sfida è umanistica

Questo capitolo segna il passaggio dall'analisi strumentale ("cosa usiamo") alla riflessione etica e funzionale ("come cambia la cura"). La tesi centrale è che la tecnologia non è un elemento freddo che distanzia medico e paziente, ma uno **"spazio di relazione"** (R. Mordacci) che estende l'intenzione umana di prendersi cura dell'altro. La vera sfida futura non è ingegneristica, ma umanistica: integrare l'efficienza dell'algoritmo con l'insostituibile empatia umana.

L'Intelligenza Artificiale non sostituirà il medico, ma evolverà il suo ruolo da esecutore a **supervisore qualificato**. Secondo il modello della *Deep Medicine* (E. Topol), l'IA si fa carico del lavoro computazionale (es. analisi Big Data, contornamento radioterapico) per restituire al medico il **tempo di relazione**.

Parallelamente alla rivoluzione digitale, **la biomedicina sta riscrivendo le possibilità di cura attraverso l'ingegnerizzazione biologica**. Il cambiamento più evidente è il definitivo superamento dell'approccio "taglia unica" a favore di una medicina di precisione, guidata dalla **profilazione genomica** e dalla **biopsia liquida**.

Quest'ultima rappresenta un cambio di paradigma rispetto alla **biopsia tissutale tradizionale**. Mentre la tecnica classica richiede interventi chirurgici invasivi e fornisce una "fotografia" parziale limitata al tessuto prelevato da una massa già visibile, la biopsia liquida offre una visione sistemica attraverso un semplice prelievo di sangue. La sua **minima invasività** la rende ripetibile nel tempo, permettendo un monitoraggio continuo capace di intercettare anche metastasi occulte. I dati sono eloquenti: questa tecnologia anticipa la rilevazione di 14 tipi di cancro e abbatte del 45% le diagnosi in stadio metastatico.

Sul fronte terapeutico, stiamo assistendo all'avvento dei "**farmaci viventi**", come definiti da Luigi Naldini. Le **terapie CAR-T** ne sono l'esempio più avanzato: le cellule immunitarie del paziente vengono prelevate, riprogrammate geneticamente per riconoscere il tumore e reinfuse per attaccarlo.

A questa potenza biologica si affianca la precisione microscopica della nanomedicina, che utilizza nanoparticelle come "proiettili magici" per il

drug delivery: il farmaco viene trasportato esclusivamente nelle cellule malate, massimizzando l'efficacia e riducendo drasticamente la tossicità sistemica.

Infine, l'innovazione deve essere accessibile. In questo scenario, i **biosimilari** giocano un ruolo cruciale: replicando i farmaci biologici a costi ridotti, garantiscono la sostenibilità economica del Servizio Sanitario Nazionale e assicurano una democratizzazione delle cure avanzate per una platea sempre più ampia di pazienti.

La tecnologia sta compiendo un salto di qualità, trasformandosi da semplice strumento di supporto a vero e proprio agente terapeutico diretto. È il campo delle **Terapie Digitali (DTx),** software clinici validati capaci di curare attraverso la modifica comportamentale. La validità di questo approccio è confermata dal recente caso **Therabot** (pubblicato sul NEJM nel 2025): il primo trial clinico randomizzato su un chatbot basato su IA Generativa ha evidenziato riduzioni significative dei sintomi di depressione e ansia, legittimando l'uso dell'intelligenza artificiale come livello di supporto accessibile e di "triage". Tuttavia, lo sviluppo di queste soluzioni si scontra con una complessa sfida regolatoria. Se la Germania ha già strutturato percorsi di rimborso dedicati (DiGA), l'Italia rischia un pericoloso ritardo normativo; come sottolineato da Nicola Barni, limitare i campi di applicazione delle DTx rappresenterebbe un vero "autogol" per l'innovazione nazionale.

Ma la sfida non si esaurisce nella definizione di percorsi di rimborso o cornici legislative. L'accelerazione tecnologica descritta in queste pagine – che spazia dai "farmaci viventi" della biomedicina ai chatbot terapeutici di ultima generazione – ci pone infatti di fronte a una verità ineludibile: **l'innovazione non possiede una bussola morale intrinseca.**

L'algoritmo più sofisticato rimane un esecutore formidabile ma privo di coscienza; la terapia genica più avanzata è uno strumento potente ma eticamente neutro. **L'etica, dunque, non va intesa come un freno burocratico al progresso, ma come il timone necessario a governarlo**. In ultima analisi, la qualità della sanità del futuro non dipenderà dalla sola potenza di calcolo dei nostri processori, ma dalla nostra capacità di mantenere la dignità della persona al centro di ogni processo algoritmico. La tecnologia può amplificare a dismisura le nostre capacità di cura, ma solo la coscienza umana può garantire che queste rimangano orientate al bene comune, trasformando l'efficienza tecnica in un atto di autentica solidarietà.

Tabella di sintesi per evidenziare i pilastri concettuali, gli obiettivi strategici di lungo termine e le azioni concrete riguardanti l'integrazione nel SSN

TABELLA DI SINTESI: STRATEGIE E AZIONI PER LA SANITÀ DEL FUTURO		
Pilastro	**Obiettivo Strategico**	**Azioni Operative**
1. Etica e Umanesimo Digitale	Trasformare la tecnologia da barriera tecnica a **"spazio di relazione"**, mantenendo la dignità della persona al centro del processo di cura.	• Considerare la ricerca biomedica come atto relazionale e politico. • Utilizzare l'etica non come freno, ma come "timone" per governare l'innovazione. • Garantire sempre la supervisione umana (*Human-in-the-loop*) su ogni processo algoritmico.
2. AI e Deep Medicine	Passare dal concetto di *"Aggiustare"* (riparazione tecnica) a quello di *"Curare"* (relazione empatica), usando l'IA per recuperare tempo prezioso.	• Delegare all'IA i compiti burocratici e computazionali (es. contornamento radioterapico, analisi vetrini). • Utilizzare l'IA come "super-assistente" per diagnosi predittive e triage. • Restituire il tempo risparmiato all'ascolto e all'empatia verso il paziente.

TABELLA DI SINTESI: STRATEGIE E AZIONI PER LA SANITÀ DEL FUTURO		
Pilastro	**Obiettivo Strategico**	**Azioni Operative**
3. Biotech e Medicina di Precisione	Superare l'approccio *"One size fits all"* per trasformare malattie incurabili in patologie trattabili tramite l'ingegnerizzazione biologica.	• Implementare la **Biopsia Liquida** per diagnosi precoci e monitoraggio non invasivo. • Adottare terapie geniche avanzate (**CAR-T**) come "farmaci viventi". • Utilizzare la **Nanomedicina** per il *drug delivery* mirato. • Sfruttare i **Biosimilari** per garantire la sostenibilità economica del SSN.
4. Terapie Digitali (DTx)	Rendere la cura (soprattutto mentale) scalabile, democratica e accessibile attraverso software clinicamente validati.	• Validare i software tramite Trial Clinici Randomizzati (RCT), come nel caso **Therabot**. • Distinguere nettamente le DTx dalle app di *wellness*. • Definire percorsi regolatori agili (modello DiGA tedesco) per evitare ritardi nell'accesso all'innovazione.

Il Governo dell'Innovazione: Società Scientifiche e HTA

Se i capitoli precedenti hanno delineato gli strumenti tecnologici e le sfide etiche, questo capitolo affronta il tema della governance: chi deve guidare il cambiamento? Come si distingue l'innovazione reale dal marketing?

Oggi abbiamo il dovere morale di ripensare il sistema sanitario non solo in termini di efficienza, ma di sostenibilità strutturale. Con l'invecchiamento della popolazione che proietta un incremento della spesa sanitaria fino al 3% del PIL nel 2040, l'investimento in tecnologie e nuovi modelli organizzativi non è più un'opzione, ma l'unica via per evitare il collasso del sistema.

La transizione verso la medicina delle **"3P"** (Precisa, Predittiva, Personalizzata) richiede due pilastri fondamentali: un progetto d'insieme (visione politica e industriale) e una presenza capillare nei territori. Come recita l'incipit di *Welfair*: *"la costruzione della nuova sanità è un progetto collettivo"*.

1. La sfida della "super-complessità"

La medicina vive oggi un paradosso epistemologico. Negli ultimi decenni abbiamo assistito a un'evoluzione tecnica strabiliante – passando dal bisturi manuale al laser e alla robotica – mantenendo però sostanzialmente invariato il modello culturale di riferimento.

La "sfida della complessità", emersa negli anni '80, si è evoluta in una super-complessità. Il medico non fronteggia più solo la malattia biologica, ma deve governare variabili economiche, giuridiche, tecnologiche e algoritmiche per le quali l'apparato concettuale tradizionale appare inadeguato.

Questo scenario mette in crisi il dogma dell'**Evidence Based Medicine** (**EBM**). Sebbene fondamentale, l'EBM classica rischia di diventare riduttiva se considera "evidenze" solo quelle statisticamente misurabili, ignorando la "complicazione" del mondo reale, fatta di pazienti pluripatologici e contesti sociali variabili. Serve un ritorno a un'epistemologia osservazionale ed empirica, supportata (e non sostituita) dai dati.

2. Le nuove competenze: oltre il camice bianco

L'evoluzione tecnologica impone una mutazione genetica delle professioni. L'ultimo rapporto *Randstad Research* stima che nel prossimo futuro emergeranno **47 nuove professioni sanitarie**. Non si tratta solo di nuovi specialisti, ma di figure ibride capaci di coniugare arte medica e ingegneria dei dati.

L'EVOLUZIONE DELLE COMPETENZE MEDICHE		
Ruolo Tradizionale	**Nuova Figura Ibrida (Esempi)**	**Competenza Richiesta**
Cardiochirurgo	Cardiochirurgo specialista in IA.	Interpretazione di modelli predittivi algoritmici pre-operatori.
Chirurgo	Ingegnere di Chirurgia Robotica.	Gestione e supervisione di sistemi autonomi o semi-autonomi.
Radiologo	Tecnico di Imaging 3D/Bio-printing.	Creazione di modelli fisici per pianificazione chirurgica o protesi.
Medico di Corsia	Analista di Dati Clinici.	Capacità di leggere Big Data per decisioni in tempo reale (Real World Evidence).

La domanda critica è: l'Università è pronta a formare queste figure? E soprattutto, chi aggiornerà i professionisti già operativi?

3. Il Ruolo strategico delle Società Scientifiche: da Accademia a Governance

In questo vuoto formativo e culturale, le Società Scientifiche devono assumere un ruolo politico e operativo centrale. Non possono limitarsi a essere luoghi di dibattito accademico, ma devono agire come **cerniera tra ricerca e pratica clinica**.

In un contesto caratterizzato da un vuoto formativo preoccupante e da una velocità di innovazione che supera la capacità legislativa, le Società Scientifiche non possono più limitarsi a essere luoghi deputati al solo dibattito accademico o alla custodia del sapere tradizionale. Devono compiere un salto di qualità, assumendo un ruolo politico e operativo centrale.

Esse devono agire come cerniera dinamica tra la ricerca pura, l'industria tecnologica e la pratica clinica quotidiana, diventando i garanti della transizione verso la sanità digitale.

Le loro funzioni chiave nel nuovo ecosistema si articolano su tre assi strategici:

Validazione: Il filtro contro l'hype e la pseudoscienza

Nell'era dell'infodemia e del marketing sanitario aggressivo, le Società Scientifiche devono fungere da "filtro di verità". Il loro compito non è più solo validare farmaci o procedure chirurgiche, ma estendere il rigore del metodo scientifico ai nuovi strumenti digitali. Devono distinguere l'innovazione reale (che porta valore clinico) dalla semplice novità commerciale, proteggendo medici e pazienti da soluzioni immature o prive di evidenze solide.

Esempio pratico: Validare l'efficacia di un algoritmo di intelligenza artificiale per la diagnosi radiologica prima che venga acquistato dalle ASL.

Aggiornamento: Verso le "Living Guidelines"

Il vecchio modello di aggiornamento delle linee guida, che richiedeva anni per essere revisionato, è obsoleto. La tecnologia corre troppo veloce. Le Società Scientifiche devono promuovere lo sviluppo di **Linee Guida Dinamiche** (*Living Guidelines*), protocolli fluidi che incorporano rapidamente le nuove tecnologie man mano che emergono le evidenze, spesso più veloci dei protocolli standard ministeriali.

Obiettivo: Evitare che un paziente riceva una cura vecchia di dieci anni solo perché il protocollo ufficiale non ha ancora recepito l'ultima innovazione tecnologica già validata scientificamente.

Standardizzazione: Governance della sicurezza e dell'interoperabilità

L'adozione di pratiche emergenti come la telemedicina, le terapie digitali (DTx) o la robotica non può avvenire in ordine sparso. Le Società Scientifiche devono definire gli **standard di sicurezza, qualità e interoperabilità**. Non basta dire *cosa* fare, bisogna definire *come* farlo in sicurezza, stabilendo i requisiti minimi che le tecnologie devono possedere per entrare in corsia.

Per comprendere la portata di questo cambiamento, è utile confrontare il modello tradizionale con quello richiesto oggi dalla complessità moderna.

L'EVOLUZIONE DEL RUOLO DELLE SOCIETÀ SCIENTIFICHE		
Ambito di Azione	**Approccio Tradizionale (Statico)**	**Ruolo Evoluto (Dinamico e Strategico)**
Produzione Scientifica	Creazione di Linee Guida statiche, revisionate ogni 3-5 anni.	Sviluppo di **Living Guidelines** aggiornate in tempo reale basate sulla *Real World Evidence*.
Tecnologia	Osservatori distanti o scettici verso l'innovazione digitale.	**Validatori attivi** di algoritmi, App sanitarie e dispositivi IoT.
Formazione	Aggiornamento clinico verticale (ECM) sulla patologia.	Formazione ibrida che include **competenze digitali**, gestionali e di bioetica.
Rapporto Istituzionale	Consulenza tecnica su richiesta del Ministero.	**Advocacy proattiva**: partecipazione ai tavoli decisionali per definire rimborsi e LEA.

L'EVOLUZIONE DEL RUOLO DELLE SOCIETÀ SCIENTIFICHE		
Ambito di Azione	**Approccio Tradizionale (Statico)**	**Ruolo Evoluto (Dinamico e Strategico)**
Paziente	Oggetto di studio e destinatario passivo delle cure.	**Partner**: coinvolgimento delle Associazioni Pazienti nella definizione dei percorsi di cura.

In sintesi, le Società Scientifiche sono chiamate a trasformarsi in **agenzie di governance clinica**: enti capaci di tradurre la complessità tecnologica in regole semplici, sicure ed efficaci per il medico che opera in prima linea.

4. Governare l'Innovazione: L'Health Technology Assessment (HTA)

L'innovazione in sanità non è un valore positivo a prescindere. Essa comporta rischi di **disallineamento** che possono generare sprechi enormi o disuguaglianze.

- **Rischio di Sovra-diffusione:** Adozione acritica di tecnologie costose (hype tecnologico) senza un reale valore aggiunto per il paziente.
- **Rischio di Sottoutilizzo:** Mancata adozione di cure efficaci per inerzia organizzativa o barriere economiche.

Per gestire questo equilibrio serve misurare. Qui entra in gioco l'Health Technology Assessment (HTA), il processo multidisciplinare che valuta l'efficacia, la sicurezza e l'impatto economico delle tecnologie sanitarie.

Un passo avanti decisivo è stato fatto con il Regolamento Europeo HTA (2021/2282), pienamente operativo da Gennaio 2025. Questo regolamento mira a:

- Armonizzare i metodi di valutazione a livello continentale.
- Evitare duplicazioni di studi (un dispositivo approvato in Germania non deve essere ritestato da zero in Italia).
- Garantire che l'innovazione sia adottata solo quando porta benefici misurabili.

L'IMPATTO MISURABILE DELL'INNOVAZIONE		
Dimensione	**Beneficio Atteso**	**Indicatore di Successo (KPI)**
Risultato Clinico	Diagnosi più precise e terapie mirate.	Aumento tasso di sopravvivenza / Riduzione recidive.

L'IMPATTO MISURABILE DELL'INNOVAZIONE		
Dimensione	**Beneficio Atteso**	**Indicatore di Successo (KPI)**
Efficienza Operativa	Riduzione tempi di degenza e recupero.	Turn-over letti ospedalieri / Giornate di malattia risparmiate.
Invasività	Interventi meno traumatici (es. Robotica).	Riduzione dolore post-operatorio / Minori complicanze.
Concetto di Salute	Dal "curare la malattia" al "benessere".	Miglioramento della qualità della vita (PROMs - Patient Reported Outcome Measures).

In conclusione, l'innovazione tecnologica non può essere lasciata alla spontaneità del mercato. Deve essere governata da una **visione industriale** che unisca ricerca e sanità pubblica, e misurata rigorosamente attraverso l'HTA. Solo così potremo trasformare la spesa tecnologica in un investimento per la salute collettiva, rendendo il sistema sostenibile e moderno.

5. Conclusioni: la Governance dell'Innovazione come Fattore di Sopravvivenza

L'analisi condotta in questo capitolo evidenzia una verità scomoda ma necessaria: l'innovazione tecnologica, se non governata, rischia di trasformarsi da opportunità a minaccia per la sostenibilità del sistema sanitario. Siamo di fronte alla sfida della "Super-Complessità": disponiamo di strumenti da fantascienza (robotica, IA, genomica) ma operiamo spesso con modelli culturali e organizzativi del secolo scorso.

In questo scenario, la governance dell'innovazione cessa di essere un mero esercizio burocratico per divenire l'ago della bilancia tra un sistema sanitario capace di evolvere e uno destinato a collassare sotto il peso dell'inappropriatezza e dei costi insostenibili. Si tratta di una responsabilità che non può essere delegata esclusivamente al Ministero, ma deve essere agita direttamente dai protagonisti della cura.

Le **Società Scientifiche**, innanzitutto, sono chiamate a uscire dalla loro torre d'avorio accademica per assumere la veste di enti regolatori attivi, validando gli algoritmi con lo stesso rigore riservato ai farmaci e producendo linee guida dinamiche, aggiornate in tempo reale. Parallelamente, ai **professionisti** è richiesta una vera e propria mutazione genetica delle competenze: il medico del futuro dovrà essere una figura ibrida, capace di integrare l'insostituibile empatia clinica con l'abilità di interpretare i Big Data e governare sistemi robotici complessi.

A fare da garante in questo processo interviene il **metodo**, sancito dall'adozione del Regolamento Europeo sull'HTA, che segna definitivamente la fine dell'epoca delle scelte basate sulle opinioni o sulle pressioni del marketing: d'ora in poi, l'innovazione avrà diritto di cittadinanza in corsia solo se in grado di dimostrare un valore misurabile in termini clinici, economici e sociali. Governare l'innovazione, in definitiva, significa operare un cambio di paradigma finanziario, spostando il focus dalla semplice "spesa" all'investimento, con la garanzia che ogni euro impiegato in tecnologia si traduca in un guadagno di salute reale per il cittadino.

TABELLA DI SINTESI: STRATEGIE DI GOVERNANCE DELL'INNOVAZIONE (CAP. 7)		
Pilastro	**Obiettivo Strategico**	**Azioni Operative**
1. Gestione della Complessità	Superare il paradosso tra tecnologie avanzate e modelli culturali obsoleti.	• Passare dall'EBM classica (statistica pura) a un'epistemologia che includa la **Real World Evidence**. • Integrare variabili economiche e giuridiche nel percorso clinico.
2. Capitale Umano (Competenze)	Formare figure ibride capaci di governare l'intersezione tra medicina e ingegneria.	• Aggiornamento dei curricula universitari (es. Cardiochirurghi esperti in IA). • Reskilling del personale esistente per la gestione di **Robotica** e **Big Data**.
3. Ruolo Società Scientifiche	Trasformare le Società da enti accademici a **Agenzie di Governance Clinica**.	• Adozione di **Living Guidelines** (aggiornamento dinamico). • Validazione scientifica di App e Algoritmi (filtro anti-pseudoscienza). • Definizione standard per Telemedicina e DTx.
4. Health Technology Assessment (HTA)	Distinguere l'innovazione reale (valore) dall'hype commerciale (costo).	• Applicazione del **Regolamento UE 2021/2282** per armonizzare le valutazioni. • Misurazione dei risultati tramite KPI clinici e **PROMs** (esiti riferiti dai pazienti). • Blocco delle tecnologie prive di evidenza di costo-efficacia.

TABELLA DI SINTESI: STRATEGIE DI GOVERNANCE DELL'INNOVAZIONE (CAP. 7)		
Pilastro	**Obiettivo Strategico**	**Azioni Operative**
5. Sostenibilità Economica	Evitare che l'innovazione tecnologica faccia esplodere la spesa sanitaria.	• Revisione delle tariffe per premiare l'efficienza e non solo la prestazione. • Allocazione risorse basata su **Appropriatezza** prescrittiva guidata dai dati.

Conclusioni: il Decalogo di Welfair 2025. 10 impegni per il SSN del futuro

Manifesto per un'Italia in salute: riallineare scienza, governance e cura

Questi gli impegni programmatici per trasformare le riflessioni del Libro Bianco in azioni di riforma strutturale del SSN:

- **DALLA PRESTAZIONE AL "VALORE" (VBHC): Sostituire la cultura del "volume" con quella del risultato.** Occorre passare da una sanità che misura i volumi delle prestazioni a una che **premia gli esiti di salute** reali (*Value-Based Healthcare*). Remunerare ciò che conta davvero: il benessere del paziente e l'impatto reale delle cure.
- **SOVRANITÀ E UNITÀ DEL DATO: Applicare l'Art. 117r della Costituzione**. Lo Stato deve coordinare i dati. Basta con 21 sistemi regionali che non comunicano; la salute richiede un linguaggio unico attraverso un coordinamento informatico nazionale unico, superando la frammentazione regionale.
    - **Il DATO COME PATRIMONIO COMUNE: dati liberi per la cura.** Invertire il paradigma del consenso per il FSE (modello Opt-Out). Il Fascicolo Sanitario deve alimentarsi automaticamente alla nascita affinché il patrimonio informativo sanitario sia immediatamente disponibile per la cura e la ricerca.

- **INNOVAZIONE COME INVESTIMENTO:** Agire affinché le **tecnologie "a somma positiva"** (genomica, IA, biotech) che evitano ricoveri e disabilità siano classificate come **asset strategici** per la ricchezza e la sostenibilità del Paese e non come mera spesa corrente.
- **GUERRA ALLA BUROCRAZIA INUTILE:** Occorre **implementare le "Black List" aziendali** per eliminare procedure, firme e documenti che non producono valore clinico.
- **TEMPO DI COMUNICAZIONE COME TEMPO DI CURA: meno tempo davanti ai monitor, più tempo per l'ascolto e la relazione con il paziente.** Utilizzare la tecnologia per liberare i professionisti dai carichi amministrativi, restituendo centralità alla relazione medico-paziente.
  - **RIFORMA DEL LAVORO E DEI PROFILI: professioni senza silos.** Occorre superare i mansionari rigidi e promuovere organizzativi innovativi e profili professionali basati sullo **skill-mix flessibile** e **multidisciplinare**, dove le competenze evolvono insieme alla tecnologia.
  - **TERRITORIO NATIVAMENTE DIGITALE:** telemedicina e teleconsulto devono diventare standard assistenziali nei percorsi di cura (PDTA), con tariffe certe che garantiscano la sostenibilità.
  - **PREVENZIONE ONE HEALTH:** creare salute agendo sull'ambiente e sui territori. Usare i dati per prevenzione mirata (analisi per CAP) e promuovere stili di vita sani nei luoghi di vita.
  - **PROGRAMMAZIONE EVOLUTIVA:** smettere di amministrare l'emergenza. Usare la **programmazione a lungo termine** (fino a 20 anni) come unico metodo per governare il cambiamento demografico.

1. Innovazione: oltre la logica del prezzo

L'innovazione deve tradursi in un beneficio tangibile per l'economia, la spesa pubblica e la società.

INNOVAZIONE 1. Criteri di appalto evoluti: integrare la progettazione collaborativa, incentivi legati ai risultati (*payment-by-results*) e requisiti minimi ambiziosi.

Modificare i criteri di appalto rafforzando le politiche di valutazione e misurazione, perché l'innovazione deve sempre avere un rapporto a somma positiva tra economia, spesa pubblica e società, ovvero dovrebbe garantire: cura di patologie non curabili in precedenza oppure maggiori/migliori prestazioni in minor tempo, etc.

INNOVAZIONE 2. Valutazione e HTA: rendere l'Health Technology Assessment e i costi standard i pilastri per garantire le migliori performance del sistema.

Politiche per una gestione accurata degli acquisti sanitari, HTA e costi standard (da non confondere con i finanziamenti standard) possono garantire migliori performance al SSN. Partecipazione alle procedure di acquisizione di personale sanitario esperto formato in tal senso, che viene dedicato a tale procedura per il tempo necessario a definire il migliore rapporto costo/qualità per i fabbisogni dell'Azienda Sanitaria.

INNOVAZIONE 3. *Value-Based Procurement* (*VBP*): superare la dittatura del prezzo più basso per valorizzare i benefici clinici e organizzativi lungo l'intero ciclo di vita delle tecnologie.

Bisogna superare logica del prezzo e valorizzare benefici clinici/organizzativi lungo ciclo di vita adottando il modello *Value-Based Procurement (VBP)* che prevede cinque azioni: progettazione collaborativa, requisiti funzionali, informazione mercato, incentivi, monitoraggio. Queste azioni vengono attuate attraverso due strategie: incorporare (inserire requisiti minimi ambiziosi) ed intensificare (utilizzare criteri di valutazione + payment-by-results).

INNOVAZIONE 3. Ruolo delle Società Scientifiche: coinvolgere attivamente i clinici esperti nei processi di acquisizione per definire il miglior rapporto costo/qualità e difendere la scienza dalle pseudoscienze.

Per modificare l'inserimento dell'innovazione nella prassi del SSN, come indicato nel precedente paragrafo, serve un maggior coinvolgimento delle **società scientifiche mediche** che, in questo campo, giocano un ruolo fondamentale fungendo da tramite tra ricerca e pratica clinica. La partecipazione alle procedure di acquisizione di personale sanitario esperto aiuterebbe a definire il migliore rapporto costo/qualità. Inoltre, il loro coinvolgimento promuoverebbe l'aggiornamento professionale e lo sviluppo di protocolli e linee guida che incorporano le nuove tecnologie e terapie, difendendo la scienza dalla pseudoscienza dilagante. Faciliterebbe inoltre lo scambio di conoscenze e la validazione scientifica delle soluzioni innovative, contribuendo alla costruzione di un quadro normativo più efficace e definendo gli standard di qualità e sicurezza per l'adozione di pratiche e tecnologie emergenti. (Rif.to cap. Le società scientifiche ed il rapporto con le istituzioni)

2. Lavoro: valore, attrattività e nuove competenze

Il capitale umano è la risorsa più preziosa del SSN; senza una sua riforma, l'efficienza resta irraggiungibile

LAVORO 1. Retention e attrattività: adeguare i livelli salariali, promuovere il welfare contrattuale e semplificare le procedure concorsuali per frenare la fuga dei professionisti.

Azioni mirate per l'attrattività e la *retention* (mantenimento) del personale sanitario, che contemplano (Rif.to cap. Il lavoro in sanità):

- adeguamento dei livelli salariali;
- revisione delle procedure concorsuali;
- promozione del welfare contrattuale;
- reclutamento internazionale.

LAVORO 2: Riordino delle Professioni Sanitarie per superare la frammentazione dei profili per favorire modelli organizzativi multidisciplinari e flessibili (Rif.to cap. Il lavoro in sanità)

LAVORO 3: Formazione al valore: riformare i percorsi di studi per creare operatori capaci di governare la complessità relazionale, clinica e finanziaria.

Accelerare la trasformazione digitale del SSN, valorizzando la tecnologia come leva per migliorare l'efficienza, ridurre il carico burocratico e supportare l'operatività clinica (Rif.to cap. Il lavoro in sanità).

Servono riforme importanti sia sul piano della formazione medica (che dovrebbe seguire maggiormente il paradigma di "valore"), che su quello più squisitamente sindacale e contrattuale: oggi gli atti professionali non possono più essere definiti solo e semplicemente per mansioni, profili e competenze. Servono operatori che sappiano governare più generi di necessità: relazionali, cliniche, gestionali, organizzative e finanziarie. (Rif.to cap. I problemi della necessità)

LAVORO 4: Responsabilità neo-ippocratica: contrastare l'inappropriatezza e la medicina difensiva premiando i risultati e l'autonomia responsabile del medico invece di imporre solo vincoli burocratici.

L'inappropriatezza. Per avere un taglio drastico dei comportamenti inappropriati basterebbe introdurre un sistema "Value Based", con parametri retributivi sensibili ai risultati, al buon senso, alla responsabilità, insieme a sistemi credibili di controllo. Occorrerebbe inoltre incentivare la responsabilità professionale con un orientamento neo ippocratico, nel quale le diseconomie sono innegabili, ma per risolverle si deve investire su un medico più bravo, capace di scegliere nelle super-complessità senza regolare le sue condotte sulla base di limiti predefiniti sotto forma di linee guida, precetti e vincoli. (Rif.to cap. I problemi dell'appropriatezza)

3. Governance: dati comuni per un'equità reale

La frammentazione regionale e informativa è la principale causa di insostenibilità e disuguaglianza

GOVERNANCE 1: sovranità digitale dello stato: applicare pienamente l'art. 117r della Costituzione per un coordinamento informatico nazionale unico, superando i 21 sistemi regionali isolati.

L'obiettivo è quello di garantire un'efficace tutela della salute della popolazione, perseguendo al contempo un'allocazione efficiente delle risorse. Tuttavia, questo è un compito non semplice da realizzarsi senza informazioni certe, che solo un **uso appropriato e tempestivo dei dati sanitari nella fase di programmazione** (a breve, medio e lungo termine) può agevolare. Bisogna ribaltare il paradigma poiché, attualmente, i dati e le evidenze generati dalla ricerca epidemiologica arrivano generalmente dopo che le decisioni sono state assunte (Rif.to cap. Il disallineamento nella governance in sanità).

I dati sono il tema chiave per il futuro. Non solo per la ricerca, ma per governare la spesa. Oggi sono frammentati, inaccessibili, ostaggio di burocrazia e timori sulla privacy. Eppure, senza dati, il SSN naviga e navigherà a vista. Per rafforzare le politiche di uguaglianza tra i territori, sarebbe stato utile, e lo sarebbe ancora oggi, applicare **l'art. 117r della Costituzione** ("Lo Stato ha legislazione esclusiva sul coordinamento informatico dei dati dell'amministrazione statale, regionale e locale") per evitare (oltre alle spese inutili) la frammentazione di sistemi automatizzati che non colloquiano tra loro, le evidenti disparità in termini di digitalizzazione, una quantità innumerevole di amministrativi in sanità che non avrebbe avuto ragione di essere, la possibilità degli operatori di utilizzare i medesimi strumenti in caso di trasferimento, etc. Invece ha prevalso il marginalismo conservatore. Alcuni dicono che potrebbe essere "*messa a rischio la democrazia*" con un sistema di gestione del dato centralizzato, ma facciamo un parallelo con altre banche dati nazionali: l'Anagrafe Tributaria. Siamo iscritti alla nascita. Serve il consenso per essere iscritti? No! Posso oscurare o cancellare dati? No. Conoscono tutti i miei dati fiscali, finanziari, reddituali, immobiliari? Si! Un'altra banca dati nazionale è quella sulla

disabilità. Conoscono il mio stato di salute? Si! Posso oscurare o cancellare? Si, ma non ottengo più le prestazioni.

In conclusione, se continuiamo a non fidarci dello Stato eliminando burocrazia inutile (come, ad esempio, il consenso all'uso del FSE e dell'EDS), difficilmente riusciremo ad avere una sanità moderna, senza diseguaglianze e, soprattutto, sostenibile per le future generazioni (Rif.to cap. La questione istituzionale principale causa di insostenibilità?)

GOVERNANCE 2: Investimento nel futuro: il fondo ponte per l'innovazione genomica.

È necessario istituire con urgenza un fondo ponte dedicato per scongiurare il blocco dell'accesso e della rimborsabilità delle tecnologie sanitarie d'avanguardia. Nello specifico, il fondo deve garantire l'operatività dei test genomici NGS (Next Generation Sequencing), dei Molecular Tumor Boards e delle piattaforme nazionali. Sebbene questa rivoluzione diagnostica sia in grado di salvare vite umane, oggi rimane un lusso per pochi centri di eccellenza: i fondi attuali ammontano a soli 5,2 milioni di euro e i LEA non includono ancora i test NGS. Senza un investimento strutturale che renda queste innovazioni accessibili a tutti, il rischio è di consolidare una sanità a due velocità, compromettendo il diritto alla cura personalizzata. (Rif.to cap. Sanità 2030: chi paga il conto della sostenibilità?)

GOVERNANCE 3: Cambio di paradigma: l'innovazione come asset e investimento strategico

L'innovazione tecnologica e farmacologica deve essere riclassificata: quando genera un impatto a "somma positiva", non può essere considerata mera spesa corrente, ma vera e propria spesa per investimenti. Terapie geniche, farmaci biotech e sistemi di Intelligenza Artificiale comportano costi iniziali elevati, ma offrono benefici sistemici immensi. Farmaci e diagnostiche avanzate che evitano ricoveri prolungati e riducono le disabilità permanenti non sono solo strumenti di cura, ma rappresentano un *asset* strategico per il Paese, capace di generare valore economico e sociale nel lungo periodo. È tempo di cambiare paradigma contabile e politico per favorire la sostenibilità futura del sistema. (Rif.to cap. Sanità 2030: chi paga il conto della sostenibilità?)

GOVERNANCE 4: Priorità prevenzione: screening e vaccinazioni per la tenuta del Sistema

È imperativo incrementare i livelli di copertura per gli screening oncologici e le campagne vaccinali, pilastri fondamentali per ridurre la mortalità e garan-

tire la sostenibilità economica. Attualmente, il 70% dei decessi evitabili è riconducibile a tumori e malattie cardiovascolari, eppure la copertura reale degli screening resta al di sotto del 60%, con campagne vaccinali frammentate "a macchia di leopardo" sul territorio nazionale. Senza un potenziamento deciso della prevenzione secondaria e primaria, il costo sociale e finanziario della sanità è destinato a esplodere. Investire oggi nella diagnosi precoce e nell'immunizzazione significa prevenire il collasso del sistema domani. (Rif.to cap. Sanità 2030: chi paga il conto della sostenibilità?)

GOVERNANCE 5: Equità territoriale: superare la mobilità passiva per un SSN di prossimità

La mobilità sanitaria rappresenta un fenomeno dalle profonde implicazioni etiche, sociali ed economiche, che rende palese la disparità nel diritto alla salute e penalizza i cittadini più fragili. Attualmente, intere aree del Paese "esportano" pazienti e miliardi di euro verso poli d'eccellenza situati altrove, spesso strutture private accreditate, consolidando un divario territoriale inaccettabile. È necessario invertire questa tendenza attraverso un investimento massiccio nel potenziamento delle strutture sanitarie locali. L'obiettivo deve essere il miglioramento della qualità dei servizi e la riduzione drastica dei tempi di attesa, incentivando e garantendo ai cittadini il diritto di curarsi con eccellenza nella propria regione di residenza. (Rif.to cap. La mobilità sanitaria nel SSN)

GOVERNANCE 6: Programmazione evolutiva: dalla gestione del vincolo alla cultura del cambiamento

Per garantire la tenuta del SSN, è indispensabile restituire dignità alla programmazione, interpretandola non come mero adempimento amministrativo o contabile, ma come strumento di "sviluppo evolutivo". Occorre svincolare la gestione delle risorse dalla logica dei soli vincoli finanziari per riorientarla verso obiettivi di salute concreti, riallocando i fondi verso servizi essenziali e innovazioni ad alto valore. Il piano d'azione prevede di operare sulle organizzazioni amministrativo-contabili attraverso la standardizzazione e la semplificazione dei processi e dei sistemi informativi. È necessario introdurre sistematicamente delle "black list" aziendali per eliminare sprechi e inefficienze radicate. In questa nuova visione, la programmazione non serve più solo ad amministrare l'esistente o a perseguire l'efficienza allocativa fine a se stessa, ma diventa il motore per governare il cambiamento e vincere la sfida della sostenibilità. (Rif.to cap. La programmazione come metodo di governo)

GOVERNANCE 7: Equilibrio istituzionale, unità d'intenti e autonomia operativa

È fondamentale superare la frammentarietà del sistema italiano armonizzando il rapporto tra Stato, Regioni (ASL) e Comuni attraverso un nuovo equilibrio funzionale tra unità nazionale e regionalizzazione. La sfida non è eliminare l'autonomia, ma individuare processi e servizi strategici che devono essere concepiti secondo standard uniformi per tutto il territorio nazionale. Tale modello prevede una "regia condivisa" dove l'architettura dei servizi è definita a livello centrale per garantire equità, mentre la gestione e l'erogazione restano prerogativa delle singole Regioni. Solo standardizzando i processi chiave si può garantire che il diritto alla salute non sia condizionato dal territorio di residenza, pur salvaguardando la prossimità dei servizi. (Rif.to cap. La sanità pubblica sta morendo)

GOVERNANCE 8: Nuove risorse per il bene comune: il servizio civile obbligatorio

Per fronteggiare la crisi del welfare state tradizionale, è necessario mobilitare nuove energie al servizio della collettività. La proposta prevede l'istituzione di sei mesi di Servizio Civile obbligatorio, una misura che garantirebbe al Paese un "esercito" di oltre 200.000 giovani pronti a supportare le persone fragili e le categorie più vulnerabili. Questa riforma non risponde solo a un bisogno assistenziale, ma rappresenta un investimento strategico sulle nuove generazioni, offrendo loro un'esperienza di altissimo valore formativo, civile e umano. Integrare i giovani nel tessuto del supporto socio-sanitario significa rigenerare il patto intergenerazionale e fornire braccia e cuore a un sistema che necessita di prossimità. (Rif.to cap. Universalismo a rischio)

GOVERNANCE 9 – Superamento della medicina difensiva e valore della comunicazione

La Legge 24/2017 non ha ancora risolto il nodo della medicina difensiva, che sottrae al sistema circa 10 miliardi di euro l'anno. È necessario riformare l'istituto della rivalsa, precludendo l'azione diretta contro il singolo medico del SSN e concentrando la legittimazione passiva sulla struttura pubblica, come già avviene in altri settori del pubblico impiego. Parallelamente, occorre un investimento culturale che riconosca il **tempo della comunicazione come tempo di cura** (ex L. 219/2017). La tecnologia deve essere la leva per liberare i professionisti dai carichi burocratici, permettendo loro di recuperare la relazione con il paziente attraverso una documentazione digitale intelligente e supporti decisionali chiari.

GOVERNANCE 10 – Sanità Penitenziaria: dignità e integrazione territoriale

Il sistema sanitario nelle carceri richiede una standardizzazione nazionale per garantire equità e dignità. Proponiamo la realizzazione di **"Case della Comunità" interne agli istituti di pena**, dotate di tecnologie diagnostiche di base e telemedicina per ridurre i rischiosi e costosi spostamenti verso gli ospedali. È indispensabile stabilizzare il personale medico penitenziario con piante organiche strutturate e implementare una cartella clinica digitale specifica, eliminando il cartaceo. Vanno potenziati i servizi di psicologia, psichiatria e odontoiatria, promuovendo misure alternative per tossicodipendenti e pazienti con disturbi antisociali (REMS).

GOVERNANCE 11 – La Farmacia dei Servizi: Hub territoriale di prossimità

La farmacia deve evolvere definitivamente in un fulcro territoriale del SSN, integrando la dispensazione del farmaco con prestazioni avanzate di telemedicina, screening e monitoraggio delle cronicità. Il piano prevede la **stabilizzazione normativa e finanziaria entro il 2026**, riconoscendo le farmacie come erogatori strutturati del SSN. Ciò richiede l'adeguamento dei sistemi digitali per la gestione della ricetta dematerializzata e una formazione continua dei farmacisti affinché possano agire come "ponte operativo" tra cittadini, medici di medicina generale e ASL.

Cosa resta da fare (Sviluppi futuri e obiettivi):

- **Stabilizzazione normativa:** Legge 2026 istituisce finanziamenti e riconosce tutte le farmacie come erogatori per il SSN, con fondi vincolati.
- **Sviluppo tecnologico:** Adeguamento sistemi digitali per ricetta dematerializzata e rimborso.
- **Formazione farmacisti:** Ampliamento competenze per "leggere" sintomi, interpretare dati e gestire servizi avanzati.
- **Integrazione territoriale:** Creazione di un ponte operativo con ASL e medici tramite piattaforme digitali.
- **Ampliamento servizi:** Inserimento di nuove prestazioni assistenziali (linee guida Ministero Salute) e attenzione a zone disagiate.
- **Modello remunerazione:** Regolamentazione accordi regionali e sistemi di rendicontazione.

GOVERNANCE 12 – Sanità Integrativa: verso una complementarità virtuosa

È necessario superare il dibattito polarizzato sulla sanità integrativa, armonizzando i sistemi giuridici oggi non dialoganti. La sfida è trasformare i fondi sanitari da semplici canali di rimborso privatistico a una leva realmente complementare e sussidiaria al SSN. Solo attraverso un coordinamento normativo efficace si può evitare che l'integrazione indebolisca l'universalismo, rendendola invece uno strumento per ridurre le liste d'attesa e la spesa diretta (out-of-pocket) delle famiglie.

4. Burocrazia: "Semplificare per curare: liberare il sistema dai carichi inutili"

Il peso della burocrazia nel SSN non è solo un costo amministrativo, ma un ostacolo diretto alla salute. Ogni minuto speso in adempimenti ridondanti è tempo sottratto alla clinica e alla relazione. La nostra proposta mira a una "cura dimagrante" strutturale del sistema.

BUROCRAZIA 1: Ridurre sprechi e inefficienze attraverso l'associazione e la relazione dinamica dei dati prestazionali diagnostici, terapeutici e assistenziali forniti agli assistiti (per tipologia, quantità, tempistica, frequenza, unità di erogazione, operatori coinvolti, strumenti utilizzati, collocazione territoriale), i principali dati di Outcome delle prestazioni, i correlati economici (Tariffe, DRG, Prezzi delle Tecnologie sanitarie), i dati anagrafici e socioeconomici degli assistiti, , i dati epidemiologici, i dati ambientali di effettivo o possibile impatto sulla salute.

BUROCRAZIA 2: Invertire il consenso informato per l'uso del FSE, dell'EDS e per la donazione organi e tessuti, così come già accade per l'anagrafe tributaria cui tutti i cittadini aderiscono alla nascita, si deve lasciare al cittadino la possibilità di opposizione. Il risparmio in termini di tempo e di conservazione di documenti è enorme.

BUROCRAZIA 3: Autocertificazione dei primi tre giorni di malattia. (Rif.to cap. Burocrazia).

BUROCRAZIA 4: Accelerare l'adozione delle multi-prescrizioni per le malattie croniche e della ricetta ripetibile annuale (viste le liste di attesa evitare che la durata sia inferiore a 12 mesi). (Rif.to cap. Burocrazia – inserito nella legge di bilancio 2026).

BUROCRAZIA 5: Eliminare il consenso informato per i 200 miloni di prestazioni specialistiche non invasive. (Rif.to cap. Burocrazia).

BUROCRAZIA 5: Eliminare il consenso informato per la compilazione del Profilo Sanitario Sintetico (Patient Summary) da parte dei MMG. (Rif.to cap. Burocrazia).

5. Prevenzione: creare salute per garantire Sostenibilità

Dall'approccio One Health alla precisione territoriale: riformare la domanda per ridisegnare l'offerta dei servizi.

PREVENZIONE 1 (One Health): Se vogliamo fare sostenibilità dal momento che la cura delle malattie è una spesa inevitabilmente incrementale dobbiamo creare salute (non solo tutelarla) creando salute si riforma la domanda, che ora si rivolge mutualisticamente indisturbata al sistema sanitario, e di conseguenza si creano le basi ***per ripensare l'offerta di servizi***.

Su questo i medici per l'ambiente auspicano che i registri di patologie, ed in particolare il registro tumori, siano maggiormente precisi arrivando ad una analisi per CAP (Codice di avviamento postale) per poter attivare servizi di prevenzione differenziati per singolo territorio (Rif.to cap. Il Prevenzione – One Health).

6. Sicurezza Integrata: dal Rischio Clinico alla Cyber-Resilienza

Ottimizzare i processi organizzativi e adottare strategie Zero Trust: proteggere il paziente, i dati e la filiera dei fornitori.

Sicurezza 1: Le soluzioni al disallineamento organizzativo in sanità devono necessariamente passare da un'ottimizzazione dei processi e dalla mappatura dei rischi al fine di migliorare l'efficienza e la qualità dei servizi al paziente. (Rif.to cap. Sicurezza delle cure)

Sicurezza 2: Cybersecurity. Implementare strategie come il Zero Trust, modernizzare le piattaforme e integrare i fornitori terzi in una visione di sicurezza complessiva considerando e chiedendo le stesse caratteristiche anche ai propri fornitori, poiché rappresentano un vettore di attacco sempre più utilizzato per raggiungere le strutture sanitarie. (Rif.to cap. Cybersecurity)

7. Sanità Digitale: la sfida della trasformazione sistemica

Infrastrutture, competenze e governance: passare dalla logica dell'adempimento alla cultura del dato per un SSN connesso e predittivo.

SANITÀ DIGITALE 1: Nell'interesse della collettività e per garantire maggior efficacia nella ricerca, nella programmazione e nell'aderenza alla cura, rafforzare la **legge n. 25/2022** ed il **Decreto Ministeriale del 7 settembre 2023** prevedendo che "tutte le prestazioni" sanitarie, pubbliche e private, vengano inserite nel FSE. (Rif.to cap. Sanità digitale)

SANITÀ DIGITALE 2: Per il Consenso al Trattamento dei Dati, si evidenzia il progresso delle regioni italiane, tuttavia, emerge un problema culturale significativo, soprattutto nelle regioni del Sud Italia, dove solo una piccola percentuale di cittadini (circa l'1-2%) ha prestato il consenso al trattamento dei dati sanitari. È del tutto evidente che senza un'adozione dei consensi su larga scala la sanità digitale sarà compromessa. Pertanto, per l'uso del FSE, dell'EDS e per la donazione organi e tessuti, si suggerisce di capovolgere il paradigma: così come già accade per l'anagrafe tributaria, dove tutti i cittadini aderiscono alla nascita, si dovrebbe fare lo stesso per i consensi in sanità, lasciando, ovviamente al cittadino la possibilità di opposizione. D'altronde l'art. 32 della Costituzione dichiara che la sanità è un bene "nell'interesse della collettività" e non solo del singolo. (Rif.to cap. Sanità digitale)

SANITÀ DIGITALE 3: Il futuro della gestione della cronicità – e ancor più della multicronicità – dipende dunque dalla nostra capacità di trasformare la tecnologia in un abilitatore di collaborazione. Non si tratta di sostituire il rapporto umano con il digitale, ma di usare il digitale per rafforzare la rete umano-professionale che circonda ogni persona. Oggi un valore clinico nasce digitale in un ambulatorio, ma "muore" appena tocca il confine di quel sistema proprietario. Diventa un PDF inerte o carta stampata. Arriva sulla scrivania del medico e deve essere manualmente "rianimato" dalle sue dita per tornare a vivere nella cartella clinica. Quando lo stesso paziente va da uno specialista, il dato morirà di nuovo, e un altro collega dovrà rianimarlo una terza volta con il

proprio inesorabile ticchettio sulla tastiera. E questo non è solo un "fastidio burocratico": è un **errore di architettura dei sistemi**. L'obiettivo non deve essere digitare più velocemente ma un sistema che conosca già il dato prima che il paziente si sieda.

Per questo motivo è molto forte è il dibattito sull'implementazione del Profilo Sanitario Sintetico (o Patient Summary) che è delegato al MMG o PLS. I dati, per la stragrande maggioranza, possono essere reperiti in altre banche dati esistenti o dai referti fatti dai medici specialisti, ***vanno realizzati strumenti di implementazione automatica***. (Rif.to cap. Fascicolo sanitario elettronico)

SANITÀ DIGITALE 4: Le app sanitarie per i cittadini sono applicazioni per dispositivi mobili che offrono vari servizi e informazioni nel campo della salute, come accesso a documenti sanitari, prenotazione di visite, gestione di terapie e monitoraggio dello stato di salute a scopo di prevenzione. Per evitare disparità tra territori sarebbero utili delle linee guida che uniformino i servizi o meglio, sarebbe utile un servizio di comunicazione nazionale (che superi WhatsApp e similari) e che garantisca uniformità in tutta la nazione. (Rif.to cap. Sanità digitale)

SANITÀ DIGITALE 5: L'abbandono dei sistemi amministrativo/contabili verticali sulle singole aziende sanitarie permetterebbe una maggiore concentrazione degli investimenti tecnologici sui sistemi informativi clinici. La Sanità, come seconda voce di spesa dello Stato, è spesso preda di una spesa improduttiva, che non risparmia il settore ICT, e che genera posti di lavoro che potrebbero essere definiti come ammortizzatori sociali. Per rendere più esaustivo il concetto proviamo a fare degli esempi: tutti i Comuni italiani hanno la stessa normativa che regola il loro funzionamento, eppure abbiamo 7.904 sistemi informativi diversi nel nome della libera concorrenza, stesso ragionamento si potrebbe fare per i sistemi amministrativo/contabili delle Aziende sanitarie pubbliche. Un approccio sistemico non solo porterebbe dei risparmi in termini economici ma consentirebbe di garantire l'interscambio del personale con maggior efficacia nella gestione complessiva ed inoltre garantirebbe un maggior impegno da parte dell'industria verso i sistemi informativi clinici, che sono la vera risorsa per una sanità sostenibile. (Rif.to cap. Sanità digitale)

SANITÀ DIGITALE 6: La telemedicina, i Pdta mancanti e le società scientifiche. La telemedicina non è prevista nei Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (Pdta) e, se questo vuoto normativo non verrà colmato

rapidamente, non la userà mai nessuno. Serve uno sforzo da parte delle società scientifiche.

SANITÀ DIGITALE 7: La telemedicina, le tariffe sono un nodo economico irrisolto. Senza le tariffe la telemedicina non può sostenersi, nessun professionista, ma anche nessuna Azienda Sanitaria, attiverebbe una prestazione senza una tariffa. Ed anche qui occorre sbrigarsi in questo senso, perché una volta finite le risorse del Pnrr, le tariffe saranno l'unico modo per sostenere la telemedicina. La situazione, in questo senso, è frammentata, le Regioni in piano di rientro non possono toccare le tariffe, neanche volendo, le altre Regioni per ora hanno tariffato esclusivamente la televisita ma non hanno tariffato il teleconsulto, che invece sarebbe un asset fondamentale come, ad esempio, il medico di medicina generale che sente lo specialista senza bisogno di mandargli il paziente in visita.

SANITÀ DIGITALE 8: La telemedicina ed i vincoli tecnologici. Gli ingegneri clinici sollevano preoccupazioni specifiche sulla certificazione. Oggi ogni piattaforma è certificata come dispositivo medico ed ha una lista di dispositivi definiti con marca e modello correndo il rischio di ridurre sia il numero dei player sia dei dispositivi connessi in telemedicina. Servono standard per aprire questo mercato alla libera concorrenza.

SANITÀ DIGITALE 9: il problema dei problemi. Le aziende sanitarie e le regioni, per rispettare le tempistiche del PNRR, hanno dovuto, obtorto collo, firmare dei collaudi "*molto generosi*". È necessaria una strategia condivisa per "*terminare*", *amalgamare e valorizzare* quanto è stato fin qui commissionato e "*parzialmente*" realizzato al fine di dare valore, ai dati ed alle applicazioni, per i pazienti, gli operatori e le aziende sanitarie.

Approfondimenti dei relatori

Medicina difensiva dopo la Gelli-Bianco: il problema dei dati, il costo sommerso, le leve realistiche di riforma

A cura dell'Avv. Gabriele Chiarini, Presidente Fondazione Sanità Responsabile

A otto anni e mezzo dal varo della legge 8 marzo 2017, n. 24, la domanda, suggestiva, che ci è stata posta èla seguente: la "Gelli-Bianco" ha ridotto la medicina difensiva?

La risposta, per quanto scomoda, è che non abbiamo indicatori solidi per dimostrarlo. Non perché il fenomeno sia marginale, ma perché lo osserviamo con strumenti deboli.

E quando un sistema non misura in modo omogeneo ciò che vuole governare, rischia di scambiare impressioni per evidenze e di intervenire per approssimazioni.

Le stime disponibili, pur con metodologie diverse, convergono su un ordine di grandezza stabile e molto elevato: tra 9 e 13 miliardi di euro l'anno, oscillando tra circa lo 0,75% del PIL e il 10% della spesa sanitaria nazionale. La varietà delle fonti e dei metodi rende difficile confrontare i dati, ma il messaggio di fondo è chiaro: la medicina difensiva non è un episodio, è una componente strutturale del sistema.

Il punto, tuttavia, è che nessuna fonte ufficiale ha consolidato un "dato Paese" aggiornato e sistematico. Le misurazioni si basano su auto-percezioni dei medici, modelli teorici e sondaggi non omogenei.

Manca un cruscotto nazionale condiviso tra Ministero, AGENAS, ISS e IVASS. In altre parole: sappiamo che il fenomeno pesa, ma non lo misuriamo con standard comuni. Se vogliamo governarlo, la prima riforma è rendere misurabile ciò che oggi non lo è.

Quando poi si entra nel tema dei costi, occorre evitare un equivoco ricorrente: non è il contenzioso, da solo, a spiegare il peso economico della medicina difensiva. I risarcimenti per malpractice, in media, incidono per circa lo 0,8% sul valore della produzione delle strutture sanitarie.

Il costo reale è in larga parte "sommerso" e si colloca nei processi clinico-organizzativi: riammissioni, esami ripetuti, trattamenti aggiuntivi, giornate di degenza prolungate, gestione di eventi avversi e complicanze prevenibili.

Le stime OCSE-OMS ricordano che, nei Paesi ad alto reddito, una quota rilevante (pari al 15%) della spesa sanitaria è assorbita proprio dalla correzione di errori e complicazioni evitabili. Il tribunale è spesso solo il luogo in cui il problema emerge; il costo vero matura prima, nei reparti e nei percorsi di cura.

Su questo sfondo si innesta la dimensione percettiva, che oggi è parte del problema. Una recente survey ANAAO-Assomed segnala che circa un medico su tre riferisce di aver subito almeno un procedimento, con una quota significativa di iniziative penali. Eppure il tasso di condanna riportato è molto basso.

Il dato centrale non è solo la probabilità dell'esito, ma il carico sistemico del procedimento: ansia anticipatoria, pressione organizzativa, disallineamento tra priorità cliniche e priorità difensive.

La celebre formula "il processo è già di per sé una pena" fotografa bene l'effetto: il semplice rischio del procedimento può condizionare scelte cliniche e organizzative, anche quando la responsabilità penale effettiva resta un esito raro.

Sul versante civile, alcuni dati aiutano a ridimensionare due luoghi comuni.

Il primo è che il medico sia sempre il bersaglio principale: l'esperienza degli ATP del Tribunale di Roma mostra che, nella maggioranza dei casi, l'azione è rivolta alla struttura (o all'assicurazione) e solo in una quota minoritaria coinvolge direttamente il sanitario.

Il secondo luogo comune è l'idea di un contenzioso prevalentemente pretestuoso: negli stessi ATP una percentuale significativa di domande risulta fondata, all'esito della consulenza tecnica. Ciò suggerisce che il conflitto, spesso,

nasce da criticità reali e che il baricentro della responsabilità è largamente organizzativo.

Da qui una conseguenza pratica: la gestione del contenzioso e la capacità conciliativa diventano strumenti di governo, non meri adempimenti.

In questa prospettiva si comprende l'ambivalenza di alcune scelte della legge 24/2017. L'art. 13, pensato come garanzia del diritto di difesa del sanitario attraverso l'obbligo di comunicazione entro 45 giorni (a pena di decadenza dalla rivalsa), ha prodotto in molti contesti un effetto collaterale prevedibile: un'allerta burocratica automatica, con notifiche "a pioggia" dettate da timori amministrativi, che alimenta ansia e protocolli difensivi anche quando la pretesa è inconsistente.

La norma tutela la forma, ma rischia di aggravare la sostanza, spostando l'attenzione sul rischio giudiziario più che sulla valutazione clinica e sull'analisi dell'evento.

La tentazione, a fronte di questo quadro, è tornare ancora una volta sulla colpa professionale. Il DDL del 4 settembre 2025, con la riscrittura dell'art. 590-sexies c.p. e l'introduzione del 590-septies, valorizza l'adesione a linee guida e buone pratiche e chiede al giudice di considerare scarsità di risorse, carenze organizzative non evitabili, complessità del caso e urgenza.

È un intervento che coglie elementi reali del contesto di cura. Ma la domanda è se sia sufficiente a calmierare la medicina difensiva. Il rischio è ripetere un paradigma: intervenire a valle, sul perimetro della colpa, mentre il fenomeno è alimentato anche da fattori extra-giuridici, dalla struttura degli incentivi e dalla difficoltà, in medicina, di "non fare".

Qui si apre un passaggio essenziale: non ogni atto inappropriato è medicina difensiva. Il "medical overuse" è un fenomeno più ampio, determinato da concause che includono organizzazioni ingessate, scarsa continuità tra ospedale e territorio, aspettative dei pazienti, cultura dell'iperdiagnosi, timori reputazionali, modelli di finanziamento che premiano volumi e prestazioni.

In questo ecosistema, fare di più spesso è più semplice che spiegare, attendere, rivalutare o scegliere consapevolmente di non intervenire. Ma ogni atto medico comporta un rischio e moltiplicare procedure non necessarie significa moltiplicare anche eventi avversi: accessi venosi "di routine", antibiotici "per

sicurezza", imaging non indicato, screening non mirati, ricoveri precauzionali, fino agli effetti iatrogeni più tipici nell'anziano fragile.

Se il problema è di sistema, anche le soluzioni devono esserlo, ma con scelte realistiche e attuabili.

Tre direttrici appaiono prioritarie.

La prima è riscrivere l'art. 13, eliminando la decadenza automatica dalla rivalsa e legando la comunicazione al sanitario a una valutazione motivata, quando l'eventuale responsabile sia identificabile con sufficiente certezza.

La seconda è precludere l'azione diretta contro il medico del SSN, concentrando la legittimazione passiva sulla struttura pubblica, come avviene in altri ambiti del pubblico impiego, lasciando al rapporto interno (e ai presupposti di dolo o colpa grave) l'eventuale rivalsa.

La terza è rendere la conciliazione in ATP realmente efficace, con incentivi per chi definisce responsabilmente e disincentivi per chi ostacola senza giustificazione, trasformando l'ATP da passaggio formale a luogo concreto di composizione.

Accanto alle riforme, resta un argine che non richiede nuove fattispecie, ma un diverso investimento culturale e organizzativo: la comunicazione.

La legge 219/2017 ricorda che il tempo della comunicazione è tempo di cura.

Oggi quel tempo è compresso da turni, urgenze e burocrazia, ma la tecnologia può essere una leva, se orientata a liberare tempo e non ad aggiungere adempimenti: digitalizzazione intelligente della documentazione, consenso informato tracciabile e modulato, strumenti di comunicazione asincrona, supporti decisionali che rendano i percorsi più chiari e coerenti.

Numerose esperienze sperimentali muovono in questa direzione: non "burocrazia digitale", ma strumenti per rendere più trasparente e verificabile il dialogo, restituendo centralità alla relazione terapeutica.

In definitiva, la domanda iniziale resta aperta non per mancanza di problemi, ma per mancanza di misurazione condivisa e per un eccesso di risposte affidate solo al diritto della colpa.

Se vogliamo ridurre la medicina difensiva, dobbiamo renderla misurabile, agire sulle distorsioni organizzative e incentivare scelte cliniche appropriate, anche quando la scelta giusta è "non fare". E dobbiamo ricostruire il dialogo,

perché molte controversie non nascono dall'errore in sé, ma da una relazione interrotta.

Restituire qualità alla comunicazione potrebbe rappresentare, oggi, una delle più efficaci politiche di sicurezza delle cure e, paradossalmente, il miglior antidoto alla medicina difensiva.

La Legge Gelli-Bianco tra fiducia e sfide future

A cura di Maria Nefeli Gribaudi, Avvocato del foro di Milano, Leads (Donne leader in sanità), Esperta in responsabilità sanitaria

Contrastare la medicina difensiva non è solo una questione normativa, ma richiede di **rimettere al centro la fiducia**, da parte dei pazienti nei confronti del servizio sanitario e dei medici e da parte degli stessi operatori sanitari nei confronti della organizzazione di cui fanno parte, misurandone la soddisfazione, la collaborazione ed il commitment.

Dobbiamo guardare allo stato attuale con sguardo retrospettivo, ma con visione prospettica, mettendo al centro, oltre al dato normativo, la fiducia: se guardiamo indietro agli ultimi 8 anni troviamo un mondo cambiato e un sistema sanitario in profonda trasformazione.

La risposta alla pandemia ha ridefinito i modelli organizzativi, priorità e rapporti, spinto verso la trasformazione digitale, la telemedicina, l'intelligenza artificiale, mostrando la necessità di rendere interoperabili i sistemi informativi e di rendere tempestivo l'accesso ai dati sanitari. Cambiamenti che ridefiniscono il modo di *fare sanità* **ridisegnano i confini della responsabilità professionale e organizzativa**, ponendo nuove sfide che rendono ancora più urgente ricostruire fiducia e alleanza tra tutti gli stakeholder del sistema salute. Per guardare al futuro e a tali sfide, occorre prendere le mosse dal dato nor-

mativo e dalle coordinate fondamentali che ci offre, utili per affrontare con consapevolezza e fiducia questo profondo cambiamento.

La legge 24/17 ha l'indiscusso merito di porsi come disciplina che per la prima volta **disciplina in maniera organica e specifica** il sistema della responsabilità sanitaria, muovendo dal presupposto che la responsabilità sanitaria è un sottosistema della responsabilità civile che ha declinazioni e peculiarità proprie.

Ha il pregio di riportare il pendolo della responsabilità sanitaria ad un punto di maggior equilibrio tra tutela del paziente e protezione del professionista e soprattutto di contenere l'attività creativa della giurisprudenza che, nella ricerca di tale equilibrio, ha introdotto istituti e principi ad hoc, creando incertezze, timori, difficoltà di riservazione e di addivenire a composizioni conciliative. Bisogna tuttavia rammentare che **la piena attuazione dell'impianto normativo della legge 24/17 risale solo a tempi recenti** ossia all'adozione del decreto attuativo dm 232/2023 e al varo della TUN (DPR 12/2025) attuativa dell'art. 138 codice delle assicurazioni private a cui la legge rimanda. L'art. 1 della legge 24/17 valorizza la sicurezza delle cure quale parte come costitutiva del diritto alla salute, facendo della prevenzione e la gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie uno dei suoi principi fondamentali: una norma a cui deve riconoscersi non solo valenza programmatica, ma anche precettiva. A mente della legge 24/17 l'attività di prevenzione del rischio si realizza anche mediante l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative, riguarda tutte le strutture, pubbliche e private, sanitarie e sociosanitarie e richiede la partecipazione di tutto il personale che a qualsiasi titolo opera all'interno della struttura. È questa una coordinata fondamentale per guardare al presente e alle sfide future e per costruire fiducia nell'organizzazione sanitaria e all'interno dell'organizzazione sanitaria stessa. In un contesto sanitario caratterizzato da una forte spinta tecnologica e digitale "il rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie" richiamato dalla legge 24/17 diventa **un rischio multiforme in cui il rischio clinico si interfaccia con il rischio tecnologico, con l'ecosistema digitale e con il rischio organizzativo**.

L'impianto normativo della legge 24/17, **chiamando in campo la dimensione organizzativa della struttura e l'attività di prevenzione e gestione del rischio**, ha inoltre contribuito a estendere la visione della

colpa sanitaria dai concetti di imperizia, imprudenza, negligenza individuale verso un concetto di colpa consistente nella mancata adozione di misure idonee ad evitare il danno da parte dell'organizzazione, valorizzando l'idea di fondo che vede la prestazione del sanitario che opera a qualsiasi titolo all'interno della struttura si inscrive nel complesso contesto organizzativo della struttura.

Evoca altresì un concetto di accountability e di trasparenza di matrice europea e a cui si ispira gran parte della più recente normativa europea (GDPR, AI ACT, MDR) che si basa su un approccio risk based, in cui divengono centrali l'attività di prevenzione e gestione del rischio e l'accountability. Responsabilizzazione, quindi, prima che responsabilità legale, un valore etico prima ancora che giuridico, che si declina nella capacità di dimostrare la coerenza, l'adeguatezza e la conformità delle scelte e delle azioni rispetto alla sicurezza e qualità delle cure, che non opera a livello astratto, ma in concreto.

Un principio pervasivo che riguarda l'organizzazione e gli operatori sanitari e che si riflette in termini di reciprocità. Sono questi principi chiave, prevenzione e gestione del rischio e accountability, che se si traducono in misure concrete, effettive e continue, sono capaci di generare sicurezza e creare fiducia nell'organizzazione sanitaria e all'interno dell'organizzazione sanitaria, e che guardando alle sfide future poste dalla tecnologia devono tradursi:

- in modelli organizzativi adeguati ed adattivi;
- in un approccio integrato, multidisciplinare, proattivo, reattivo e continuo ed effettivo ai rischi connessi all'erogazione della prestazione sanitaria in cui si intersecano rischi tecnologici, rischi legati ai dati, rischi cyber, rischi clinici, rischi legali;
- nella capacità della struttura di gestire risorse, processi e tecnologie in modo coerente, sicuro ed affidabile;
- nella gestione del cambiamento, integrando ed implementando le competenze, i processi, la formazione, i sistemi e i flussi informativi;
- una adeguata comunicazione con il paziente, tra operatori sanitari ed équipe, ma anche tra organizzazione e operatori sanitari, coinvolgendoli nella ridisegnazione di processi e procedure e nelle scelte organizzative.

Conciliazione: perché l'articolo 8 della Legge Gelli-Bianco deve cambiare

A cura di Marco Crispo, Avvocato del Foro di Roma, Patrocinante dinanzi le Giurisdizioni Superiori, Diritto e Responsabilità Sanitaria, Docente a contratto Corso Alta Formazione Università degli Studi di Roma "La Sapienza"

Medicina difensiva, contenzioso sanitario, alleanza terapeutica tra medici e pazienti: queste le tematiche principali alla base del sistema salute, sulle quali la legge 24/2017 ha segnato un vero e proprio cambio di passo rispetto ai precedenti interventi legislativi. L'aspetto sul quale intendo soffermarmi nasce dall'esperienza personale sul campo come operatore del diritto prima ancora che come studioso della materia, e mira ad evidenziare le criticità legate alla **condizione di procedibilità introdotta dall'art. 8**, in grado di incidere negativamente sui macro-obiettivi che il legislatore si era meritoriamente prefissato.

La preoccupante crescita del contenzioso

Mi riferisco in particolare alla **riduzione del numero di cause legali**, soprattutto per quanto riguarda i casi di malpractice medica, che negli ultimi anni ha raggiunto livelli preoccupanti. Come conseguenza naturale di ciò, è necessario tutelare i professionisti sanitari dalle azioni legali ingiustificate e prive di fondamento, pur rispettando, naturalmente, i diritti costituzionali dei pazienti.

Il calvario del personale sanitario

Troppo spesso sono costretto a registrare nell'ambito della mia attività professionale la profonda frustrazione dei medici, liberi professionisti o dipendenti di strutture pubbliche o private. Questi soggetti, a seguito di un coinvolgimento in procedimenti penali o civili, hanno ben chiaro **il calvario che li attenderà**. A ciò si aggiungono le gravose conseguenze che quel cammino costelleranno, indipendentemente dall'accertamento o meno di una responsabilità a loro carico. Stress, discredito sociale, spese legali e aumento dei costi assicurativi restano, infatti, quasi sempre privi di effettivo ristoro.

I limiti dell'articolo 8

Ebbene proprio il meccanismo delineato dall'art. 8, finalizzato alla riduzione del contenzioso, mostra su tale aspetto **tutti i suoi limiti**. Le cause sono due: la prima è una formulazione per alcuni versi tecnicamente non condivisibile. La seconda consiste nella parziale sincrasia rispetto la difficile realtà con la quale gli operatori del diritto sono costretti giornalmente a scontrarsi.

Da un lato, infatti, l'introduzione di una condizione di procedibilità, da assolvere attraverso un tentativo obbligatorio di conciliazione a scelta tra Consulenza tecnica preventiva ai fini della composizione della lite e mediaconciliazione, è certamente funzionale all'obiettivo prefissato. Dall'altro, tuttavia, **la tempistica inutilmente stringente** per avviare il giudizio, specialmente laddove si prediliga la prima opzione, è in grado di vanificarne completamente i benefici.

Un contrasto che risulta ancora più stridente quando ci si sofferma sulle molteplici peculiarità positive che il detto istituto, regolato dall'art. 696 bis c.p.c., aveva mostrato dal momento della sua introduzione nel marzo 2006. Infatti, figurava senza dubbio tra i motivi che avevano indotto il Legislatore ad assegnargli un ruolo così determinante nella norma in esame.

I meriti del 696 bis c.p.c

L'utilizzo di tale strumento permette:

- la verifica, in tempi relativamente rapidi, della **fondatezza delle posizioni** dei soggetti chiamati a parteciparvi;
- la possibilità di **stipulare un accordo** ovvero di comprendere appieno i rischi di una eventuale prosecuzione dell'azione sulla base delle risultanze della consulenza tecnica;
- per ultimo, seppure non di minore importanza, la possibilità per il danneggiato/ricorrente di **quantificare in anticipo i costi** che sarà costretto a sopportare per chiedere contezza delle proprie lagnanze. Il tutto è possibile anche perché si tratta di un procedimento che non prevede la liquidazione delle spese legali in favore delle controparti, spesso numerose in giudizi di responsabilità sanitaria.

Un termine che cade troppo presto

Ebbene, **il termine di nove mesi**, indicato al terzo comma dell'art. 8, nella maggiore parte dei casi **si rivela insufficiente** non solo a definire il tentativo di conciliazione demandato al CTU, ma anche semplicemente a licenziare la bozza della perizia. Questo costringe il ricorrente ad avviare comunque il giudizio nel timore di perdere l'attività sino a quel momento svolta, avviando così un contenzioso altrimenti evitabile.

Una situazione sul punto è "chiaramente" confusa

È necessario porre il tema delle più **diverse interpretazioni dottrinali**, con particolare riferimento alla declaratoria di improcedibilità del giudizio. Ancora oggi, a distanza di otto anni dal suo varo, è possibile sostenere che la situazione sul punto è "chiaramente" confusa, e infatti:

- non ci sono pronunce specifiche da parte della Suprema Corte;
- le linee guida del Tribunale di Roma, del 2020, ricordano come «nel caso in cui, nel termine perentorio di sei mesi dal deposito del ricorso, il procedimento di consulenza tecnica preventiva a fi-

ni conciliativi non sia ancora approdato al deposito dell'elaborato peritale la parte che abbia interesse sia alla consulenza tecnica sia alla conservazione degli effetti della domanda può proporre il ricorso […], ovvero decidere di assolvere la condizione di procedibilità mediante tentativo di mediazione» (pag. 11);

- inoltre: «La perentorietà del termine di novanta giorni […] per il deposito del ricorso ex art. 702 bis c.p.c. ai fini dell'introduzione del giudizio di merito deve essere intesa nel senso che il rispetto del termine sia funzionale esclusivamente a preservare gli effetti sostanziali e processuali della domanda introdotta con il ricorso per ATP e non alla procedibilità della domanda di merito». Se depositato oltre i 90 giorni, «il ricorso è procedibile, ma può produrre solo ex novo i suoi effetti sostanziali e processuali. La parte che voglia beneficiare della salvezza degli effetti della sua domanda ha l'onere di promuovere il giudizio di merito nelle forme del rito sommario, entro il termine di 90 giorni che decorre dalla scadenza del termine semestrale, anche nel caso in cui questa sia interessata a proseguire il procedimento ex art. 696-bis per conoscere l'esito della relazione e partecipare al tentativo di conciliazione» (pag. 10);
- i Tribunali chiamati a pronunciarsi sulla perentorietà del suddetto termine si sono espressi in modo diametralmente opposto (accaduto questo settembre).

Due tribunali, due interpretazioni

A distanza di soli tre giorni, infatti, il **Tribunale di Castrovillari** ha dichiarato l'improcedibilità della domanda: «Quanto esposto spiega l'improcedibilità della domanda […]. La non chiara formulazione della norma e l'assenza di precedenti in termini del Giudice di legittimità rappresentano gravi e eccezionali ragioni di compensazione delle spese di lite» – 19 settembre 2025 n. 1513.

Allo stesso tempo, quello di **Santa Maria Capua a Vetere** ha pronunciato la perdita dei soli effetti sostanziali e processuali, inclusa l'idoneità ad interrompere il decorso del termine della prescrizione: «… si osserva che la più re-

cente giurisprudenza di merito e di legittimità ha ritenuto che il mancato rispetto dei termini previsti dal comma terzo dell'art. 8 della L. 24/2017 per dare corso al procedimento sommario di cognizione (90 giorni dal deposito della perizia ex art. 696 bis c.p.c. o sei mesi dall'inizio del procedimento cautelare), se, da un lato, non determina l'improcedibilità della domanda; dall'altro lato ne comporta la perdita degli effetti sostanziali e processuali, inclusa l'idoneità ad interrompere il decorso del termine della prescrizione» – 16 settembre 2025 n. 2715).

Conclusione

Ebbene, anche in ragione della mancata funzione suppletiva spesso svolta dalla giurisprudenza, si rivela ormai indifferibile un intervento normativo. Al di là di modifiche più radicali, deve mirare, quantomeno, a rendere facoltativo e non già perentorio il termine oggi così qualificato. In questo modo permetterebbe la piena fruizione dell'art. 696 bis c.p.c. e con essa il rispetto dell'obiettivo che ha ispirato la Legge Gelli – Bianco in tema di **riduzione del contenzioso e risparmio di spesa**.

Educazione Terapeutica del Paziente, stigma e pregiudizio: il crocevia snodo dove si rafforzano o distruggono fiducia, aderenza ed outcome clinici

A cura di Enrico Prosperi, Medico Chirurgo, Specialista in Psicologia Clinica, Presidente della Società Italiana di Educazione Terapeutica e Prof.ac di Educazione Terapeutica nell'ambito clinico e ospedaliero presso l'Università Europea di Roma

L'Educazione Terapeutica del Paziente (ETP) rappresenta oggi uno dei pilastri delle politiche di gestione delle malattie croniche e della promozione del benessere lungo tutto l'arco di vita. L'ETP non è un'attività accessoria o "di contorno", ma un intervento terapeutico basato sulle evidenze, riconosciuto **dall'Organizzazione Mondiale** della Sanità come componente essenziale della gestione clinica, psicologica e sociale delle condizioni croniche. Nonostante il suo valore documentato, l'ETP rimane spesso poco riconosciuta, frammentata, non strutturata, insufficientemente integrata nei Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA), scarsamente presente nella formazione di base dei professionisti, e quasi invisibile nell'agenda politica di molte regioni e istituzioni. Il presente documento, ampliato e discorsivo, mira a offrire un quadro chiaro, coerente e propositivo per superare tali criticità e costruire un ecosistema realmente favorevole all'ETP.

L'**ETP si configura come un processo formativo continuo** e personalizzato, centrato sulla persona e fondato sul modello biopsicosociale, che

mira a migliorare la Qualità della Vita della persona che vive con una malattia cronica. Essa mobilita non soltanto conoscenze, ma soprattutto competenze: capacità di scelta, analisi, interpretazione dei segnali corporei, assunzione di responsabilità, autogestione della terapia, regolazione emotiva e sostenibilità degli stili di vita. Una ETP efficace è strutturata, personalizzata, integrata nella cura di routine, co-progettata con i pazienti e accompagnata da una valutazione sistematica degli esiti e non si riduce a una semplice "informazione" erogata in modo isolato. La co-costruzione dell'ETP con i pazienti promuove un modello partecipato, centrato sulla soggettività e sulla responsabilità condivisa. Il paziente e il caregiver dovrebbero far parte del team educativo, con un ruolo attivo nelle scelte e nella definizione degli obiettivi di cura.

Questo aspetto è stato indicato come uno dei punti di maggiore convergenza durante il panel: la coprogettazione consente di ridurre la distanza tra professionisti e persone con malattia cronica, migliora la definizione degli obiettivi e aumenta l'efficacia degli interventi educativi.

L'OMS nel documento pubblicato nel novembre 2023, Therapeutic patient education: an introductory guide, ha ribadito che l'ETP:

- migliora gli esiti clinici,
- riduce le complicanze,
- diminuisce ricoveri e degenze,
- rafforza la qualità della vita e il benessere psicosociale,
- riduce la pressione sui sistemi sanitari,
- favorisce l'equità e la partecipazione informata dei cittadini.

Il **modello biopsicosociale** rappresenta la premessa teorica dell'ETP. Questo modello riconosce che la malattia non è un semplice evento biologico, ma un processo complesso che coinvolge dimensioni psicologiche, emotive, sociali, culturali e relazionali. Superare il modello puramente biomedico e adottare un approccio biopsicosociale significa:

- considerare il vissuto soggettivo del paziente,
- accogliere le emozioni che accompagnano diagnosi e cronicità,
- affrontare lo stigma (esterno e interiorizzato),
- valorizzare la rete sociale e familiare,
- adattare le strategie terapeutiche al contesto di vita reale.

I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DNA) rappresentano un esempio particolarmente significativo di condizione in cui fattori biologici, psicologici e sociali interagiscono profondamente, rendendo imprescindibile un approccio educazionale personalizzato e multidisciplinare.

Durante la discussione è emerso come il modello biopsicosociale rappresenti non solo un orientamento teorico, ma una cornice operativa che deve guidare la pratica clinica quotidiana dell'ETP e la formazione interdisciplinare dei professionisti.

L'ETP diventa così uno strumento per "leggere" e accompagnare la complessità delle vite, non solo delle malattie.

Questa richiede un team interdisciplinare (medici, infermieri, psicologi, dietisti, fisioterapisti, assistenti sociali, chinesiologi) capace di lavorare con un approccio realmente integrato.

La qualità degli interventi dipende non solo dalle competenze tecniche dei singoli professionisti, ma soprattutto dalla loro capacità di condividere un linguaggio comune, una metodologia educativa coerente e obiettivi assistenziali allineati. Il paziente con malattia cronica dovrebbe essere seguito lungo tutto il percorso di cura da un'équipe coesa, capace di garantire continuità, coordinamento e coerenza degli interventi, riducendo il rischio di messaggi discordanti che possono minare la fiducia e l'aderenza. La **formazione degli operatori** è uno dei nodi strutturali più critici. Attualmente, la maggioranza dei professionisti non riceve una formazione sistematica in ETP durante la formazione universitaria o post-universitaria. Mancano moduli obbligatori, docenti esperti, percorsi interdisciplinari, uniformità nazionale, standard di qualità. Per questo la formazione dell'équipe rappresenta un elemento centrale, ed è necessaria una formazione integrata e permanente di tutti i professionisti coinvolti. Una formazione condivisa e continua rafforza la qualità del lavoro interdisciplinare, migliora la coerenza delle informazioni fornite ai pazienti e sostiene processi di cura più partecipati ed efficaci. È quindi necessario promuovere percorsi formativi continuativi che siano teorici e soprattutto pratici. Accanto alla formazione accademica, è fondamentale il contributo delle società scientifiche, degli ordini professionali e degli enti di rappresentanza, che possono garantire standard omogenei, linguaggi condivisi, compe-

tenze educative, sviluppo di reti tra professionisti, percorsi accreditati e aggiornamenti basati sulle evidenze.

È stato inoltre sottolineato come l'implementazione dell'ETP richieda una chiara consapevolezza della sua dimensione temporale. Formare operatori, pazienti e caregiver non è un atto puntuale, ma un processo che necessita di tempo, continuità e pratica sul campo. Le competenze educative vanno consolidate progressivamente e aggiornate nel tempo, così come le pratiche di ETP devono essere periodicamente riviste, monitorate e adattate ai contesti clinici e organizzativi.

Le società scientifiche e le associazioni dei pazienti possono promuovere il riconoscimento istituzionale dell'ETP, favorire l'inserimento dei programmi educativi nei percorsi assistenziali e sensibilizzare decisori, strutture e comunità professionali sul valore dell'autogestione da parte del paziente. Per molti, l'ETP è ancora percepita come attività accessoria, "tempo sottratto alla clinica", attività delegabile a singoli professionisti, elemento poco misurabile. Per superare questa criticità è necessario dimostrare l'impatto economico dell'ETP, produrre dossier regionali che mostrino riduzione delle complicanze, dei ricoveri e accessi impropri e un risparmio complessivo per il sistema sanitario. È necessaria anche una supervisione della equipe che eroga un percorso di ETP.

Si evidenzia l'importanza delle Medical Humanities nella formazione del team per potenziare empatia, osservazione, ascolto, comunicazione e lavoro di équipe.

Un buon percorso di ETP necessita di **indicatori di impatto**, pensati già durante la fase di progettazione dell'intervento, che valutino ciò che viene prodotto, i cambiamenti ottenuti e gli effetti nel lungo tempo. È stato sottolineato come tali indicatori debbano essere definiti già nella fase di progettazione dell'intervento e non successivamente, così da garantire coerenza metodologica, misurabilità e possibilità di valutare realmente il cambiamento generato. Disporre di indicatori affidabili consente di monitorare i risultati, orientare le scelte organizzative, adeguare i programmi e dimostrare il valore dell'ETP all'interno dei percorsi assistenziali. Permettono di verificare se l'intervento educativo abbia effettivamente rafforzato le competenze del paziente. Valutare la capacità di comprendere la propria malattia, riconoscere i segnali di allarme, gestire i trattamenti e prendere decisioni informate è essenziale per de-

terminare il successo dei programmi. Questi elementi possono essere misurati tramite scale di autogestione, questionari validati o osservazione strutturata del comportamento. Un secondo ambito riguarda i cambiamenti clinici. L'ETP contribuisce spesso al miglioramento del controllo della patologia e alla riduzione delle complicanze. Indicatori come i valori bioumorali (ad esempio HbA1c nel diabete, pressione arteriosa nell'ipertensione, colesterolo LDL nel rischio cardiovascolare), la stabilità clinica o il numero di eventi acuti rappresentano segnali tangibili dell'efficacia educativa. Allo stesso modo, la riduzione di ricoveri o delle giornate di degenza può indicare una migliore gestione domiciliare e un percorso assistenziale più appropriato. Un terzo gruppo di indicatori riguarda i comportamenti in grado di influenzare la salute. La modifica dello stile di vita, l'aderenza terapeutica, la continuità delle visite di controllo, l'adozione di strategie di prevenzione e l'abbandono di abitudini a rischio sono esiti strettamente legati alla qualità dell'educazione ricevuta. Essi rappresentano un punto di raccordo tra empowerment del paziente e risultati clinici. Un ulteriore indicatore di impatto è la qualità percepita dal paziente. Il grado di soddisfazione rispetto al programma educativo, la sensazione di essere più competente, la fiducia in sé e nella relazione con i professionisti sono aspetti che influenzano la partecipazione attiva e la continuità del percorso.

La **resistenza** nell'introdurre l'ETP come pratica strutturata nella cura delle malattie croniche necessita di leadership istituzionali che permettano una formazione sulla ETP durante i corsi di laurea e post-laurea.

È stato sottolineato come l'ETP si fondi sul riconoscimento della persona nella sua globalità, includendo aspetti biologici, psicologici e sociali, culturali e religiosi e non solo sulla gestione clinica della patologia. È necessario anche considerare e contrastare il possibile **stigma** che spesso colpisce le persone con malattie croniche e che talvolta viene interiorizzato. Il tema dello stigma, esterno e interiorizzato, è stato identificato come area formativa indispensabile. I professionisti dovrebbero essere formati a riconoscere i propri bias, a utilizzare un linguaggio rispettoso e a costruire relazioni terapeutiche basate su ascolto, empatia e validazione del vissuto del paziente. Relazioni rispettose ed empatiche favoriscono migliori alleanze terapeutiche e migliore aderenza ai trattamenti e ai follow up. Nelle condizioni associate al peso corporeo, come obesità e sindrome metabolica, è oggi ampiamente documentato come il linguaggio utilizzato dai professionisti sanitari possa influenzare la percezione di

stigma, l'alleanza terapeutica e l'aderenza agli interventi nutrizionali. Studi su preferenze linguistiche dei pazienti evidenziano che termini neutri e descrittivi, come "peso" o "peso non sano", sono generalmente preferiti rispetto a parole percepite come stigmatizzanti ("obeso", "grasso"), soprattutto nel contesto della comunicazione clinica. In questa prospettiva, l'uso di un linguaggio centrato sulla persona (person-first language), ad esempio "persona con obesità" o "persona con diabete" invece di etichette identitarie, contribuisce a ridurre lo stigma, promuovere rispetto e favorire una relazione di cura più equilibrata e collaborativa. Un'attenzione analoga è necessaria anche nei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DNA), in cui l'uso di un linguaggio non giudicante, privo di etichette identitarie e centrato sulla persona rappresenta un elemento fondamentale per evitare colpevolizzazione, promuovere fiducia e sostenere l'adesione ai percorsi terapeutici.

Inoltre, è necessario fare attenzione a ogni tipo di stigma: quello legato alla patologia cronica, alle sue complicanze, all'aspetto fisico, ma anche a quello connesso al genere, all'orientamento sessuale e all'età della persona (ageismo).

L'ETP è una componente fondamentale del trattamento, soprattutto nelle condizioni croniche, dove l'autogestione, l'aderenza terapeutica e la capacità del paziente di comprendere e integrare le indicazioni sanitarie nella vita quotidiana influenzano in modo determinante gli esiti clinici e la qualità di vita. L'inserimento strutturato dell'ETP nei **PDTA** rappresenta un passaggio essenziale per garantire continuità, coerenza e qualità nei processi di cura e permettere alle persone con una malattia cronica di poter vivere una vita significativa anche in presenza della malattia. Integrare l'ETP nei PDTA significa riconoscerne il ruolo strategico nella gestione della malattia. Quando i programmi educativi vengono pianificati all'interno del percorso assistenziale, diventano parte integrante del processo di cura e non un intervento episodico. La presenza dell'ETP nei PDTA garantisce inoltre una maggiore uniformità dell'approccio tra servizi e professionisti e assicura anche una migliore integrazione interdisciplinare, riducendo la frammentazione degli interventi e valorizzando le competenze di ciascun professionista. Da un punto di vista organizzativo, includere l'ETP nei PDTA consente di pianificare risorse, tempi, strumenti e indicatori di impatto, rendendo possibile la valutazione dell'efficacia dei percorsi educativi e il loro miglioramento nel tempo. La formalizzazione all'interno dei PDTA favorisce anche il riconoscimento istituzionale del-

l'ETP, facilitando la sua diffusione e il suo radicamento nelle pratiche cliniche quotidiane.

L'ETP può rappresentare una strategia di salute pubblica orientata di empowerment, equità e sostenibilità. La sua piena realizzazione richiede una trasformazione culturale, professionale e organizzativa: un passaggio da una sanità centrata sulla malattia a una sanità centrata sulla persona e sulla comunità.

Educazione terapeutica: formazione, PDTA e indicatori di impatto

A cura di Valeria Guglielmi, Presidente sezione laziale della Società Italiana di Obesità (SIO Lazio) e Prof.ssa Associata di Medicina Interna dell'Università di Roma "Tor Vergata"

Formazione interdisciplinare e continua

L'educazione terapeutica del paziente richiede un team capace di lavorare con un approccio realmente integrato. La qualità degli interventi dipende non solo dalle competenze tecniche dei singoli professionisti, ma soprattutto dalla loro capacità di condividere un linguaggio comune, una metodologia educativa coerente e obiettivi assistenziali allineati. Per questo **la formazione dell'équipe rappresenta un elemento centrale.**

Una formazione condivisa e continua rafforza dunque la qualità del lavoro interdisciplinare, migliora la coerenza delle informazioni fornite ai pazienti e sostiene processi di cura più partecipati ed efficaci. È quindi necessario promuovere percorsi formativi continuativi. Per questo, accanto alla formazione accademica, **è fondamentale il contributo delle società scientifiche**, degli ordini professionali e degli enti di rappresentanza, che possono garantire standard omogenei, percorsi accreditati e aggiornamenti basati sulle evidenze. Il loro coinvolgimento consente di valorizzare le competenze specifiche di ciascuna professione, favorire la

diffusione di buone pratiche e sostenere lo sviluppo di un modello di ETP coerente su tutto il territorio.

In particolare, **le società scientifiche svolgono un ruolo strategico nello sviluppo, nella diffusione e nel consolidamento dell'ETP**. La loro importanza deriva dalla capacità di garantire un riferimento autorevole, condiviso e aggiornato per tutti i professionisti impegnati nei programmi educativi. Le società scientifiche possono infatti progettare e offrire percorsi di aggiornamento specifici, accreditati e differenziati per le diverse figure professionali coinvolte. Le società scientifiche svolgono inoltre un ruolo di advocacy. Possono promuovere il riconoscimento istituzionale dell'ETP, favorire l'inserimento dei programmi educativi nei percorsi assistenziali e sensibilizzare decisori, strutture e comunità professionali sul valore dell'autogestione da parte del paziente. Questa funzione è cruciale per consolidare l'ETP all'interno delle politiche sanitarie e garantirne l'adozione su larga scala.

Infine, il loro contributo è determinante nella creazione di reti professionali. Le società scientifiche favoriscono lo scambio di esperienze tra operatori, servizi e territori, promuovendo una cultura collaborativa e interdisciplinare, essenziale per l'ETP.

Educazione Terapeutica del Paziente nei PTDA

L'ETP è una componente fondamentale del trattamento, soprattutto nelle condizioni croniche, dove l'autogestione, l'aderenza terapeutica e la capacità del paziente di comprendere e integrare le indicazioni sanitarie nella vita quotidiana influenzano in modo determinante gli esiti clinici e la qualità di vita. **L'inserimento strutturato dell'ETP nei PDTA rappresenta un passaggio essenziale per garantire continuità, coerenza e qualità nei processi di cura.** Integrare l'ETP nei PDTA significa riconoscerne il ruolo strategico nella gestione della malattia. Quando i programmi educativi vengono pianificati all'interno del percorso assistenziale, diventano parte integrante del processo di cura e non un intervento episodico.

La presenza dell'ETP nei PDTA garantisce inoltre una maggiore uniformità dell'approccio tra servizi e professionisti e assicura anche una migliore integrazione interdisciplinare: medici, infermieri, psicologi, dietisti, fisioterapisti e altri professionisti possono collaborare seguendo un impianto educativo comu-

ne, riducendo la frammentazione degli interventi e valorizzando le competenze di ciascuno.

Da un punto di vista organizzativo, includere l'ETP nei PDTA consente di pianificare risorse, tempi, strumenti e indicatori di impatto, rendendo possibile la valutazione dell'efficacia dei percorsi educativi e il loro miglioramento nel tempo. La formalizzazione all'interno dei PDTA favorisce anche il riconoscimento istituzionale dell'ETP, facilitando la sua diffusione e il suo radicamento nelle pratiche cliniche quotidiane.

Indicatori di impatto

Gli indicatori di impatto rappresentano uno strumento fondamentale per valutare **l'efficacia dell'ETP e per garantirne la qualità nel tempo**. Tuttavia, senza un sistema strutturato di indicatori è difficile misurare in modo oggettivo se gli interventi educativi producano cambiamenti reali e significativi. Disporre di indicatori affidabili consente invece di monitorare i risultati, orientare le scelte organizzative, adeguare i programmi e dimostrare il valore dell'ETP all'interno dei percorsi assistenziali. Gli indicatori di impatto permettono innanzitutto di verificare se l'intervento educativo abbia effettivamente rafforzato le competenze del paziente. **Valutare la capacità di comprendere la propria malattia, riconoscere i segnali di allarme, gestire i trattamenti e prendere decisioni informate è essenziale per determinare il successo dei programmi**. Questi elementi possono essere misurati tramite scale di autogestione, questionari validati o osservazione strutturata del comportamento.

Un secondo ambito riguarda **i cambiamenti clinici**. L'ETP contribuisce spesso al miglioramento del controllo della patologia e alla riduzione delle complicanze. Indicatori come **i valori bioumorali** (ad esempio HbA1c nel diabete, pressione arteriosa nell'ipertensione, LDL nel rischio cardiovascolare), la stabilità clinica o il numero di eventi acuti rappresentano segnali tangibili dell'efficacia educativa. Allo stesso modo, la riduzione di ricoveri o delle giornate di degenza può indicare una migliore gestione domiciliare e un percorso assistenziale più appropriato.

Un terzo gruppo di indicatori riguarda **i comportamenti in grado di influenzare la salute**. La modifica dello stile di vita, l'aderenza terapeutica, la continuità delle visite di controllo, l'adozione di strategie di prevenzione e l'abbandono di abitudini a rischio sono esiti strettamente legati alla qualità dell'educazione ricevuta. Essi rappresentano un punto di raccordo tra empowerment del paziente e risultati clinici.

Accanto a questi elementi, **un ulteriore indicatore di impatto è la qualità percepita dal paziente.** Il grado di soddisfazione rispetto al programma educativo, la sensazione di essere più competente, la fiducia in sé e nella relazione con i professionisti sono aspetti che influenzano la partecipazione attiva e la continuità del percorso.

Nel loro insieme, questi indicatori consentono di valutare non solo l'efficacia della singola attività educativa, ma anche la qualità complessiva dell'organizzazione che la sostiene. Misurare l'impatto dell'ETP significa infatti garantire percorsi più appropriati, interventi realmente utili e una presa in carico più centrata sulla persona.

Come e dove promuovere l'Educazione Terapeutica del Paziente (ETP)

A cura di Hellas Cena, Presidente dell'Associazione Nazionale Specialisti in Scienza dell'Alimentazione (ANSiSA)

È emersa con chiarezza la necessità di promuovere una **formazione interdisciplinare e continua** per tutti i professionisti coinvolti nell'Educazione Terapeutica del Paziente (ETP), inclusi medici, infermieri, psicologi, dietisti, fisioterapisti e assistenti sociali. Tale formazione non può essere demandata esclusivamente al sistema universitario, ma deve essere sostenuta in modo strutturato anche dalle società scientifiche, dagli ordini professionali e dagli enti di rappresentanza, al fine di garantire un aggiornamento costante, un approccio omogeneo e una piena valorizzazione delle competenze professionali.

Parallelamente, è stato sottolineato il **ruolo attivo del paziente e del caregiver** all'interno dei percorsi di educazione terapeutica. L'ETP non può essere concepita come un processo unidirezionale di trasmissione di informazioni, ma come un percorso co-costruito, nel quale il paziente e chi se ne prende cura partecipano attivamente alle decisioni e alla definizione degli obiettivi di cura, diventando parte integrante del team educativo.

Un ulteriore elemento ritenuto fondamentale riguarda la **definizione di indicatori di impatto, output e outcome**. È necessario individuare indicatori chiari e coerenti, articolati su tre livelli: ciò che viene prodotto (output), i cambiamenti ottenuti (outcome) e gli effetti nel medio-lungo periodo (impat-

ti). Tali indicatori dovrebbero essere definiti già in fase di progettazione, inclusi i progetti formativi, per consentire un monitoraggio nel tempo, valutare l'effettiva capacità degli interventi di generare cambiamenti significativi e orientare eventuali azioni correttive o di rafforzamento dei modelli adottati.

Nonostante il riconoscimento del valore dell'ETP, persiste una **resistenza culturale e organizzativa** alla sua introduzione come pratica strutturata e sistematica. Il superamento di questa barriera richiede una leadership istituzionale chiara, percorsi formativi mirati e la valorizzazione delle buone pratiche già esistenti, in grado di dimostrare l'efficacia dell'approccio educativo.

È stato inoltre ribadito come l'ETP trovi il proprio fondamento nel **modello biopsicosociale**, che riconosce la persona nella sua globalità. L'educazione terapeutica non si limita alla gestione clinica della patologia, ma integra dimensioni biologiche, psicologiche e sociali, includendo anche aspetti culturali e religiosi che influenzano l'esperienza di malattia e i comportamenti di salute.

In questa prospettiva, l'**integrazione strutturata dell'ETP all'interno dei Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali (PDTA)** rappresenta un passaggio decisivo per garantire uniformità, continuità e sostenibilità dei programmi educativi sul territorio, riducendo le disuguaglianze di accesso e migliorando la qualità complessiva delle cure.

Infine, è emersa la necessità di affrontare in modo esplicito il tema dello **stigma e del vissuto emotivo**. I percorsi formativi destinati ai professionisti dovrebbero includere moduli specifici dedicati al riconoscimento e alla gestione dello stigma, sia esterno sia interiorizzato, al fine di promuovere relazioni terapeutiche più empatiche, rispettose e realmente centrate sulla persona.

Spunti alla discussione sull'Educazione Terapeutica del paziente (ETP)

A cura di Patrizia Todisco, Presidente Società Italiana per lo Studio dei Disturbi del Comportamento Alimentare (SISDCA)

Aggiungo/sottolineo solo alcuni aspetti.

- **Dimensione temporale nell'implementazione terapeutica:** è necessario tempo per formare non solo a livello teorico ma anche pratico gli operatori (tutti in ottica multidisciplinare integrata o interdisciplinare come preferite dire), i pazienti e i caregiver all'ottica e alla pratica dell'ET. È altresì necessario continuare a rivedere le pratiche ET che possono essere continuamente riviste e aggiornate.
- **È necessaria supervisione all'équipe che utilizza ET** per rivedere l'applicazione effettiva dell'ET, l'adattamento all'individuo (personalizzazione) e anche supportare i singoli operatori rispetto alle difficoltà e al coinvolgimento personale (controtransfert). Tutto ciò nell'ottica di ridurre la possibilità di burnout che possono vivere anche i cargiver per i quali è altrettanto utile un supporto non solo in fase di apprendimento dell'ET, ma soprattutto nel proseguimento della cura della patologia cronica.

- **Si dovrebbe fare attenzione a ogni tipo di stigma:** quello legato alla patologia cronica, alle sue complicanze, al peso/aspetto, ma anche al genere, all'orientamento sessuale e, sottolinenado quanto affermato dalla Dott.ssa Minetti, all'età.
- **Gli operatori che si occupano di ET**, ma in generale tutti gli operatori che si occupano di salute, dovrebbero essere formati anche all'utilizzo di un linguaggio gentile ed accogliente, non stigmatizzante nei confronti dei pazienti, ma anche di atteggiamenti che esprimano empatia e non giudizio.

Serve un approccio definito delle Medical Humanities

A cura di Vincenza Ferrara, Esperta Alta Qualificazione Sapienza Università di Roma

Le competenze cognitive, emotive e relazionali sono considerate necessarie per la promozione del benessere e la cura a partire del Team di cura per aiutare anche nel lavoro e nel seguire il processo di cura con capacità interdisciplinari. Per quanto riguarda la formazione del Team c'è bisogno quindi di implementare le competenze di osservazione, l'ascolto, l'empatia e molti studi suggeriscono l'utilizzo di **un approccio definito delle Medical Humanities** che possono comprendere pratiche artistiche e metodi pedagogici collegate alle discipline umanistiche nel settore della salute per applicare l'approccio bio-psico-sociale e l'umanizzazione delle cure.

È necessario, infatti, essere in grado di valutare la patologia e il suo decorso attraverso la valutazione biomedica ma la stessa OMS indica **di valutare in modo olistico la persona e il suo stato** considerando gli aspetti psicologici e sociale utili anche per suggerire atteggiamenti e attività non farmacologiche alla persona affetta da patologia cronica al suo caregiver e familiari. Tali pratiche formative sono, infatti, indicate come utili per imparare la gestione della cura, uscire dalla solitudine e poter realizzare attività per il benessere psico-fisico utile in modo particolare nel caso di malattie croniche. Da qualche anno, in Italia, pratiche legate alle Medical Humanities, come l'applicazione del metodo delle **Visual Thinking Strategies**, sono state introdotte acquisendo conoscenze dalla letteratura scientifica del settore in merito alle espe-

rienze degli Stati Uniti e di altri paesi europei, in programmi sperimentali universitari di medicina e infermieristica, nella formazione ECM e in reparti ospedalieri o ambulatori, con risultati positivi nel migliorare le competenze e limitare lo stress e la depressione a partire dal Team di cura. Alcune esperienze realizzate con persone affette da patologie o fragili o con malattie croniche hanno ottenuto risultati molto positivi per la riduzione dell'ansia e la promozione del benessere e sono in corso progetti di ricerca per coinvolgere giovani o meno giovani con fragilità e depressioni per migliorare le loro condizioni coinvolgendo inizialmente il personale sanitario. Nell'ambito della formazione del personale sanitario si è cercato di mettere in relazione il risultato delle attività con gli obiettivi utili in ambito lavorativo quindi una discussione e riflessione per avere consapevolezza di avere maggiori competenze nel settore delle relazioni e quindi nella comunicazione con le persone e i professionisti della salute per applicare una educazione terapeutica. Sono state utilizzate valutazioni di impatto sullo sviluppo di competenze e stato di benessere ma certo può diventare importante capire come valutare l'impatto di formazione e organizzazione di un percorso personalizzato sul processo di cura su tutti gli attori e sugli outcome dell'educazione terapeutica nell'ambito del PTDA.

Credo che diventi importante **creare tavoli studio tra tutti gli attori** per comprendere cosa e come adottare una educazione terapeutica efficace adottando procedure multidisciplinari.

La sicurezza dei veterinari ufficiali

A cura di Angela Vacca, Presidente SIVeMP (Sindacato Italiano veterinari Medicina Pubblica) e componente ONSEPS

Il problema della sicurezza dei veterinari ufficiali è riconosciuto a livello internazionale, già nel 2016 l'assemblea generale dell'EASVO a Bruxelles, ha portato alla ribalta la questione della "Sicurezza dei veterinari ufficiali e nel 2025 l'Assemblea Generale FVE, ha affrontato il problema delle aggressioni al personale veterinario, essendo chiaramente una preoccupazione sentita in tutta l'Unione Europea. Il nostro Sindacato sta presidiando il problema della violenza da oltre 20 anni; tuttavia, nonostante l'impegno profuso e l'insediamento presso il Ministero della Salute nel 2010, di un Osservatorio specifico per la Veterinaria, **ad oggi non osserviamo risultati tangibili sulla riduzione delle aggressioni.**

Per capire se funzionano le misure preventive e repressive previste dalla legge 113/2020 e successive modifiche anche del codice penale, è necessario fare una breve sintesi **sul ruolo e funzioni dei veterinari delle ASL** ma più in generale di tutti i professionisti, medici e tecnici della prevenzione che operano all'interno dei dipartimenti di prevenzione delle ASL e che svolgono controlli ufficiali. È necessario capire in quali ambienti lavorano e quali sono le motivazioni che portano gli utenti ad aggredire i professionisti e quali potrebbero essere le misure preventive necessarie per la loro tutela, in quanto essi non svolgono le loro funzioni all'interno di strutture sanitarie e sociosanitarie

facilmente presidiabili, ma in aziende di privati e in ambienti spesso difficili e in contesti talvolta di scarsa legalità.

I medici veterinari, ad esempio svolgono funzioni finalizzate **a garantire la sicurezza alimentare attraverso controlli di filiera**, che iniziano nell'allevamento e terminano sulla nostra tavola, presidiano tutte le fasi della catena alimentare attraverso l'applicazione di leggi nazionali regionali e comunitarie in tutti gli stadi della filiera di origine animale quali pesca, caccia, allevamento, macellazione, trasformazione dei prodotti animali, senza trascurare la salute, il benessere animale, l'uso corretto del farmaco in allevamento, l'alimentazione degli animali e i loro sottoprodotti al fine di garantire la salubrità dei prodotti e quindi tutelare la salute pubblica in un'ottica one health. **Nei loro compiti rivestono la qualifica di pubblici ufficiali** e in presenza di reati rivestono la qualifica di ufficiali di polizia giudiziaria, ma nonostante il loro importante ruolo e le regole dell'anticorruzione prevedano che tali controlli vengano svolti in team, queste funzioni in molte realtà territoriali vengono **attuate in modo individuale**, senza supporto di altri colleghi o tecnici e questo a causa della cronica carenza di personale, presente tutt'oggi in molte regioni italiane.

Dall'attività di controllo possono scaturire sanzioni, blocco di merci o allevamenti, denunce, chiusura di stabilimenti, causa talvolta di perdita di sovvenzioni comunitarie. Accanto a una larga utenza rispettosa delle leggi e dei doveri che queste impongono, sono presenti operatori che non accettano controlli o esiti di non conformità, e talvolta **reagiscono nell'immediato con minacce e aggressioni**, perpetuando forme di diffamazione sulle comunità e talvolta sui social, molti, in particolare donne sono oggetto di stalking, ma molto spesso agiscono nell'ombra **con atti intimidatori rivolti al professionista e/o alla sua famiglia,** con danneggiamenti ai beni personali, e anche con atti di pesante delinquenza organizzata. È evidente che le motivazioni che spingono molti utenti ad aggredire i veterinari sono riconducibili a interessi economici, spesso sono premeditate e non legate a impeti emotivi, come spesso accade nel caso di assistenza ai piccoli animali o nelle aggressioni ai medici e infermieri ritenuti dal paziente o dai familiari i veri responsabili della mancata risposta alle loro attese, anziché ragionare in termini più ampi, sulle inefficienze del Sistema Sanitario Nazionale.

Spesso il numero di aggressioni e intolleranza verso i Veterinari pubblici viene esacerbata durante le epidemie quando i professionisti devono adottare provvedimenti restrittivi tesi a limitare il diffondersi delle malattie che colpiscono gli animali. La presenza della PSA sul territorio nazionale ha

determinato aggressioni, proteste e invettive, anche via social contro i professionisti. Il necessario e obbligatorio abbattimento degli animali nell'allevamento infetto, imposto dalla legge per evitare il diffondersi della pericolosa epidemia, ha determinato nel 2023 diverse mobilitazioni di associazioni animaliste, che hanno ostacolato in tutti i modi lo svolgimento delle operazioni, svolte in collaborazione con le forze dell'ordine. Diversi soggetti, si sono **resi protagonisti di gravi aggressioni mediatiche**, che hanno messo alla berlina i veterinari che svolgevano il loro lavoro, alimentando sui social la disinformazione, attraverso considerazioni tese a toccare le corde emotive delle persone trascurando ogni ragionamento scientificamente riconosciuto. Uno degli ultimi casi registrati riguarda un'equipe veterinaria di un macello in Lombardia, con tentativo di strangolamento e accoltellamento di un veterinario, ripropone purtroppo identici casi avvenuti nei macelli a danno di alcune colleghe. L'ultima segnalazione, denunciata come di dovere alle forze dell'ordine, ma non riportata dai media, riguarda il rinvenimento di pallottole di fucile, all'interno del bocchettone per la benzina di una macchina di servizio utilizzata da un collega in Lombardia.

Riepilogo del questionario SIVeMP sulle condizioni di lavoro dei veterinari del SSN

Tipo di Aggressione	**Frequenza**	**Contesto**
Aggressioni verbali	Molto frequenti	Ispezioni, controlli ufficiali, reazioni a sanzioni amministrative.
Minacce/intimidazioni	Frequenti	Azioni ispettive, sequestri di animali/alimenti, atti punitivi.
Aggressioni fisiche	Meno frequenti	Durante controlli sul campo, soprattutto in ambienti isolati.
Danneggiamento di beni	Meno frequenti	Vandalismo contro veicoli o attrezzature private/aziendali, veri e propri attentati.
Aggressioni non segnalate	Molto frequenti	Per paura di ritorsioni, minimizzazione degli eventi, mancanza di fiducia nel sistema.

Purtroppo, sappiamo che ciò che viene denunciato è solo una minima parte di ciò che realmente accade. Le mancate denunce, oltre alla paura di più gravi ritorsioni, sono dovute anche alla constatazione che nulla o poco viene fatto dalle amministrazioni di appartenenza e che spesso manca anche il sostegno delle forze dell'ordine; talvolta i fatti vengono sottovalutati dalla stessa amministrazione e/o dalle forze dell'ordine, e trattati come se fossero relativi alla sfera personale o comportamentale dei professionisti.

Qualora si individui l'aggressore e l'aggredito decida di denunciare, **si aprono lunghi e penosi iter giudiziari** che possono durare anni e che vengono affrontati dalla persona offesa con grande preoccupazione e amarezza laddove essi stessi vengono talvolta contro denunciati, diventando ancora una volta vittime dei fatti subiti. Spesso non possono contare neanche su valide testimonianze perché si trovano a lavorare da soli, e le ASL che dovrebbero gestire in toto l'iter giudiziario, si limitano a manifestare solidarietà ai colleghi, come se le aggressioni fossero fatti personali e non riguardassero il lavoro che essi svolgono in nome e per conto dell'azienda ASL.

Legge 113/2020

Nel Settembre del 2020 dopo il lungo percorso del DDL 867 è stata approvata la legge oggi in vigore "LEGGE 14 agosto 2020, n. 113-"*Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni*". Il suo iter fu presidiato in modo costante dai vari portatori di interesse tra cui l nostro sindacato, che, tra le tante richieste, chiese e ottenne la partecipazione delle OS più rappresentative al tavolo del nuovo Osservatorio istituito ai sensi dell'articolo 2 della legge 113/2020 *l'Osservatorio Nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie (ONSEPS)*.

La legge 113/2020, prevede le seguenti azioni tese a disincentivare gli atti di violenza:

- Istituzione di un Osservatorio Nazionale
- Progetti di comunicazione istituzionale
- Protocolli operativi con le forze dell'ordine individuati nei piani per la sicurezza

- Giornata nazionale di educazione e prevenzione degli atti di violenza che è fissata il 14 Marzo di ogni anno.

La formalizzazione dell'Osservatorio Nazionale ONSEPS, avvenuto con decreti del Gennaio e Febbraio 2022, ha consentito di mettere intorno allo stesso tavolo, tutte le figure che a vario titolo sono coinvolte nel gestire e tutelare il fenomeno delle aggressioni, Istituzioni, ordini professionali, associazioni di categoria, sindacati etc.

I progetti di comunicazione istituzionale ad opera del Ministero della Salute non sono stati ad oggi avviati, ma alcuni gruppi di professionisti e/o strutture sanitarie hanno agito in autonomia, utilizzando varie forme di comunicazione tra cui i social per sensibilizzare l'opinione pubblica sul problema delle aggressioni ai sanitari. Molte ASL hanno avviato protocolli operativi con le forze dell'ordine che oggi presidiano molti ospedali e strutture sanitarie. Strumenti di videosorveglianza sono stati installati nelle strutture e taluni ospedali hanno fornito anche bodycam indossabili (Salerno) e braccialetti anti-aggressione (Treviso) al personale più soggetto ad aggressione come i pronto soccorso o centri di salute mentale.

Considerazioni sui lavori dell'ONSEPS

Le azioni svolte dall'ONSEPS, tese a realizzare le funzioni ad esso attribuite dalla legge, quali monitoraggio, proporre misure idonee a ridurre i fattori di rischio, monitorare l'attuazione delle misure di prevenzione ad opera delle ASL previste dal decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, promuovere la formazione del personale e la diffusione delle buone pratiche in materia di sicurezza degli operatori, hanno consentito di iniziare un percorso sicuramente migliorabile di rilevazione dei dati sul monitoraggio delle aggressioni e degli eventi sentinella ad opera di ordini professionali e delle Regioni; ha inoltre consentito la raccolta di buone pratiche e ha fornito importanti Input per i percorsi di formazione indispensabili per una corretta comunicazione con l'utenza tesa soprattutto alla conoscenza delle procedure di de escalation per la salvaguardia del personale.

Criticità e considerazioni

Relativamente al monitoraggio bisogna evidenziare le criticità sulla rilevazione degli episodi di violenza che la legge 113 attribuisce agli ordini professionali e alle regioni.

A luglio 2024 è stato aggiornato il protocollo degli eventi sentinella e nel nuovo elenco di 23 eventi avversi, viene indicato al punto 12 " Morte o grave danno causato da violenza verso o nei confronti di operatore", con ciò modificando la precedente definizione di evento sentinella in caso di violenza ai sanitari, che indicava in modo più generico "Atti di violenza a danno di operatore". Pensiamo che la nuova definizione produca e aggravi la ben nota carenza dei dati di monitoraggio sulle aggressioni fornita dalle ASL che alla luce della nuova definizione di evento sentinella, dovranno fornire esclusivamente i dati delle aggressioni che causano morte o grave danno. Ma l'aspetto più rilevante è quello relativo alle **azioni correttive che le ASL sono obbligate ad avviare in caso di Evento Sentinella**, che comprendono attenta analisi del caso e individuazione delle azioni correttive necessarie perché l'evento non si verifichi nuovamente. Sarebbero obbligate a sviluppare questo percorso solo in caso di morte o grave danno conseguente all'aggressione! Ci chiediamo se questo fatto possa compromettere anche l'applicazione della Raccomandazione 8/2007, nella quale l'aggressione nei confronti dei sanitari è definita **evento sentinella!**

L'ONSEPS, al fine di sanare talune criticità della Raccomandazione 8 evidenziate dal tavolo di lavoro, ha inoltrato all'Osservatorio buone pratiche in capo alla direzione della programmazione sanitaria che ha titolarità sul documento, una serie di osservazioni e richieste di modifica, al fine di renderlo più cogente per le aziende e estendere la sua applicazione a tutti gli operatori sanitari, compresi quelli che svolgono controlli sul territorio presso i privati. Il documento che focalizza l'attenzione sulle attività prettamente assistenziali, trascurando quelle territoriali della prevenzione, nonostante l'accoglimento di molte proposte non risulta ancora aggiornato. Ci si chiede se la nuova definizione delle aggressioni al personale sanitario del protocollo sugli eventi sentinella 2024, che indica solo "morte o grave danno", abbia determinato problemi alla sua revisione.

Sicuramente l'obbligo che permane in capo alle Aziende è quello di adempiere alle indicazioni del d.lvo 81/08 attraverso la stesura del DVR che, bisogna sottolineare, spesso analizza in modo generico i rischi e non prende specificamente in considerazione in moltissime realtà, le condizioni di lavoro e i rischi di chi non opera presso strutture sanitarie e sociosanitarie ma nel territorio presso aziende di privati e spesso da soli anziché in equipe. Anche il monitoraggio sull'attuazione delle misure di prevenzione e protezione a garanzia dei livelli di sicurezza sui luoghi di lavoro, attribuito dalla legge 113/2020 all'ONSEPS risulta abbastanza difficoltoso e per il momento non ancora affrontato compiutamente.

Misure sanzionatorie e modifiche al codice penale

Le lesioni personali che riguardano il personale sanitario vengono annoverate tra quelle dell'articolo 583 quater del c.p., che riguardano i pubblici ufficiali. Viene riconosciuta l'aggravante prevista nell'articolo 61 cp, anche in caso di aggressione a personale sanitario. Con successive modifiche del codice penale è stata introdotta la procedibilità d'ufficio e la pena detentiva indipendentemente dalla gravità dei fatti, mentre prima la legge considerava solo le lesioni personali gravi. A ottobre del 2024 è stato approvato il decreto-legge n. 137, convertito in legge 171 a Novembre 2024. Questa legge prevede l'arresto in flagranza o flagranza differita e aggravi di pena per chi aggredisce il personale sanitario o danneggia beni all'interno delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche o private. Purtroppo, l'aver indicato il luogo preciso dove le aggressioni vengono punite, **esclude dall'applicazione della legge tutti quegli episodi e quindi i professionisti che vengono aggrediti presso stabilimenti**, domicili o aree di privati, non potendo rientrare nell'applicazione della legge neanche i danni dei beni dell'azienda che si verificano sul territorio, alle macchine di servizio, alle attrezzature portatili etc. **Anche l'arresto in differita entro 48 ore dall'evento risulta poco applicabile agli operatori del territorio** che non possono contare su sistemi di videosorveglianza o di altri supporti, anche per la lontananza dai centri operativi o dai presidi di polizia.

In alcuni procedimenti penali ancora in atto, che riguardano alcuni colleghi che hanno subito aggressioni e oltraggi presso stabilimenti privati, **abbiamo rilevato talune criticità che vanno evidenziate.**

- Il reato di oltraggio a pubblico ufficiale, articolo 341 del cp, per definizione si applica solo se il fatto oggetto di denuncia avviene in luogo pubblico o aperto al pubblico. Il macello, l'allevamento o qualsiasi struttura privata, dove il professionista può essere vilipeso e oltraggiato, oltreché aggredito, non vengono considerati luoghi pubblici o aperti al pubblico, anche se frequentati da una moltitudine di operatori. Sarebbe quindi opportuno che il reato di oltraggio a pubblico ufficiale, quando riguarda i sanitari, venisse esteso ai luoghi privati dove operano i sanitari della prevenzione e quelli dell'assistenza.
- Altro aspetto evidenziato in altri procedimenti penali per aggressione, riguarda l'applicazione della non punibilità per tenuità del fatto (art. 131 bis c.p.) previsto dalla cosiddetta "riforma Cartabia". Nel caso di aggressione che non ha causato danni evidenti al malcapitato, l'applicazione di questa norma sembra contrastare la volontà del legislatore nel caso di aggressione ai sanitari, per i quali si procede… "indipendentemente dalla gravità dei fatti". Anche in questo caso sarebbe opportuno prevedere l'esclusione di tale articolo di legge in caso di violenza ai sanitari.

Azioni di miglioramento

La sicurezza degli operatori sanitari deve essere affrontata con un approccio sistematico su più livelli: gestionale/organizzativo legislativo/istituzionale, culturale.

- **Livello organizzativo:** La carenza di personale viene identificata come una delle cause principali delle aggressioni conseguenti a ritardi nell'erogazione dei servizi nei casi dell'assistenza alla persona. L'eccessiva personalizzazione dei **controlli ufficiali non svolti in team risulta essere un pericoloso vulnus** per la sicurezza del personale che opera sul territorio.
- **Formazione:** bisogna sottolineare l'importanza di una formazione mirata (sia ECM che non-ECM). Questo tipo di formazione dovrebbe aiutare i professionisti a riconoscere i comportamenti a rischio, a utilizzare tecniche di de-escalation e a fornire

supporto psicologico alle vittime per facilitare un migliore rientro al lavoro.

- **Comunicazione e informazione:** Si ritiene necessario creare campagne informative sia per gli operatori sanitari (per aumentare la loro consapevolezza sulla prevenzione e la gestione della violenza) che per i cittadini (per sensibilizzarli sulle condizioni di lavoro del personale sanitario e sulle conseguenze degli atti violenti).
- **Gli aspetti legislativi** che escludono talune categorie di operatori dovrebbero essere oggetto di una attenta revisione. Lo sviluppo delle modifiche necessarie affinché non si creino sperequazioni tra le diverse professionalità sanitarie, non può prescindere dal coinvolgimento di chi conosce in modo approfondito il lavoro e le sue dinamiche sul territorio.
- **I danni materiali** subiti dal dipendente a seguito di atti intimidatori/ritorsivi devono essere totalmente rimborsati o dalle ASL attraverso assicurazioni o fondi di solidarietà nazionali, o dalle regioni con emanazione di leggi regionali ad hoc. La Regione Sardegna, per esempio, **ha incluso i veterinari con compiti ispettivi tra le categorie con diritto di risarcimento dei danni materiali subiti per causa di servizio**, al pari degli amministratori locali.
- Al fine di ridurre l'impatto negativo che questo fenomeno ha sui lavoratori è necessario l'impegno costante di regioni e ASL. Le regioni devono adottare atti cogenti per le ASL che non possono esimersi dal tutelare chi opera in nome e per conto dell'azienda, l'aggressione al sanitario deve essere considerata aggressione all'azienda. **Nei procedimenti penali le aziende dovrebbero costituirsi parte civile** e affiancare costantemente il dipendente nel lungo percorso giudiziario.
- La condizione della mancanza di supporto esterno nei sanitari che operano sul territorio, acuisce la condizione di stress sul lavoro che unite a concause complesse e multifattoriali legate alla responsabilità, ai carichi di lavoro pesanti, alla pressione emotiva di talune decisioni e adempimenti lavorativi, conducono ad uno stato di esaurimento fisico, emotivo e mentale che sfocia in ben note condizioni patologiche, che producono danni all'azienda a causa

delle assenze del personale. Per questo è necessario che siano regolamentati i carichi di lavoro e che le dotazioni organiche siano congrue alle necessità sia dei pazienti nel caso dell'assistenza sanitaria, sia per garantire le attività di prevenzione primaria finalizzati alla tutela della salute pubblica.

Il ciclo dell'aggressività: trigger, escalation e de-escalation nelle violenze sui sanitari

A cura della Dott.ssa Giuseppina Maria Letizia Drogo, Psicoterapeuta - Dirigente Psicologa – UOS Formazione Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

L'aggressività e la violenza nelle strutture sanitarie rappresentano un problema crescente in tutto il mondo. Secondo l'Osservatorio sulla sicurezza, nel 2024 si sono registrate oltre 18.000 aggressioni. Le categorie più colpite sono principalmente quelle degli infermieri, seguite dai medici, chiamati sempre più frequentemente ad operare in condizioni di stress e scarsa sicurezza.

L'Organizzazione Mondiale della Salute (OMS) rileva che la violenza fisica tra gli operatori sanitari si attesta tra l'8% e il 38%. Molti di più sono i minacciati o gli esposti ad aggressioni verbali. Similmente, altre ricerche suggeriscono che circa un quinto degli operatori sanitari subisca ogni anno violenze da parte dei pazienti o dei loro familiari (Ramacciati et al. 2015; Schablon et al. 2021).La correlazione tra i tassi di violenza e il grado di stress percepito da parte degli operatori, suggerisce la necessità di intervenire tempestivamente con strategie preventive.

L'International Labour Organization (ILO – 2003) definisce la violenza sul luogo di lavoro come "qualsiasi azione, incidente o comportamento che si discosti da una condotta ragionevole in cui una persona viene aggredita, minacciata, danneggiata, ferita nel corpo come diretta conseguenza del suo lavoro". Alcuni autori evidenziano che "molti errori nell'emergenza (alcuni talvolta

gravi), accadono quando non dominiamo abbastanza gli elementi emozionali e relazionali. Oppure perché il sistema non è in grado di intercettare e decodificare tanti piccoli indizi perché non coltiva un'attenzione anche psicologica su se stesso» (Turner e Pidgeon,2001) La "relazione di cura" è una relazione in cui oltre alle informazioni sia il paziente, che l'operatore sanitario e il care giver scambiano il proprio punto di vista, la propria realtà di riferimento, le proprie emozioni e spesso le dinamiche relazionali diventano più fragili non tanto relativamente al contenuto (quello che si dice) ma rispetto al "come si dicono le cose" a al "**come ciascuno delle parti le percepisce**". Questo a volte può condurre a incomprensioni anche fatali.

Il ciclo dell'aggressività può essere rappresentato come una curva gaussiana con una successione di fasi da conoscere e intercettare tempestivamente perché ognuna prevede interventi differenti di gestione. Generalmente un evento scatenante (**trigger**) innesca sentimenti di rabbia e collera, determinando uno scostamento del soggetto dalla linea basale psicoemotiva ordinaria. La fase successiva detta "**escalation**" è caratterizzata dalla crescita progressiva dell'aggressività con cambiamenti emotivi, fisici e psicologici sempre più marcati. In questa fase si possono utilizzare tecniche verbali di descalation per instaurare un dialogo costruttivo volto alla risoluzione dei problemi, a contenere il conflitto ed evitare il raggiungimento della fase critica, o acting out che coincide con il culmine della curva ed è il momento di massimo eccitamento, in cui può verificarsi anche un'aggressione fisica vera e propria. L'intervento in questo caso è focalizzato sulla sicurezza, sulla gestione pratica dell'aggressività e sulla riduzione del danno. Segue una fase di recupero con calo dell'eccitamento e graduale ritorno alla linea basale psicoemotiva. Tale fase è molto delicata in quanto la persona è ipersensibile, ricettiva verso nuovi fattori scatenanti e, quindi, potenzialmente a rischio di **re-escalation**. L'ultima fase della depressione postcritica è dominata da sensi di colpa, vergogna e rimorso per l'accaduto. Conoscere queste fasi è una possibilità per rilevarle tempestivamente e gestirle in modo efficace.

Dal punto di vista legislativo, la legge 14 agosto 2020, n. 113, ha introdotto un sistema di protezione, a tutela dei lavoratori esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie, volto a rafforzare la tutela penalistica, e ha istituito l'Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie (ONSEPS), con compiti specifici e mirati al monitoraggio, prevenzione e comunicazione. La medesima legge, all'art. 3, ha attribuito al Ministero della Salute il

compito di promuovere iniziative di informazione e comunicazione istituzionale, per sensibilizzare i cittadini sul rispetto degli operatori sanitari e socio-sanitari, e valorizzare il lavoro che tali professionisti svolgono al servizio della collettività, e aiutare i medesimi operatori a fronteggiare condizioni di rischio, acquisendo specifiche conoscenze e competenze. Rispetto alla sensibilizzazione dei cittadini assume particolare rilevanza l'istituzione della "Giornata nazionale di educazione e prevenzione contro la violenza nei confronti degli operatori sanitari e socio-sanitari", celebrata il 12 marzo, che vuole condurre a una cultura che condanni ogni forma di aggressione nei confronti di tutti coloro che lavorano quotidianamente per il benessere del singolo e della collettività. In Sicilia è stato istituito con D.A. 315 del 28/03/2023 il Gruppo di Coordinamento Regionale per la Prevenzione degli Atti di violenza e delle Aggressioni Verbali e fisiche a danno degli operatori sanitari delle Strutture Sanitarie Pubbliche della Regione Siciliana. Il Gruppo di lavoro interviene nella prevenzione delle aggressioni ed atti di violenza in ambito sanitario, nel promuovere ed organizzare iniziative di informazione, formazione e comunicazione degli operatori sanitari, nella gestione organizzata dei rischi lavorativi da aggressione ed atti di violenza presso le strutture sanitarie pubbliche della Regione Siciliana. Inoltre ha predisposto le "**Linee guida per la prevenzione degli atti di violenza e delle aggressioni verbali e/o fisiche a danno degli operatori sanitari delle strutture sanitarie pubbliche della Regione Siciliana**" che sono state approvate dalla Regione Sicilia con Decreto Assessoriale n. 1603 del 21 dicembre 2023. Nelle Linee Guida si prevedono varie tipologie di misure per fronteggiare il fenomeno ci cui stiamo trattando, misure correttive strutturali, misure relative alla accoglienza, all'informazione e comunicazione, e alla formazione del personale. Le Linee guida evidenziano come la formazione rivolta a tutto il personale sia fondamentale per far conoscere i rischi potenziali per la sicurezza e, soprattutto, le tecniche da adottare per proteggere se stessi e i colleghi da atti di violenza e/o aggressione. Il percorso metodologico focalizza l'attenzione a svariati fattori che possono essere causa o concausa e incrementare gli atti di violenza: lunghi tempi di attesa, in particolare, nelle zone di emergenza o nelle aree cliniche; accesso senza restrizione di visitatori (sovraffollamento); ridotto numero di personale; pazienti/utenti con disturbi psichiatrici e/o sotto effetto di alcol e/o droga; mancanza di formazione specifica del personale.

Dal punto di vista formativo, nonostante le poche ricerche, sono risultate utili, oltre alla formazione sulla de-escalation alcune misure di autodifesa per-

sonale. Esse hanno scopi complementari, le prime mirano a prevenire che una situazione di tensione degeneri in violenza, le seconde offrono strumenti per difendersi in caso di aggressione fisica inevitabile.

La formazione alla de-escalation

La de-escalation è un insieme di tecniche basate sulla comunicazione verbale e non verbale, il cui obiettivo è ridurre l'agitazione di una persona e disinnescare un potenziale conflitto prima che si manifesti la violenza. L'apprendimento di queste tecniche rafforza la capacità di comunicare in modo efficace con pazienti e familiari, riducendo il rischio di incomprensioni. Ciò porta ad un incremento della sicurezza e della fiducia, un professionista che sa gestire le situazioni di conflitto contribuisce a creare un ambiente di lavoro più sicuro per sé stesso, per i colleghi e per gli altri pazienti e la conoscenza di alcune strategie accresce la fiducia nelle proprie capacità di gestione delle situazioni difficili, riducendo l'ansia e lo stress lavorativo. Un operatore calmo e preparato può fornire una cura più efficace, anche in situazioni complesse.

La formazione all'autodifesa personale

Le misure di autodifesa personale sono una risorsa a cui ricorrere quando le tecniche di de-escalation falliscono e la violenza fisica diventa imminente. La loro importanza include la protezione in situazioni inevitabili, l'autodifesa fornisce gli strumenti fisici per disimpegnarsi in sicurezza da un'aggressione, minimizzando il rischio di lesioni. Il training all'autodifesa si concentra oltre che sulle tecniche fisiche, anche sull'identificazione precoce dei rischi e sull'adozione di strategie preventive, mantenendo l'attenzione sul non nuocere all'altro. Per l'operatore la conoscenza di tecniche di autodifesa accresce la fiducia in sé stesso e riduce il senso di impotenza. Le due formazioni si integrano. Mentre la de-escalation è l'approccio preferenziale, l'autodifesa offre un piano di riserva essenziale. Alla domanda iniziale se "**Funzionano le misure per ridurre le aggressioni al personale sanitario?**" potremmo dire che esse:

- determinano politiche chiare che condannano ogni forma di violenza verbale e fisica: Tolleranza zero;
- sensibilizzano alla rilevazione di aspetti predittivi ed educano alla responsabilità nella comunicazione;
- formano a tecniche specifiche quali la descalation e la leadership gentile.

Ma mostrano un'efficacia variabile a seconda del tipo di intervento e del contesto di applicazione; pertanto, va utilizzato un approccio trasversale e integrato che preveda:

- la valutazione dei rischi per identificare e analizzare i fattori di rischio specifici di ogni contesto lavorativo;
- la formazione continua con percorsi strutturati e aggiornati sulle migliori pratiche e evidenze scientifiche;
- la presenza di personale esperto e dedicato (Psicologi, Facilitatori della comunicazione, personale di supporto…);
- i miglioramenti ambientali, strutturali e organizzativo/gestionali;
- la promozione della segnalazione e della cultura della sicurezza che incoraggi il personale a denunciare ogni incidente, garantendo supporto e protezione;
- la programmazione di campagne informative dirette a pazienti e visitatori, promuovendo il rispetto reciproco.

Bibliografia

Ramacciati N., Ceccagnoli A. e Addey B., *Violence Against Nurses in the Triage Area: an Italian Qualitative Study*, *Int Emerg Nurs.* 2015; 23 (4): 274-280.

Schablon et al. 2021, *Interventions for Workplace Violence Prevention in Emergency Departments: A Systematic Review*, *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 2021.

Linee guida per la prevenzione degli atti di violenza e delle aggressioni verbali e/o fisiche a danno degli operatori sanitari delle strutture sanitarie pubbliche della Regione Siciliana, D.A. n. 1603 del 21/12/2023.

Turner B., Pidgeon N., 2001, *Disastri: la responsabilità dell'uomo nelle catastrofi*, Ed. Einaudi.

International Labour Office, International Council of Nurses, World Health Organization, Public Services International, *Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector*, 2015.

Tecnologia sanitaria, telemedicina e territorio: come le Direzioni Generali possono guidare l'innovazione organizzativa

A cura di Eva Colombo, direttrice della struttura complessa "Gestione, Sviluppo e Formazione Risorse Umane" della ASST Lariana

Una forte accelerazione nell'implementazione di sistemi di telemedicina, già presente sul mercato da anni – basta pensare ai sistemi di telerefertazione – si è avuta, come in epoca COVID con le piattaforme per il monitoraggio e la gestione degli assistiti e le app di tracciamento dei contatti e di allerta che hanno modificato i modelli tradizionali di assistenza.

Si è trattato di un periodo in cui vi è stata una innovazione profonda nell'assistenza, con la raccolta dei dati sanitari dei pazienti e la creazione di grandi banche dati, implementate grazie all'ausilio della tecnologia.

In quel periodo la necessità di isolamento e la paura hanno determinato un radicale cambio culturale nella relazione medico – paziente sviluppando un modello di assistenza "a distanza" senza precedenti, che nel contesto storico antecedente la pandemia non avrebbe mai fatto presa.

Il momento storico, la necessità, hanno determinato una produzione normativa attuata mediante la decretazione di urgenza ed è cambiato il mondo sanitario. L'innovazione tecnologica conseguente è stata accolta dalle persone inizialmente con diffidenza e poi sempre più come la normalità ed è diventata "prassi".

La domanda che viene lecita è questa: viene prima l'innovazione tecnologica o l'innovazione organizzativa? Chi promuove l'innovazione? È il Direttore Generale o gli operatori?

I fatti ci dimostrano che il contesto storico della pandemia ha fatto nascere nuove esigenze ovvero quelle di monitorare i pazienti senza averli vicino, senza un approccio diretto con loro.

Se ci si pensa, è stato un cambiamento culturale nato dalla necessità e i primi a capire che era necessario fare qualcosa di nuovo, sono stati gli operatori, che si sono adeguati alle esigenze del momento, hanno cambiato la "cultura del modello assistenziale" e i cambiamenti organizzativi sono stati una naturale conseguenza. D'altra parte, in ogni epoca, in ogni contesto storico, durante le crisi, è dimostrato che soltanto coloro che si "evolvono", che riescono ad adattarsi al cambiamento, possono sopravvivere.

Quindi anche il personale delle Aziende sanitarie o si adeguava al nuovo modo di lavorare, di relazionarsi con i pazienti, cambiava mentalità o rischiava – se non direttamente impegnato sul campo nei reparti di degenza – di rimanere inattivo. E infatti è stato un periodo in cui vi sono state anche molte defezioni di medici di medicina generale e di specialisti ambulatoriali, che non sono riusciti ad adeguarsi al contesto e, se possibile, si sono ritirati dall'attività lavorativa.

Il particolare contesto storico ha determinato la propensione all'innovazione organizzativa dell'assistenza che è stata anche supportata dall'innovazione tecnologica.

Ciò che ha caratterizzato quel momento è che accanto all'innovazione tecnologica c'è stato il coinvolgimento delle persone nel cambiamento dei processi e delle procedure. In un momento di forte difficoltà, a tutti i livelli, le persone si sono reinventate, si sono sentite "ingaggiate". Ognuno ha apportato la propria esperienza maturata in anni di lavoro.

Da parte loro le Direzioni hanno dovuto attivare investimenti, ripensare l'organizzazione.

In quel momento non si è attuata una mera "informatizzazione" e "tecnologizzazione" dell'assistenza: **si sono studiati, attuati e progressivamente migliorati i processi**: "Se, in relazione al paziente, si verifica questa circostanza, mi comporto in questo modo… se invece si verifica quest'altra cosa, mi comporto in quest'altro modo."

Si convocavano riunioni per riorganizzare il sistema e forte è stato il coinvolgimento e l'impegno condiviso delle Direzioni strategiche e dei loro collaboratori.

Una ulteriore spinta verso la telemedicina si ha nel luglio 2021 quando viene approvato dal Consiglio dell'Unione Europea il PNRR, di cui la Missione 6 che riguarda le reti di prossimità e la telemedicina, è quella che interessa le Aziende Sanitarie.

Nell'agosto 2021 il MEF individuava gli obiettivi e le scadenze semestrali per l'attuazione degli interventi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e nel gennaio 2022 c'era il riparto dei fondi tra le Regioni.

L'Allegato 1 del DM 77/2022, individuava poi gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza territoriale.

E allora ritorniamo alla domanda posta in premessa: viene prima l'innovazione tecnologica o l'innovazione organizzativa?

Per sviluppare una medicina di prossimità vi è innanzitutto la necessità di intercettare i bisogni della popolazione che si trova sul territorio **dove l'assetto demografico non è omogeneo:** vi sono aree in cui la popolazione è più giovane perché in quell'area vi sono più attività produttive e aree dove la popolazione è più ridotta e più anziana. È ovvio che queste aree hanno esigenze diverse.

Ebbene il bisogno di rispondere alle necessità delle persone, porta alla considerazione che, in primo luogo vi è necessità di capire ciò di cui questa popolazione ha bisogno e in ragione di ciò orientare l'offerta.

Non è più quindi una sanità che si pone in attesa, ma una sanità che deve farsi proattiva nel rispondere alle necessità, al bisogno di salute, attraverso nuovi modelli organizzativi e relazionali.

È questa la vera sfida che i Direttori Generali si trovano ad affrontare: offrire alla popolazione ciò di cui le persone hanno bisogno, accompagnando gli operatori in un percorso di crescita professionale e culturale che non si può imporre, ma che deve maturare e crescere spontaneamente, sul campo, con la sperimentazione, gli errori, il progressivo miglioramento. È questa la vera sfida, perché è un dato di fatto che ciò che viene imposto senza essere prima "interiorizzato", cessa di essere attuato non appena l'imposizione forzata viene meno.

Vi è sempre più la necessità di sviluppare una medicina di prossimità, sia attraverso l'utilizzo della telemedicina sia attraverso nuovi modelli organizzativi. Quale migliore strategia per le Direzioni strategiche se non nel "costruire insieme" agli operatori?

E allora la risposta alla domanda è che la tecnologica è la naturale conseguenza delle nuove organizzazioni: non una tecnologia che viene "costruita"

e poi proposta alle Aziende, ma una tecnologia che risponde alle necessità delle Aziende, che si evolve, si adegua alla richiesta del "cliente".

In Lombardia l'input che è stato dato è stato quello di implementare i Piani di sviluppo del territorio e la telemedicina e per ottenere un obiettivo così ambizioso è fondamentale la collaborazione di tutti gli operatori, il lavoro di squadra.

Da qui la necessità di **organizzare incontri** tra il Direttore Socio-Sanitario, dominus dell'implementazione dell'assistenza territoriale e i Direttori di Distretto, tra i Direttori di Distretto e i Direttori delle Strutture Complesse Distrettuali, tra costoro e i Direttori delle Strutture Complesse Ospedaliere, affinché tutti fossero a conoscenza dell'obiettivo da conseguire.

In ASST Lariana accanto a questi incontri tra addetti dell'Azienda si sono implementate **sedute istituzionali con organismi esterni,** come per esempio l'Organismo Consultivo Distrettuale, istituito con apposita deliberazione e il cui funzionamento è disciplinato da apposito Regolamento. Tale Organismo, coordinato dal Direttore di Distretto, raggruppa in sé i responsabili delle AFT, i referenti degli ambiti e degli uffici di Piano, i rappresentanti delle Associazioni e della ASST (come per esempio la Gestione Operativa, la Direzione Medica di Presidio, la Direzione delle Professioni Sanitarie) con l'obiettivo di:

- raccogliere le esigenze del territorio;
- attivare dei gruppi di lavoro per obiettivi specifici;
- collaborare alla progettazione di servizi;
- collaborare nella programmazione di campagne di prevenzione;
- promuovere progetti di miglioramento.

Tutto ciò costituisce la base preliminare per l'implementazione e la messa a regime dell'Infrastruttura Regionale di Telemedicina connessa alla Piattaforma Nazionale di Telemedicina.

Il Piano di avvio di tale infrastruttura, con la finalità di mettere a regime la televisita (di controllo per pazienti con patologie croniche), la telerefertazione e il teleconsulto (tra MMG PLS e specialisti ospedalieri) nelle varie Aziende lombarde è un obiettivo dei Direttori Generali.

Questo ci fa comprendere che le vere risorse, il vero motore del cambiamento sono le persone, in primo luogo, quelle che manifestano un bisogno,

in secondo luogo quelle che devono attivarsi per trovare risposte a questo bisogno.

E la necessità di innovazione tecnologica è la naturale conseguenza della volontà espressa dalle persone di trovare risposte e soluzioni.

A loro volta i pazienti, in un momento in cui non è più possibile trovare risposte di assistenza sanitaria "sotto casa" per assenza di medici, soprattutto di medicina generale nelle aree periferiche, si adattano, si "evolvono": è un naturale processo che fa della necessità il vero motore del cambiamento.

A sua volta **non è possibile fare innovazione tecnologica se non vi sono competenze** e soprattutto se le persone non sono pronte ad accogliere il cambiamento: da qui non solo la necessità di nuove professionalità ma anche l'accompagnamento delle persone alla "novità".

E il cambiamento culturale, il cambiamento tecnologico deve necessariamente essere accompagnato da un cambiamento normativo e organizzativo. Non è possibile "fare telemedicina" serenamente senza un progressivo adeguamento della normativa sulla privacy; al tempo stesso occorre prevedere nei CCNL non soltanto nuove figure professionali, ma anche remunerazioni adeguate con il livello di preparazione richiesto ai professionisti. Il mondo sanitario è cambiato, non è possibile pensare di affrontare il futuro con i profili professionali tradizionali, occorre ripensare anche ai professionisti necessari per accompagnare il cambiamento. Lo stesso utilizzo dell'AI merita un progressivo adeguamento della legislazione in materia di responsabilità sanitaria.

I temi da affrontare nel breve periodo sono innumerevoli e le Direzioni Generali devono porsi come **soggetti facilitatori del cambiamento** all'interno delle Aziende e portatori delle istanze di adeguamento normativo nei confronti dei soggetti istituzionali preposti, affinché vi sia da parte di questi ultimi la consapevolezza che l'innovazione tecnologica non si fa soltanto investendo capitali in tecnologie e AI, ma anche con una legislazione che consenta alle organizzazioni e agli operatori del settore di "muoversi" liberi da vincoli e lacciuoli che ancora "costringono" il mondo sanitario.

Nutrizione e pratiche alimentari nel settore del long term care

A cura di Elena Pagliarino Prima Ricercatrice, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto di Ricerca sulla Crescita Economica Sostenibile, Torino

L'invecchiamento della popolazione è un fenomeno globale che in Italia è particolarmente accentuato. Le proiezioni sociodemografiche ufficiali (Eurostat, 2022; Istat, 2023a, 2023b, 2024; Ministero della Salute, 2025) disegnano un futuro caratterizzato da un numero crescente di anziani soli, non autosufficienti e bisognosi di cure. Secondo l'ultimo rapporto annuale dell'Osservatorio Long Term Care dell'Università Bocconi di Milano (Fosti et al., 2025), le strutture residenziali sociosanitarie coprono meno del 10% del bisogno degli over75 non autosufficienti, con un'ampia variabilità regionale (29,2% Provincia Autonoma di Bolzano, 1,1% Campania). Un'ampia riforma delle politiche per le persone anziane è stata recentemente avviata con la Legge Delega 33/2023 e il Decreto attuativo 29/2024, ma è ancora incompleta in particolare per una strategia nazionale per l'assistenza residenziale.

La situazione descritta richiede **una riflessione pubblica sul ruolo delle strutture residenziali di cura e assistenza per l'invecchiamento attivo (IA)** delle persone più fragili e dipendenti. Questo approfondimento vuole contribuire a tale riflessione riportando i principali risultati di uno studio condotto su un ambito specifico ed essenziale delle strutture, vale a dire quello

dell'alimentazione delle persone anziane istituzionalizzate. L'indagine è stata realizzata all'intero del progetto **NUTRAGE** – Nutrizione, Alimentazione & Invecchiamento Attivo del Consiglio Nazionale delle Ricerche (nutrage.it) dall'Istituto di Ricerca sulla Crescita Economica Sostenibile (IRCrES) di Torino con l'obiettivo di analizzare in profondità **il sistema della ristorazione collettiva per anziani** (RCA). L'analisi ha incluso una rassegna critica della letteratura scientifica internazionale; la review delle linee guida pubbliche sulla ristorazione collettiva per la popolazione anziana, a livello nazionale, regionale e locale; interviste a stakeholder del settore della ristorazione collettiva; nonché interviste e osservazione etnografica condotte presso la casa di riposo *Giuseppe Signoriello* di Napoli. I risultati sono in corso di pubblicazione, ma si possono anticipare alcuni punti (Autiero et al., 2025). Malgrado siano passati più di 50 anni dall'articolo di Butterworth (1974) intitolato *The skeleton in the hospital closet* che **denunciava la malnutrizione degli anziani nelle strutture di cura e assistenza americane**, il focus della ricerca, delle politiche e delle pratiche resta la malnutrizione degli anziani nelle strutture. Essa è affrontata in termini di qualità del pasto e del servizio che sono giudicate ancora troppo basse; sistemi di monitoraggio e valutazione della qualità; migliori diete, pratiche alimentari e ambienti di consumo del pasto. Il servizio di ristorazione collettiva per anziani si svolge attraverso una pluralità di ambiti di intervento (l'ambiente fisico, socio-materiale, tecnico-organizzativo e istituzionale) e ha un impatto su una molteplicità di dimensioni del benessere delle persone anziane (nutrizione, salute, autonomia, inclusione e partecipazione). Tuttavia, a fronte di tale complessità, emerge una frammentazione degli interventi, ancora troppo unidimensionali, monodisciplinari e poco coordinati tra loro. Si nota anche una certa distanza tra le politiche, la ricerca e le pratiche nelle strutture. Per rendere effettive le politiche di IA (Boudiny, 2013), c'è bisogno di indicazioni pratiche e concrete. Ad esempio, il continuo **riferimento alla Dieta Mediterranea nelle linee guida pubbliche appare più retorico che sostanziale**, senza tradursi in prescrizioni operative e adeguate alle specificità alimentari dei territori. È necessario, inoltre, adottare un approccio più olistico, in grado di considerare simultaneamente i diversi ambiti di intervento e di vita delle persone, integrando pratiche sane nell'alimentazione, nell'attività fisica, nell'ambiente di vita e di relazione. Un approccio di questo tipo, attento alla complessità del servizio, richiede dialogo e confronto continui tra discipline. Infine, c'è bisogno di un servizio più individualizzato e cen-

trato sulle persone, capace di riconoscere che gli anziani non costituiscono una categoria omogenea, ma differiscono per bisogni e preferenze alimentari. Occorre adottare un approccio che consideri gli anziani non come destinatari di pacchetti preconfezionati di cura, ma come persone, di cui salvaguardare la dignità, la soddisfazione delle aspettative (Bowling, 2005) e l'autodeterminazione che si esprime nella partecipazione alle decisioni che li riguardano (Kayser-Jones, 1996; Edwards et al., 2003; Angus e Reeve, 2006).

Riferimenti citati nel testo

Angus J., Reeve P. (2006), *Ageism: a Threat to 'Aging Well' in the 21st Century*, "Journal of Applied Gerontology", 25(2): 137-152. DOI: 10.1177/0733464805285745.

Autiero A., Lattanzi P., Magariello A., Mariani S., Pagliarino, E., Patitucci A., Strambi G., Vivona S. (2025), *Cibo e invecchiamento attivo Una riflessione condivisa per raccomandazioni di policy inclusive*, "CNR-DSU Policy brief", 12. DOI: 10.36134/PBDSU-2025-12.

Boudiny K. (2013), *'Active Ageing': from Empty Rhetoric to Effective Policy Tool*, "Ageing & Society", 33(6): 1077-1098. DOI: 10.1017/S0144686X1200030X.

Butterworth C.E. (1974), *The Skeleton in the Hospital Closet*, "Nutrition Today", 9(2): 4-8. DOI: 10.1097/00017285-197403000-00001.

Edwards H.E., Courtney M.D., O'Reilly M. (2003), *Involving Older People in Research to Examine Quality of Life in Residential Aged Care*, "Quality in Ageing and Older Adults", 4(4): 38-43. DOI:10.1108/14717794200300027.

Eurostat. (2022), *How Many Healthy Life Years for EU Men and Women?*, https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/ddn-20220613-1.

Fosti G., Notarnicola E. e Perobelli E., a cura di (2025), *Il settore Long Term Care tra connessioni, interdipendenze e necessità di integrazione 7° Rapporto Osservatorio Long Term Care*, Milano: Egea.

Istat. (2023.a), *Rapporto annuale 2023. La situazione del Paese*, https://www.istat.it/storage/rapporto-annuale/2023/Rapporto-Annuale-2023.pdf.

Istat. (2023.b), *Gli Anziani nelle Città Metropolitane. Profilo sociodemografico e analisi comparativa fra i contesti urbani*, https://www.istat.it/it/files/2023/08/Focus-Città-Metropolitane_Anziani_28-07-2023.pdf.

Istat. (2024), *Population and Household Projections*, https://demo.istat.it/data/previsionifamiliari/Population-and-households-projections-EN.pdf.
Kayser-Jones J. (1996), *Mealtime in Nursing Homes: the Importance of Individualised Care*, "Journal of Gerontological Nursing", 22(3): 26-31. DOI: 10.3928/0098-9134-19960301-09.
Ministero della Salute. (2025), *Le Demenze*, https://www.salute.gov.it/new/it/ tema/demenze/le-demenze/?utm_source=chatgpt.com.

Ageing in place e tecnologie assistive: progettare la trasformazione dell'habitat per le cure domiciliari

A cura di Tiziana Ferrante, Professore Ordinario in Tecnologia dell'Architettura, "Sapienza" Università di Roma, Dipartimento di Pianificazione Design Tecnologia dell'Architettura

All'interno dell'ampia cornice in evoluzione del Sistema Sanitario, che vede oggi un significativo potenziamento delle cure territoriali, la progettazione degli spazi fisici che connotano *l'habitat* in cui devono trovare attuazione i servizi, le attività e le innovazioni tecnologiche previste dai nuovi modelli organizzativi assume un ruolo determinante.

Un habitat, quindi, che deve essere ripensato anche alla luce delle transizioni (demografica, digitale ed ecologica) in atto, promuovendo ambienti che sostengano prevenzione, efficacia delle cure e qualità della vita nella longevità.

In particolare, in relazione alle prospettive di invecchiamento demografico – tra cui l'aumento degli anziani over85 dal 3,9% al 7,2% nel 2050 quale fascia con la maggior concentrazione di individui fragili –, se si focalizza l'attenzione sulle strategie a supporto dell'*ageing in place*, come il paradigma OMS delle Age-Friendly Cities e sul principio della "casa come primo luogo di cura" previsto dal quadro normativo nazionale (cfr. DM 77/2022, PNRR M6, L. 33/2023 e D.Lgs. 29/2024), appare evidente come occorra ripensare il ruolo della casa, che diventa nodo della rete socio-sanitaria territoriale, preposto ad accogliere l'assistenza domiciliare e, attraverso le tecnologie Ambient Assisted Living (AAL), la telemedicina.

Alcune considerazioni a partire dallo stato dell'arte possono riguardare da un lato, **le condizioni di grave limitazione dell'autonomia** che riguardano in Italia circa 2,7 milioni di over-75, che comportano un fabbisogno strutturale di presa in carico che oltrepassa l'ambito strettamente 'sanitario' ed arriva a coinvolgere l'ambito sociale dell'abitare; dall'altro la realtà dello stock abitativo esistente che in Italia e in Europa presenta significative carenze, con circa l'80% delle abitazioni inadeguate a soddisfare le esigenze della popolazione anziana. In Italia, **l'adattamento domestico incentivato dalla Legge n.13/1989,** prevede contributi per l'eliminazione delle barriere architettoniche limitatamente ai casi in cui sia già presente una condizione di disabilità.

Il Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza (FNA), istituito nel 2006 a sostegno dell'assistenza domiciliare continua a persone con disabilità gravi, è finanziato ed erogato secondo i principi generali del Piano Nazionale per la Non Autosufficienza (PNNA); stabilisce le risorse e le linee guida a livello nazionale, mentre il Fondo Regionale (FRNA) attua le politiche e gli interventi specifici sul territorio, adattando le risorse e le misure ai bisogni locali. In alcune Regioni più virtuose (soprattutto nel nord Italia) sono presenti i Centri per l'Adattamento dell'Ambiente Domestico (CAAD) che svolgono un ruolo cruciale nel supportare i cittadini e le istituzioni con servizi di consulenza, formazione e progettazione per abitazioni accessibili e adattabili. A Roma, il Centro per l'Autonomia (ASL RM2) svolge analoga funzione, contemplando anche l'osservazione delle caratteristiche ambientali 'fisiche' in cui la persona vive a fronte della richiesta di cure domiciliari e relativa Valutazione Multidimensionale della Non Autosufficienza.

Ai fini dell'intercettazione preventiva della domanda, ovvero della **necessità di disporre di un ambiente di vita adeguato all'evoluzione dell'età e all'insorgenza di patologie da poter curare nel proprio domicilio,** tra le misure pubbliche di supporto agli interventi sull'abitazione assume particolare rilievo la detrazione del 75% ("Bonus barriere"). Questo incentivo è infatti stato l'unico strumento che consentiva di realizzare interventi di eliminazione delle barriere architettoniche anche in assenza di persone con disabilità nell'immobile, configurandosi quindi come misura a carattere realmente preventivo rispetto alle future criticità che si possono innescare al sopraggiungere di condizioni di non-autosufficienza.

Gli strumenti operativi oggi disponibili hanno prodotto risultati apprezzabili, ma il quadro attuale evidenzia ancora vulnerabilità strutturali: la frammentazione delle misure, l'assenza di una strategia su scala nazionale che consideri l'abitare come infrastruttura integrante del sistema di cura, le disomogeneità territoriali nell'accesso ai servizi e agli incentivi. Se, per la sostenibilità del sistema socio-sanitario, l'obiettivo è favorire la permanenza a domicilio delle persone, occorre quindi rafforzare e coordinare le politiche, estendendo meccanismi di predisposizione e adattamento delle abitazioni anche in chiave preventiva, prima che insorgano patologie o condizioni di disabilità gravi.

In questa prospettiva, la ricerca in corso **nell'ambito del programma nazionale Age-It** (MUR, Next Generation EU, PNRR) al quale partecipa "Sapienza" Università di Roma e vede impegnato il WP1 in un'azione volta a sviluppare linee-guida per la progettazione di interfacce fisiche e digitali di dispositivi che consentano il miglioramento della qualità di vita degli anziani, ha inteso proporre nell'ambito del Task 1.3, strumenti di supporto alla progettazione architettonica per la valutazione dell'adattabilità spaziale e tecnologica delle abitazioni all'assistenza sanitaria domiciliare.

In particolare, attraverso approcci progettuali Human-Centred, sono state rilevate e interpretate le principali esigenze di anziani e caregiver e "tradotte" in requisiti connotanti gli spazi di alloggi *care-ready* che integrano dispositivi assistivi. Tali requisiti hanno portato ad una prima strutturazione di linee-guida per l'adattamento incrementale delle abitazioni per l'home care.

In conclusione, con l'intento di avanzare proposte utili a indirizzare nuove policy, si ribadisce l'importanza della **progettazione di spazi di vita inclusivi rispetto alle esigenze in evoluzione di una popolazione sempre più longeva.** Questo implica la diffusione di una cultura relativa alle abitazioni age-friendly; la promozione di azioni operative e progettuali preventive (pianificazione di interventi progressivi nel tempo, valutazioni degli alloggi); la previsione di incentivi all'adeguamento degli spazi e all'infrastrutturazione tecnologica, nonché l'integrazione (in campo edilizio) di azioni volte alla transizione energetica con quelle necessarie per la transizione demografica per ottimizzare le risorse e favorire l'*ageing in place* per migliorare la qualità della vita nella longevità.

Cosa è la Geomedicina

Proposta: fare nel territorio nazionale carte geomediche. Cosa sono? E perché sono importanti per la salute One-Health. Sono le carte geologiche del rischio epidemiologico.

A cura di Enrico Miccadei, Professore Ordinario di Geografia Fisica e Geomorfologia, Università degli Studi "G. D'Annunzio" Chieti-Pescara, Direttore del Centro di Ateneo Ud'A TEMA (Terra-Mare) e Membro del Gruppo di Lavoro One Health dell'Associazione Italiana Microbiologi Clinici

Le carte geomediche aiutano a capire come il territorio interagisce con sistemi biologici e le malattie. Noi studiamo rocce, patogeni e animali separatamente. Ma, nella realtà, sono un sistema unico in movimento: questo ci dice la One Health.

La tua casa è in una zona sana o in una zona a rischio di tumori? Quali sono le aree che possono ospitare zanzare portatrici di Dengue? Quali caverne ospitano pipistrelli portatori di malattie e quali no? Quali venti portano inquinanti e da dove? Dove si trovano i depositi di sostanze cancerogene naturali, non legate all'inquinamento?

Queste sono le domande alle quali una carta geomedica può rispondere. "**Risposte pesanti**" capaci di stravolgere interessi forti. Eppure, sono risposte che cambiano la prevenzione, la costruzione degli edifici, gli interventi di profilassi ambientali e la gestione del territorio.

Ed è all'integrazione tra discipline come geologia, microbiologia, veterinaria che mira proprio in ottica One-Health.

Il punto è che è tutto collegato. Le persone sciano sulle piste senza pensare che quella neve sarà l'acqua che berranno. Il radon è un gas naturale più cancerogeno del fumo per i polmoni: i depositi maggiori sono nelle grotte carsiche del Friuli ma possono finire negli edifici e nelle scuole; abbiamo ottime leggi che misurano i livelli indoor, ma nessuna che misura quelli out-door. Facciamo interventi per bloccare l'erosione delle spiagge, ma è bene sapere che creano bacini stagnanti che aumentano l'incidenza delle gastroenteriti durante l'estate.

Geologia, medicina, microbiologia veterinaria, organismi di igiene e sicurezza sul lavoro: tutti si focalizzano, come è comprensibile, sulla loro piccola tessera; ma, in realtà, **tutti i pezzi del puzzle si muovono assieme.**

L'impatto della Geologia Medica

Se vogliamo fare prevenzione della malattia infettive portate da zanzare, è molto meglio sapere dove sono i terreni sui quali concentrare la disinfestazione. Se vogliamo prevenire malattie come i tumori, dobbiamo sapere dove corsi d'acqua e eventi depositano gli inquinati. Se c'è una minaccia, biologica o di inquinamento, la possiamo intercettare con anni di anticipo se sovrapponiamo i dati epidemiologici a quelli geografici. A questo servono quelle che chiamiamo "matrici": ovvero mappe con sovrapposizione di dati raccolti dalle diverse discipline che lavora assieme.

La geologia, all'interno di un gruppo multidisciplinare, può contribuire molto alla sicurezza sulle scuole, sui luoghi di lavoro e nelle abitazioni.

Si tende a vedere il territorio e gli edifici come cose inerti, ma non lo sono. Sono attive e questa attività ha impatti sulla salute di tutti. Questa è una delle ragioni per quali la geologia, e la geologia medica in particolare, ha un ruolo nel futuro della prevenzione. Una ragione in più per i giovani, oggi poco attratti dalle materie STEM, per considerarla come carriera di lavoro e ricerca".

L'approccio One Health del Dipartimento Ambiente Salute dell'Istituto Superiore di Sanità

A cura di Laura Mancini Direttore del Reparto Ecosistemi e Salute e Giuseppe Bortone Direttore del Dipartimento Ambiente e Salute – Istituto Superiore di Sanità – Roma

L'Istituto Superiore di Sanità ha "nel suo DNA" già la logica One Health; infatti l'ISS raggruppa competenze che spaziano dalla salute umana, animale e ambientale, collaborando fra dipartimenti. In una prospettiva *One Health,* l'ambiente costituisce non una mera dimensione aggiuntiva, bensì il substrato ecologico e geologico che sostiene le dinamiche della salute. e sistemico che sostiene e interconnette la salute umana, animale e vegetale. La stabilità delle componenti abiotiche, incluse la geologia, la qualità di aria, acqua e suolo, e i cicli biogeochimici gli ecosistemi nel loro complesso, rappresentano la base dei processi vitali da cui dipendono il benessere umano, animale e degli ecosistemi.

Pertanto, adottare un approccio *One Health* realmente integrato significa **considerare la geosfera, la biosfera e l'atmosfera come parti di un unico continuum dinamico**, dove la salute umana e animale è inseparabile dalla salute del pianeta stesso. Verso il concetto di *Planetary Health.*

Il dipartimento pone enfasi sull'uso di modelli trasversali, indicatori comuni e metodologie innovative che possano essere utili contemporaneamente ai settori umano, animale e ambientale.

Gli elementi centrali che emergono sono:

- Interconnessione: non c'è solo "la salute delle persone" separata, ma la salute delle persone è connessa con quella degli animali e con lo stato degli ecosistemi.
- Multidisciplinarietà e integrazione: occorre collaborazione fra biologi, chimici, ecologi, veterinari, medici, scienziati ambientali, gestori delle risorse, urbanisti, ecc.
- Ecosistemi e città del futuro, territorio e risorse: l'attenzione al "territorio" (urbano e rurale), alle risorse naturali, alla biodiversità, questi sono elementi che condizionano la salute e che rientrano nella visione del Dipartimento.
- Prevenzione e resilienza: l'approccio mira non solo a reagire a malattie, ma a prevenire condizioni di rischio legate a modifiche ambientali, perdita di biodiversità, crisi climatica.
- Modelli, indicatori e metodologie innovative: ad esempio, l'uso del modello zebrafish come strumento di ricerca per collegare ambiente, animale, uomo.
- Salute delle città e dei territori: nel contesto di città del futuro, infrastrutture, urbanizzazione, esposizioni ambientali diventano rilevanti per la salute integrata e le Nature Based Solution diventano strumenti per l'integrazione urbana.

Il dipartimento considera che le interazioni tra ambiente naturale, ambiente antropizzato (es. città, territori trasformati), risorse naturali, biodiversità e comunità umane rappresentino un sistema integrato da cui emergono rischi e opportunità per la salute. (es. monitoraggio che comprende "ambienti naturali e ambienti costruiti prevenzione: monitoraggio, sorveglianza, modelli predittivi, ricerca multidisciplinare per anticipare e mitigare i rischi legati agli ecosistemi, ai cambiamenti ambientali, all'ecosistema urbano.

In questa logica, la salute non è solo assenza di malattia, ma stato di equilibrio dinamico tra:

- i processi biologici (biotici),
- le condizioni fisiche e chimiche (abiotiche),
- la struttura geologica e geomorfologica,
- e i cicli che li connettono nel tempo e nello spazio.

L'approccio One Health richiede processi decisionali informati da dati integrati, che uniscono scienza, pianificazione e governance.

Le decisioni devono essere multilivello (dal territorio al sistema nazionale), e fondate su indicatori ambientali, sanitari, socio-economici e istituzionali connessi in modo sistemico.

Gli indicatori e i livelli

Di seguito sono riportati alcuni indicatori di base per i quattro livelli essenziali.

Gli indicatori ambientali definiscono la salute ecologica del territorio e vengono sempre più collegati alla salute umana.

- Qualità dell'aria, dell'acqua e del suolo → dati di monitoraggio ambientale e geospaziale, inquinanti, microplastiche, metalli pesanti.
- Uso del suolo e trasformazione del territorio → frammentazione degli ecosistemi, consumo di suolo, impermeabilizzazione, urbanizzazione.
- Cambiamento climatico → temperature, eventi estremi, pattern meteorologici, isole di calore urbane.
- Stato degli ecosistemi e biodiversità → indicatori di biodiversità funzionale, servizi ecosistemici (impollinazione, regolazione del clima, qualità dell'acqua).

Gli indicatori biologici e sanitari vengono integrati con quelli ambientali per costruire modelli di rischio o scenari predittivi.

- Dati epidemiologici → incidenza di malattie infettive, croniche e zoonosi.
- Sorveglianza One Health → monitoraggio congiunto di salute umana, animale e ambientale (es. influenza aviaria, West Nile, COVID-19 zoonotico).
- Indicatori di salute pubblica → qualità della vita, mortalità, morbilità, salute mentale.
- Effetti tossicologici e biologici → biomarcatori di esposizione ambientale (inquinanti, pesticidi, microplastiche).
- Indicatori di salute degli animali e della fauna selvatica come sentinelle ecologiche.

Gli indicatori socio-economici e territoriali basilari per progettare politiche pubbliche "*place-based*", cioè adatte al contesto locale.

- Determinanti sociali della salute → disuguaglianze, condizioni socio-economiche, accesso ai servizi, vulnerabilità territoriale.
- Urbanistica e pianificazione → spazi verdi, mobilità sostenibile, infrastrutture blu-verdi, accesso a risorse naturali.
- Uso delle risorse → gestione sostenibile di acqua, energia, alimenti.
- Cultura, comportamenti e percezione del rischio → come la popolazione percepisce e reagisce ai rischi ambientali o sanitari.

L'ISS lavora per creare indicatori trasversali, cioè comuni ai tre domini (umano, animale, ambiente).

A questi tre livelli di indicatori si uniscono le Conoscenze istituzionali, normative e scientifiche:

- Quadro normativo → direttive europee su aria, acqua, biodiversità, salute ambientale.
- Scenari scientifici multidisciplinari → studi integrati di ecologia, medicina, veterinaria, sociologia, economia, pianificazione.
- Indicatori integrati → es. indici di "salute urbana" o "*ecosystem health index*", che uniscono vari domini di dati.
- Innovazione e digitalizzazione → uso di GIS, big data, intelligenza artificiale, sensori ambientali, *citizen science.*

I Livelli, locale, nazionale e internazionale, a cui queste conoscenze vanno integrate nei processi decisionali.

A Livello locale (comuni, regioni, città) sono necessari strumenti pratici (indicatori, dashboard, osservatori locali One Health):

- Pianificazione territoriale e urbanistica sostenibile (città del futuro, infrastrutture verdi e blu).
- Decisioni su gestione di risorse, aree verdi e blu, mitigazione di isole di calore, qualità dell'aria.
- Sorveglianza sanitaria e ambientale integrata su scala locale.
- Partecipazione dei cittadini e scienza partecipata (*citizen science*).

A Livello nazionale (Ministeri, ISS, ISPRA, Regioni) e L'ISS ha proprio questo ruolo: collegare scienza e politica pubblica, creando linee guida basate su evidenze.

- Definizione di politiche integrate salute-ambiente-animali.
- Standard nazionali per monitoraggio e indicatori.
- Allineamento con strategie come Piano Nazionale Ambiente e Salute o PNRR per città e territori resilienti.
- Coordinamento dei sistemi informativi e di sorveglianza (dati interoperabili tra sanità, ambiente, agricoltura).

A Livello internazionale (UE, OMS, FAO, WOAH, UNEP) che fornisce il quadro strategico e i modelli di governance integrata

- Allineamento con il One Health Joint Plan of Action 2022-2026.
- Partecipazione a reti di ricerca e sorveglianza europee e globali.
- Condivisione di dati e best practice transnazionali.
- Adattamento degli obiettivi di sostenibilità (Agenda 2030, SDG 3, 13, 14, 15).

Una sintesi degli indicatori e dei livelli è riportata in tabella 1.

Dominio	**Esempi di indicatori**	**Livello decisionale**
Ambiente	Qualità aria/acqua/suolo, biodiversità, uso del suolo	Locale – Regionale – Nazionale
Sanità	Dati epidemiologici, sorveglianza zoonosi, biomarcatori	Nazionale – Internazionale
Socio-economico	Determinanti sociali, accesso, equità territoriale	Locale – Nazionale
Istituzionale e tecnico	Norme, indicatori integrati, sistemi informativi	Nazionale – Internazionale

In sintesi l'approccio One Health richiede processi decisionali informati da dati integrati, che uniscono scienza, pianificazione e governance.

Le decisioni devono essere multilivello (dal territorio al sistema nazionale), e fondate su indicatori ambientali, sanitari, socio-economici e istituzionali connessi in modo sistemico.

Il messaggio per cittadini, professionisti e società

Messaggio chiave nella logica One Health integrata "One Health non è solo una strategia scientifica, **è una nuova cultura della salute**. Significa riconoscere che il benessere umano dipende dal rispetto e dalla cura dell'ambiente e degli altri esseri viventi." Poiché "Non esiste salute umana senza salute degli animali, delle piante, della terra e degli ecosistemi. La salute è un equilibrio dinamico tra la vita e il suo ambiente: un patrimonio comune da custodire insieme." "La salute dell'uomo, degli animali e dell'ambiente è una sola e indivisibile. Proteggere la salute di uno significa proteggere quella di tutti." Le crisi sanitarie, ambientali e sociali sono interconnesse, e richiedono risposte condivise.

Ai professionisti (sanitari, ambientali, veterinari, agronomi, geologi, educatori)

La salute non è più un ambito settoriale, ma un bene sistemico. Occorre superare i confini disciplinari e costruire reti di collaborazione tra medicina, veterinaria, ecologia, geologia e scienze sociali. Ogni decisione clinica, agricola, industriale o urbanistica deve essere letta anche in termini di impatto sugli ecosistemi e di rigenerazione delle risorse naturali. Il professionista del futuro è un mediatore di salute planetaria, capace di integrare conoscenze biologiche, ambientali, economiche e culturali per orientare scelte sostenibili.

Ai cittadini. La salute personale nasce da un ambiente sano. Respirare aria pulita, bere acqua sicura, nutrirsi con prodotti provenienti da suoli vivi significa partecipare attivamente alla salute collettiva.

Ogni gesto quotidiano, l'uso dell'acqua, la scelta alimentare, la gestione dei rifiuti, la mobilità è una scelta di salute. Essere cittadini One Health significa comprendere che prendersi cura di sé coincide con prendersi cura del pianeta.

Alla società e ai decisori pubblici. Il paradigma One Health impone una nuova governance della salute basata su integrazione, prevenzione e giustizia ambientale. Le politiche sanitarie, agricole, energetiche e territoriali devono essere pensate come politiche di salute pubblica estesa, fondate sulla tutela delle componenti abiotiche e sulla resilienza ecologica. Investire in ambiente e prevenzione non è un costo, ma un atto di lungimiranza sanitaria e sociale.

Destinatario	**Messaggio chiave**	**Azione richiesta**
Cittadini	La tua salute è legata all'ambiente.	Comportamenti sostenibili, partecipazione civica.
Professionisti	Nessuna disciplina può bastare da sola.	Collaborazione, formazione interdisciplinare, condivisione dati.
Società/Istituzioni	La salute è un bene comune e planetario.	Politiche integrate, prevenzione ambientale, equità sanitaria.

Verso una nuova epidemiologia ambientale: esperienze consolidate ed in progress

A cura della Prof.ssa Maria Triassi Direttore del Dipartimento ad Attività Integrata di Sanità Pubblica, Farmacoutilizzazione e Dermatologia AOU Federico II; Professore ordinario di igiene generale e applicata, Università degli Studi di Napoli Federico II e della Dott.ssa Giuseppina Affinito, Biomedical Engineer & Healthcare Data Science Specialist Università degli Studi di Napoli Federico II

Il ruolo crescente dei determinanti ambientali nella salute umana sta imponendo una trasformazione profonda dell'epidemiologia, che non può più limitarsi a valutare la comparsa delle malattie e i fattori di rischio tradizionali. Oggi, infatti, è indispensabile un approccio capace di integrare in modo strutturato dati ambientali, sanitari e sociali, per leggere la complessità dei territori e pianificare azioni di prevenzione realmente efficaci. Nel contesto italiano, caratterizzato da una lunga storia industriale, da una elevata urbanizzazione e dalla presenza di siti contaminati di diversa natura, è necessario andare oltre logiche emergenziali e costruire una strategia di prevenzione primaria basata su evidenze solide e contestualizzate. **La nuova epidemiologia ambientale si configura quindi come una funzione strategica per la salute pubblica**, in grado di fornire supporto alle decisioni, valutare il rischio in modo dinamico e guidare azioni volte a ridurre l'esposizione prima della manifestazione dei danni.

In questa prospettiva si inserisce il progetto **Campania Trasparente**, un esempio di monitoraggio integrato e di collaborazione interistituzionale. Coordinato dall'Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Mezzogiorno, il programma ha indagato matrici ambientali, prodotti agroalimentari e biomarcatori umani per costruire un quadro completo dello stato del territorio. **La produzione di mappe geochimiche ha permesso di distinguere le contaminazioni di origine antropica** dai valori naturali di fondo e di interpretare correttamente la distribuzione degli inquinanti, evitando letture distorte o allarmismi impropri. Campania Trasparente ha mostrato come la prevenzione possa fondarsi su dati certi, una comunicazione efficace e un'integrazione multidisciplinare tra i diversi attori coinvolti.

Invece, su scala nazionale, **il progetto In-Sinergia** risponde all'esigenza di garantire un livello omogeneo di tutela nei territori caratterizzati da contaminazioni storiche, in particolare nei Siti di Interesse Nazionale (SIN). Attraverso la standardizzazione delle metodologie di monitoraggio e biomonitoraggio, la creazione di una rete interregionale di laboratori qualificati e l'integrazione dei dati sanitari e ambientali, il programma contribuisce a superare disomogeneità operative e informative tra le Regioni. La valutazione di sostanze come PFAS, metalli pesanti e inquinanti organici persistenti richiede competenze tecniche avanzate e strumenti analitici adeguati a misurare esposizioni anche a basse concentrazioni: In-Sinergia offre un quadro metodologico condiviso per interpretare i risultati e orientare le politiche di sanità pubblica in modo coerente con il principio di equità.

Alla luce dell'evoluzione scientifica degli ultimi anni, un ruolo determinante è svolto anche dall'innovazione digitale e dall'intelligenza artificiale, grazie all'integrazione dei dati provenienti da monitoraggi georeferenziati, flussi sanitari e sistemi informativi territoriali. Tecniche di machine learning e modelli predittivi consentono analisi spazio temporali, identificando tendenze e relazioni tra esposizioni e indicatori sanitari non immediatamente osservabili con metodi tradizionali. **La progressiva interoperabilità tra banche dati ambientali e sanitarie** è una condizione imprescindibile per sfruttare appieno tali opportunità, così come la formazione di nuove competenze professionali nella sanità pubblica.

Un ulteriore pilastro riguarda lo sviluppo di indicatori sintetici capaci di stimare l'impatto sanitario atteso in funzione dei livelli di esposizione. L'applicazione sistematica della Valutazione di Impatto Sanitario (VIS) nei processi decisionali consente di orientare le politiche di bonifica e le autorizzazioni ambientali su basi epidemiologiche solide, riducendo il divario tra conoscenze scientifiche e azioni regolatorie. In questo modo la prevenzione primaria non resta un enunciato teorico ma diventa un requisito operativo misurabile.

L'integrazione degli esiti VIS con modelli predittivi avanzati costituisce un'evoluzione metodologica in grado di sostenere una governance sanitaria più efficace e orientata al lungo termine.

Dall'integrazione tra le esperienze consolidate e i nuovi indirizzi emergono quindi alcune **priorità operative fondamentali per il Paese**:

- rendere strutturale il monitoraggio ambientale e sanitario,
- unificare metodologie e sistemi informativi,
- potenziare il coordinamento tra istituzioni nazionali e regionali,
- promuovere una cultura della trasparenza che favorisca processi di fiducia, partecipazione e giustizia ambientale.

La prospettiva futura non può dunque limitarsi al miglioramento dei sistemi esistenti, ma **deve prevedere la creazione di un'infrastruttura nazionale integrata di epidemiologia ambientale**, dove dati sanitari, ambientali e socioeconomici dialoghino in un ecosistema informativo unico, aggiornato e interrogabile in tempo reale. L'impiego di modelli predittivi e strumenti di analisi avanzata permetterà di anticipare scenari di rischio e di definire strategie preventive mirate a proteggere i gruppi più vulnerabili della popolazione.

La collaborazione intersettoriale, già sperimentata nei progetti Campania Trasparente e In-Sinergia, dovrà diventare pratica ordinaria nella governance istituzionale, attraverso tavoli tecnici e responsabilità condivise tra sanità, ambiente e ricerca.

Le visioni future della nuova epidemiologia ambientale vedono un Paese in grado **di attivare interventi mirati sulla base di dati predittivi**, di comunicare in modo chiaro e scientificamente solido i rischi alla popolazione, di garantire uniformità di tutela e di ridurre progressivamente l'incidenza.

Bibliografia

ISPRA – L*inee guida per la valutazione integrata di impatto ambientale e sanitario (VIIAS) nelle procedure di autorizzazione ambientale* (VAS, VIA e AIA), Manuale 133/2016.

ISPRA – *Determinazione dei valori di fondo e background geochimico nei suoli e matrici ambientali*, Manuale MLG 174/2018.

Istituto Superiore di Sanità (ISS) – *Linee guida per la Valutazione di Impatto sulla Salute* (VIS), 2019.

Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Mezzogiorno – *Documentazione tecnica del progetto Campania Trasparente* (monitoraggio ambientale e sanitario regionale).

World Health Organization (OMS) / United Nations Environment Programme (UNEP) – *Linee guida generali per "Environmental Health Impact Assessment" e integrazione salute-ambiente in politiche globali* (concetti One Health, esposizioni miste, prevenzione).

Profilassi animale e malattie infettive

L'approccio One Health alle arbovirosi sporadiche ad endemiche: l'Encefalite da zecche (Tick-borne encephalitis), il virus del Nilo Occidentale (West Nile Virus) e i vettori animali.

A cura di Maurizio Ferri, Coordinatore Scientifico Società Italiana di Medicina Veterinaria Preventiva (SIMeVEP)

Contesto

Le malattie trasmesse da vettori rappresentano oltre il 17% di tutte le malattie infettive e causano più di 700.000 decessi ogni anno. Tra queste, le arbovirosi (come Dengue, West Nile e Zika) sono una sottocategoria che include i virus trasmessi da artropodi (zanzare, zecche, flebotomi) e sono in rapida espansione a causa dei cambiamenti climatici. Attualmente esistono più di cinquecento virus classificati come Arbovirus, che possono causare malattie negli animali e circa un centinaio nell'uomo, la maggior parte appartenenti alle famiglie virali Togaviridae, Flaviviridae e Bunyaviridae. La frequenza e l'entità delle epidemie arbovirali (es. Zika, febbre gialla, West Nile, chikungunya, dengue virus) e l'estensione della loro diffusione geografica sono progressivamente aumentate nel tempo con una accelerazione **negli ultimi 30 anni a livello globale**. Queste epidemie hanno sottolineato l'urgenza e la necessità di un controllo e di una prevenzione integrati e hanno rafforzato l'appello ad agire con un approccio One Health. Generalmente le strategie di prevenzione e controllo sono incentrate sul control-

lo dei vettori, tra cui il trattamento con insetticidi. Considerata l'origine multifattoriale delle epidemie (es. aumento delle temperature, globalizzazione, crescita demografica e urbanizzazione, commercio transfrontaliero ecc.) **nessuna strategia da sola può affrontare completamente il problema**. Tra gli strumenti di intervento che hanno contribuito a ridurre il carico della malattia ci sono la sorveglianza di laboratorio, la celerità nella diagnosi e la gestione clinica e la vaccinazione per alcune infezioni. I sistemi di sorveglianza che si basano sulla segnalazione passiva di sindromi cliniche vagamente definite, con rare conferme di laboratorio, dovrebbero essere potenziati con definizioni ben definite, con una rete di sorveglianza sindromica attiva basata su dati di laboratorio, sierologici e virologici e mediante l'integrazione sistematica e tempestiva di più fonti di dati di sorveglianza (es. casi, vettori, informazioni su virus e ambiente) con database interoperabili.

L'Encefalite da zecche

L'encefalite da zecca (TBE) è causata da un virus della famiglia dei Flaviviridae, a cui appartengono gli agenti eziologici della febbre dengue, febbre gialla e encefalite giapponese, Usutu, West Nile. Ne esistono cinque sottotipi. Il sottotipo dominante in Europa è prevalentemente associato ad una forma lieve che evolve con l'interessamento del sistema nervoso centrale nel 20-30% dei pazienti, un tasso di mortalità dello 0,5-2%, e sequele neurologiche in circa il 10% dei pazienti. La circolazione del virus è endemica in diverse regioni dell'Europa e dell'Asia ed è strettamente correlata alla presenza del serbatoio animale e del vettore. L'uomo è un ospite accidentale e senza uscita e l'infezione avviene principalmente attraverso i morsi delle zecche *Ixodes ricinus* ed *Ixodes persulcatu* che fungono sia da vettori primari che serbatoi del virus dato il loro lungo ciclo vitale. Il periodo di incubazione dalla puntura di zecca all'insorgenza dei sintomi varia in genere da sette ed in alcuni casi fino a 28 giorni. I sintomi iniziali aspecifici come febbre, mal di testa e debolezza generale possono progredire in grave encefalite e meningite. Altre vie di trasmissione all'uomo sono la manipolazione di materiale infetto, la trasfusione di sangue, l'allattamento e l'ingestione di latte non pastorizzato o prodotti lattiero-caseari da animali infetti asintomatici, in particolare ovini e caprini. Quest'ultima via di trasmissione è stata all'origine di **un'epidemia di encefalite da zecche in Francia nella primavera del**

2020 con 43 casi umani di encefalite, meningoencefalite o con sintomi simil-influenzali associata al consumo di formaggio di capra crudo non pastorizzato. I dati epidemiologici, desunti dall'ultimo report del Centro Europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC) e basati sulle notifiche sul Sistema Europeo di Sorveglianza (TESSy) indicano un aumento dell'incidenza della TBE, un ampliamento dell'areale geografico del vettore e un impatto significativo in sanità pubblica. Nel 2023, in EU/EAA sono stati notificati oltre. Nel 2023 i paesi membri dell'UE/SEE hanno segnalato 3.680 casi di TBE nell'uomo con un **aumento delle notifiche rispetto al 2022.** I casi segnalati probabilmente riflettono solo in parte il rischio reale in quanto la sorveglianza della TBE in Europa è attualmente incompleta e i dati relativi all'incidenza provenienti da diversi Paesi sono difficili da confrontare a causa delle differenze nell'accuratezza e coerenza dei sistemi di sorveglianza nazionale/regionale (attivo/passivo). I focolai segnalati (Svezia, Danimarca, Francia e Italia) solitamente hanno un andamento stagionale legato ai picchi di attività delle zecche in primavera ed autunno. I Paesi con il tasso di notifica (N/100.000 persone) più alto nel 2023 sono stati Estonia, Lituania, Repubblica Ceca, seguiti da Svezia, Finlandia, Austria.

Principali fattori ecologici della distribuzione della TBE in Europa

La diffusione delle zecche è in parte spiegata dall'espansione dell'area geografica dovuta al cambiamento climatico, con l'aumento delle temperature, inverni più miti ed altri fattori ecologici, che giocano un ruolo cruciale nel determinare la capacità vettoriale delle zecche, così come il commercio transfrontaliero che può favorire la loro diffusione e distribuzione geografica. Va inoltre ricordato il ruolo di alcune specie di uccelli migratori coinvolti nel ciclo di trasmissione ed in grado di contribuire ad una distribuzione geografica delle zecche infette dal virus lungo le rotte migratorie e avviare nuovi focolai di TBE. **Il ciclo di trasmissione** necessita della presenza di specie chiave di roditori che fungono da ospiti sensibili in grado di trasmettere il virus alle zecche e supportare sia la popolazione del vettore che la circolazione virale. I cervi invece amplificano l'abbondanza delle zecche agendo come ospiti negli stadi adulti e spostandole su lunghe distanze. Altri fattori sono: densità di strade forestali, precipitazioni maggiori nei mesi più secchi, percentuali di aree bo-

schive, habitat che promuovono l'incontro di ungulati, roditori e zecche, tasso di raffreddamento che induce una diapausa comportamentale e favorisce l'attività larvale e ninfa sincrona nella primavera successiva. Tra i sistemi di **early warning** recentemente è stato proposto lo studio basati sulla concentrazione di pollini in atmosfera, un indicatore della produzione di semi da parte delle piante, che rappresentano una risorsa di cibo molto importante per alcuni roditori selvatici ampiamente diffusi nei boschi trentini e ospiti principali degli stadi larvali delle zecche che si trasformeranno in ninfe l'anno successivo. Quando questa risorsa di cibo è abbondante, le popolazioni di roditori selvatici presentano un picco demografico significativo l'anno successivo, che a sua volta e associato ad un incremento dell'incidenza de casi di TBE tra la popolazione.

CASO STUDIO 1. L'encefalite da zecche (TBE) in Italia

La distribuzione del virus TBE sta cambiando con la comparsa di nuovi focolai di circolazione attiva del virus in aree precedentemente non registrate. *Ixodes ricinus* è presente in tutta Italia, ma più diffusa nel Nord (area alpina e pre-alpina) in aree boschive (latifoglie) con ricco sottobosco. La trasmissione virale tra zecche e tra zecche e ospiti vertebrati competenti può avvenire verticalmente (trans-ovarica e transtadiale) o orizzontalmente per via viremica (da un ospite infetto a una zecca non infetta) o non viremica chiamata anche co-feeding (zecche infette e non infette si nutrono contemporaneamente su ospiti vertebrati sensibili o immuni) quest'ultima considerata uno dei fattori più critici nella trasmissione. **In Italia** (tasso di notifica nel 2023 di 0,08) **le regioni Lombardia e Trentino sono endemiche per le TBE** e mentre le prove indicano un alto rischio di esposizione alle zecche infette, **mancano dati sulle zecche raccolti dall'uomo**. Dal 2017 è attivo **un programma di sorveglianza nazionale** delle infezioni da virus TBE. Nel 2022 c'è stato un incremento dei casi (72) e del tasso di mortalità (4,17%), principalmente da quattro regioni del Nord-est. Nel ciclo di trasmissione del virus interagiscono molteplici fattori climatici, ambientali ed ecologici, che esercitano un ruolo cruciale nel determinare la capacità vettoriale delle zecche. Il rischio di infezione può variare ogni anno, come risultato di cambiamenti nel rischio acarologico, ell'esposizione, del tasso di copertura vaccinale, dell'intensità

dell'individuazione e nella segnalazione dei casi. Nelle aree endemiche in Italia è attualmente raccomandata la vaccinazione contro la TBE tra i residenti e i gruppi professionalmente esposti. In Friuli-Venezia Giulia dal 2013 e nel Province Autonome di Trento e Bolzano dal 2018, il vaccino contro la TBE è offerto gratuitamente ai residenti. La presenza di TBE nell'area di studio è stata recentemente confermata negli ungulati selvatici mediante test sierologici. Tra questi, un camoscio che mostrava segni clinici del virus TBE, risultato positivo sia nei test molecolari che in quelli sierologici. La prova molecolare del virus è stata trovata anche nelle zecche *Ixodes ricinus* attaccate al camoscio. Inoltre, è stato segnalato anche un caso umano di TBE

AZIONI DA IMPLEMENTARE

Poiché il virus si trasmette tra zecche, animali e uomo, il controllo e la prevenzione richiedono un **approccio One Health** che abbia i suoi punti di forza su:

- miglioramento della conoscenza dell'interazione zecca-virus, zecca-ospiti e virus-ospiti e dei fattori e delle co-variate ambientali che influenzano il rischio di infezione in modo particolare in zone endemiche situate in alcune regioni del Nord Italia;
- collaborazione multidisciplinare e intersettoriale: l'integrazione delle pratiche veterinarie e mediche con lo scambio puntuale di dati ed informazioni è fondamentale per una migliore gestione delle infezioni, per accelerare la diagnosi, la selezione del trattamento e le strategie preventive;
- potenziamento della sorveglianza attiva integrata con studi epidemiologici ed ecologici, **modelli di rischio ad alta risoluzione e utilizzo di indicatori di allerta precoce**. La sorveglianza è fondamentale, soprattutto perché le zecche possono trasmettere anche altre malattie, come quella di Lyme;
- campagne di comunicazione e prevenzione che dovrebbero puntare su controlli regolari delle zecche dopo le attività all'aperto e l'educazione sulla corretta rimozione delle stesse. Per questo motivo, è fondamentale sensibilizzare gli operatori sanitari, i responsabili politici e il pubblico;

- coinvolgimento dei non-esperti ricorrendo a modelli partecipativi di *Citizen science* che consentono ai cittadini di raccogliere i campioni di zecche, fornire le immagini digitali ed altri dati necessari per l'identificazione da parte di entomologi professionisti. Le conoscenze sulle specie di zecche e sui patogeni umani associati possono informare il pubblico e la comunità medica sul rischio di punture di zecche e delle infezioni associate. La Citizen science è anche ben inserita negli assetti istituzionali e nell'agenda politica europea, come dimostrato dalla creazione della European Citizen Science Association (ECSA) nel 2013 e dall'azione COST (Cooperation in Science and Technology) CA15212, all'interno del programma dell'Unione europea, dedicata alla *Citizen science* per promuovere la creatività, l'alfabetizzazione scientifica e l'innovazione in tutta Europa.

CASO STUDIO 2. Il virus del Nilo Occidentale (West Nile virus)

Il WNV è un'infezione degli uccelli causata da un virus della famiglia dei *Flaviviridae*, trasmissibile dalle zanzare vettrici (più frequentemente del tipo *Culex*) ai cavalli e all'uomo, ed endemica in alcune regioni italiane. Particolarmente colpite sono state le regioni Emilia-Romagna e Veneto, che circondano il delta del Po. Altri mezzi di infezione documentati, anche se molto più rari, sono trapianti di organi, trasfusioni di sangue e la trasmissione madre-feto in gravidanza. Il virus West Nile non si trasmette da persona a persona tramite il contatto con le persone infette in alcuni casi anche cani, gatti, conigli e altri. Il periodo di incubazione dal momento della puntura della zanzara infetta varia fra 2 e 14 giorni, ma può essere anche di 21 giorni. La maggior parte delle persone infette non mostra alcun sintomo, mentre fra i casi sintomatici, circa il 20% presenta sintomi leggeri come febbre, mal di testa, nausea, vomito, linfonodi ingrossati, sfoghi cutanei che possono durare pochi giorni, in rari casi qualche settimana. I sintomi più gravi come disorientamento, tremori, disturbi alla vista, torpore, convulsioni, fino alla paralisi e al coma si presentano in media in meno dell'1% delle persone infette. Nei casi più gravi il virus può causare un'encefalite letale.

Diversi sono i **fattori esterni che possono contribuire alla diffusione del virus**, tra cui il cambiamento climatico (le anomalie termiche

influenzano la trasmissione del virus WNV in Europa), l'urbanizzazione, la facilità di viaggio e la globalizzazione. Come per TBE, le rotte di migrazione aerea degli ospiti aviari del virus WNV possono alterare l'areale geografico dei vettori e il ciclo vitale del patogeno. Le zanzare della specie *Culex pipiens* sono riconosciute come il principale vettore del virus WNV in Italia. Il ciclo vitale della zanzara dura da una a quattro settimane ed è altamente sensibile alle condizioni meteorologiche, alla temperatura e alle fluttuazioni delle precipitazioni.

Per questa infezione in Italia è attivo il piano nazionale di preparazione e risposta al WNV che prevede una **collaborazione interdisciplinare in chiave One Health**. Il piano viene supportato da canali informatici per la condivisione di **dati integrati di salute animale, umana e ambientale** in grado di fornire prove basate sull'evidenza ai responsabili politici e per studi di valutazione del rischio. Dal 2018 sono stati notificati in Italia, oltre 247 casi umani autoctoni di infezioni neuro-invasive da WNV. L'attuazione del piano di sorveglianza ha consentito ai veterinari di **rilevare la circolazione virale nei vettori** nove giorni prima dell'insorgenza dei sintomi del primo caso umano confermato e di prevenire la trasmissione dell'infezione umana mediante il controllo dei vettori e l'adozione di misure di sicurezza per il sangue e i trapianti

AZIONI DA IMPLEMENTARE

Non esiste un vaccino per WNV ed attualmente la prevenzione consiste soprattutto nel ridurre l'esposizione alle punture di zanzare ed impedire che le zanzare possano riprodursi facilmente. Tra le misure:

- usare repellenti e indossare pantaloni lunghi e camicie a maniche lunghe quando si è all'aperto soprattutto all'alba e al tramonto,
- usare le zanzariere alle finestre,
- eliminazione delle fonti di acqua non necessarie, bidoni, rubinetti che gocciolano, acqua nei sottovasi anche mediante sensibilizzazione della cittadinanza (es. svuotare di frequente i vasi di fiori o altri contenitori con acqua stagnante, cambiare spesso l'acqua nelle ciotole per gli animali, tenere le piscinette per i bambini in posizione verticale quando non sono usate),

- gestione delle zone allagabili con interventi strutturali, attraverso canali di scolo, manutenzione del sistema fognario, tombini e caditoie, bonifica dei canali irrigui,
- interventi con larvicidi – mappatura dei focolai e valutazione della presenza/abbondanza di larve,
- prima dell'inizio della circolazione degli adulti, conoscenza dei prodotti e impatto ambientale.

Il controllo e la prevenzione richiedono un **approccio One Health che abbia i suoi punti di forza su**:

- **monitoraggio e sorveglianza**: i dati di sorveglianza integrata possono rappresentare una risorsa preziosa per analizzare l'andamento delle epidemie di WNV, migliorare la comprensione del virus, studiare l'impatto in sanità pubblica e sviluppare al contempo efficaci strategie di prevenzione e controllo. Le autorità sanitarie pubbliche, i ricercatori e i responsabili politici possono accedere regolarmente ai dati per monitorare la diffusione del virus, identificare le aree ad alto rischio e attuare interventi tempestivi. Queste informazioni possono contribuire a una risposta rapida e a misure proattive per prevenire l'ulteriore trasmissione. Inoltre, migliorano l'accuratezza e l'affidabilità delle capacità di modellazione e predittiva, la valutazione dell'impatto dei fattori ambientali e orientano l'allocazione delle risorse e gli sforzi di preparazione.
- **Collaborazione**: le parti interessate possono collaborare, condividere spunti, convalidare i risultati e contribuire collettivamente a una migliore comprensione del virus. Questa collaborazione può portare a strategie più efficaci per la prevenzione e il controllo della malattia.
- **Supervisione pubblica**: l'accesso al pubblico (cittadini, giornalisti e gruppi di interesse) dei dati nel rispetto della trasparenza e della democratizzazione della scienza consente la supervisione pubblica della gestione governativa delle epidemie e la valutazione della risposta del governo alle epidemie oltre che responsabilizzare le autorità. I dati aperti promuovono la fiducia e il coinvolgimento del pubblico nei processi decisionali relativi alla salute pubblica.

L'emergenza silenziosa: sanità in carcere tra sovraccarico operativo, asimmetrie regionali e necessità di integrazione socio-sanitaria

A cura di Sandro Libianchi – Presidente Coordinamento Nazionale Operatori per la Salute nelle Carceri Italiane (Co.N.O.S.C.I. – aps)

Introduzione: La solitudine strutturale della detenzione

Il contesto carcerario, per sua natura, **amplifica le storie di solitudine**, fragilità e marginalità sociale già presenti nelle periferie urbane. Se un anziano vive e sopravvive da solo nel suo appartamento, l'individuo in detenzione, vulnerabile per definizione, vive una solitudine istituzionale ben più pervasiva. Una madre detenuta, un padre con problemi di dipendenza, o un giovane con fragilità psichiche non hanno solo perso la libertà; sono incapsulati in un sistema che, sebbene ne abbia assunto la tutela sanitaria in quanto gradualmente trasferita al Servizio Sanitario Nazionale (1997 – 2008), fatica a garantire un'assistenza equa, continua e umanizzante. Il difficoltoso accesso alle cure, la difficoltà nel creare relazioni positive e la mancanza di prospettive riabilitative, **innescano spirali negative** che indeboliscono sia il tessuto sociale interno (tra detenuti, operatori sanitari e Polizia penitenziaria) sia la sicurezza della comunità esterna. Le politiche pubbliche, spesso settoriali, perdono di vista l'elemento che accomuna ogni persona detenuta: il bisogno di cure acces-

sibili e di un percorso di reinserimento che spezzi l'isolamento nella prospettiva di un rientro nella comunità libera.

Insufficiente governance sanitaria e la mancanza di dati comparabili

L'integrazione della sanità penitenziaria nel SSN mirava all'equiparazione delle cure t ra cittadini liberi e quelli sottoposti a limitazione delle libertà personali. Tuttavia, l'attuale gestione rivela profonde criticità a livello di governance e operatività un problema che l'Italia condivide con altri Paesi europei, sebbene con specificità locali, ma a cui è necessario riferirsi per migliorare il sistema di cura:

- Necessità di **formazione strategica** per l'alta dirigenza: il problema principale risiede nella distanza cognitiva delle alte sfere dirigenziali. I Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali (ASL) e i Dirigenti Regionali, pur essendo responsabili della spesa sanitaria in carcere, spesso non hanno conoscenza diretta, sistemica e profonda delle complessità del contesto detentivo. Non conoscere le dinamiche di sicurezza, il carico di stress del personale di Polizia penitenziaria, o la gestione delle patologie in regime di restrizione induce un servizio carente e inappropriato.
- Sottodimensionamento degli **organici**: allocazione insufficiente di medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali e specialisti, lasciando il personale sanitario presente (già fragile) in condizioni di sovraccarico e in pieno rischio di burnout.
- **Inadeguatezza strutturale**: mancata assegnazione di risorse per adeguare i locali sanitari o fornire tecnologie essenziali, violando il principio di dignità.
- **Modelli regionali dissimili** e non interoperabilità e mancato 'benchmarking': in maniera simile, ma più marcata, rispetto a quanto avviene per altre aree sanitarie, i modelli operativi e gestionali per la sanità penitenziaria sono eccessivamente dissimili tra le diverse ASL e Regioni. Questa disomogeneità ostacola la mobilità dei detenuti e compromette la continuità assistenziale, soprattutto nelle fa-

sce più problematiche che risultano in continuo e rapido incremento, quali quella delle persone straniere. In paesi scandinavi (come la Norvegia), dove il focus è sul principio di normalizzazione, la sanità penitenziaria è molto integrata nel sistema di salute pubblica territoriale con procedure chiare per garantire che l'assistenza sia fornita da personale non penitenziario, riducendo lo stigma e aumentando l'equità e riducendo la recidiva.

- Assenza di un sistema nazionale di **raccolta dati sanitari** fruibile. Deve essere superata la mancanza di un sistema nazionale di raccolta dati strutturale, comparabile e uniforme sulle attività sanitarie, gli organici effettivi e i report clinici, unitamente alla non-interoperabilità dei sistemi informativi sanitari tra ASL di diverse Regioni. La mancanza di dati comparabili e cumulativi rende impossibile misurare esattamente la performance italiana interna e rispetto agli standard del Consiglio d'Europa (CPT), che stabiliscono requisiti minimi di spazio, igiene e accesso medico. Oltre ciò tali carenze impediscono:
  - una valutazione epidemiologica precisa dei bisogni sanitari su scala nazionale (dalle patologie da dipendenza alle patologie croniche);
  - la programmazione strategica basata sull'evidenza e il benchmarking tra modelli virtuosi;
  - il trasferimento agevole delle cartelle cliniche dei detenuti, minando la continuità della cura al momento del non infrequente spostamento in un altro istituto, anche in regione diversa.

Impatto sugli operatori sanitari e sul personale di polizia penitenziaria

La crisi del sistema si ripercuote direttamente sul personale che vive il carcere quotidianamente, alimentando il "**vissuto estraniante**" tipico delle periferie. Gli operatori sanitari: lavorano in un contesto di alta complessità, spesso privi di supporti adeguati e con un elevato rischio di aggressioni o di stress traumatico secondario. La carenza di organici specialistici rende impossibile svolgere il lavoro con la qualità professionale richiesta.

La Polizia Penitenziaria: Gli agenti sono talvolta costretti ad agire da "supplenti sanitari" come "Primo Soccorso": in assenza di medici (soprattutto notturna o festiva), gestendo crisi psichiatriche o emergenze complesse con risorse limitate. Questo carico anomalo e inappropriato è una fonte primaria di stress, frustrazione e burnout. La debolezza della funzione pubblica sanitaria rischia di delegittimare le Amministrazioni agli occhi del personale, spingendolo verso forme di ribellione o rassegnazione. In numerosi Paesi (es. Stati Uniti, Canada), sono stati sviluppati programmi specifici di "Mental Health First Aid" per il personale penitenziario, riconoscendo il loro ruolo cruciale nella gestione iniziale delle crisi di salute mentale, un modello che l'Italia dovrebbe adottare

Le persone detenute: per questi**,** l'isolamento, il basso accesso alle terapie di gruppo e la carenza di organici specialistici contribuiscono a una morbidità fisica e psichiatrica più elevata nella popolazione detenuta rispetto a quella generale, un dato confermato da numerosi studi OMS sulla salute in contesti di detenzione. A tale proposito basti pensare al diabete che fonda i suoi pilastri terapeutici sull'attività fisica, una regolare e giusta alimentazione, una terapia personalizzata e autocontrollata nel tempo. Tutte condizioni scarsamente realizzabili in detenzione.

Le misure alternative e la necessaria integrazione socio-sanitaria

Una strategia efficace per alleggerire il carico sul sistema e tutelare la salute deve includere l'uso sistematico delle misure alternative alla detenzione per le persone non pericolose o con gravi patologie (fisiche e psichiche). La detenzione dovrebbe essere l'ultima *ratio*, specialmente quando le condizioni di salute sono incompatibili con l'ambiente carcerario.

L'uscita dal carcere, tuttavia, deve necessariamente prevedere il superamento della frequente inerzia amministrativa delle periferie, favorendo e incrementando:

- le diverse forme di integrazione socio-sanitaria: dove sono necessarie convergenze proattive di politiche sociali e sanitarie. La salute del detenuto (soprattutto in caso di patologie da dipendenza o psichiatriche, HIV o altre patologie di tipo cronico) è inestricabilmente legata alla sua condizione sociale, lavorativa e abitativa post-detenzione;

- il ruolo fondamentale degli enti locali: l'insufficiente pianificazione urbana e metropolitana che trova un suo parallelo nell'insufficiente pianificazione del reinserimento di queste fasce di marginalità. I comuni, i municipi e i distretti socio-sanitari non possono essere marginali. In Olanda e in altri Paesi Bassi, l'attenzione è posta sul concetto di "seamless care" (cura senza soluzione di continuità): la pianificazione del reinserimento sociale, sanitario e abitativo inizia molto prima della scarcerazione, coinvolgendo attivamente le municipalità e le agenzie sociali locali;
- la coprogrammazione e la coprogettazione: le amministrazioni sanitaria e penitenziaria devono abbandonare la storica autoreferenzialità e intavolare un dialogo serio e strutturato con gli Enti Locali e il Terzo Settore. Una recente sentenza della Corte Costituzionale impone questi modelli per la presa in carico territoriale, quali: la definizione congiunta dei bisogni e degli obiettivi (coprogrammazione) e la realizzazione congiunta degli interventi (coprogettazione).

Questo processo, costoso in termini di risorse iniziali ma generativo nel lungo termine (*welfare generativo*), è l'unico strumento per:

- **garantire la continuità della cura**, oltre che all'interno delle strutture penitenziarie anche al momento della scarcerazione (evitando il "vuoto" assistenziale);
- **impedire/ridurre la recidiva:** attraverso l'assegnazione di un alloggio dignitoso, un supporto psichiatrico/psicologico, una attività lavorativa regolare anche a seguito di progetti di formazione professionale, soprattutto nelle fasce dei minorenni, rappresentano la migliore politica di sicurezza per la collettività soprattutto nelle fasce dei minorenni. Studi internazionali indicano che la stabilità abitativa e lavorativa sono i fattori maggiormente predittivi per il successo del reinserimento e la riduzione della recidiva.

Istituti penitenziari e tecnologie dell'informazione e della comunicazione

L'integrazione delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione (TIC) negli istituti penitenziari, e in particolare nell'ambito della sanità penitenziaria, non rappresenta più una questione di opportunità, ma di modalità e finalità di utilizzo. Nei sistemi penitenziari europei i livelli di maturità digitale risultano differenziati, ma tutti condividono una medesima esigenza: impiegare le tecnologie come leva per tutelare la salute, garantire la sicurezza, sostenere i percorsi trattamentali e riabilitativi e assicurare il rispetto dei diritti fondamentali. Le TIC non possono essere considerate un fine in sé, bensì uno strumento strutturale a supporto di servizi penitenziari moderni, integrati e orientati alla presa in carico sanitaria globale della persona detenuta. In tale prospettiva, la digitalizzazione costituisce un elemento trasversale dell'organizzazione penitenziaria, incidendo sui modelli di assistenza sanitaria, sulla continuità delle cure, sulla gestione delle emergenze cliniche e sulla tutela della salute degli operatori.

Un'implementazione efficace delle tecnologie digitali richiede un equilibrio tra infrastrutture tecnologiche adeguate, cultura organizzativa e cornici normative coerenti. In assenza di un allineamento tra questi livelli, anche soluzioni tecnologiche avanzate rischiano di non produrre benefici concreti, risultando inefficaci o scarsamente utilizzabili nei contesti operativi. **La digitalizzazione, inoltre, deve essere guidata da obiettivi strategici chiari**, quali il miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria, l'efficienza dei processi clinico-amministrativi, la sicurezza degli ambienti di lavoro e il sostegno ai percorsi di cura e riabilitazione, piuttosto che dalla sola spinta all'innovazione tecnologica. Lo sviluppo di modelli di "istituto penitenziario digitale" offre opportunità rilevanti ma presenta anche criticità che richiedono una governance attenta. I servizi digitali possono ampliare l'accesso alle cure sanitarie, alla salute mentale, alla telemedicina, all'educazione sanitaria e al mantenimento dei legami familiari, contribuendo alla riduzione delle disuguaglianze di accesso ai servizi. Tuttavia, tali strumenti devono integrare e rafforzare la relazione di cura, non sostituire l'interazione umana, che resta centrale nei contesti di fragilità e sofferenza tipici dell'ambiente detentivo. La tecnologia deve essere concepita come **un supporto al lavoro degli operatori sanitari e penitenziari**, valorizzandone le competenze professionali e ridu-

cendo i carichi organizzativi impropri, senza mai indebolire la dimensione relazionale dell'assistenza. Parallelamente, è necessario introdurre adeguate misure di salvaguardia per prevenire rischi emergenti, quali le violazioni della riservatezza dei dati sanitari, l'uso improprio dei sistemi informativi, l'eccessivo affidamento a processi decisionali automatizzati o l'esposizione a nuove forme di vulnerabilità digitale.

Il crescente ricorso a strumenti di intelligenza artificiale accentua la necessità di adottare approcci etici, trasparenti e centrati sulla persona. L'IA può offrire contributi significativi nella programmazione sanitaria, nella gestione delle risorse, nella prevenzione dei rischi clinici e nella progettazione di interventi personalizzati di cura e riabilitazione. Il suo utilizzo deve tuttavia rimanere proporzionato, sottoposto a controllo pubblico e pienamente coerente con i principi del diritto europeo e della tutela dei diritti umani. La trasformazione digitale della sanità penitenziaria non può essere affrontata in modo isolato. La cooperazione tra amministrazioni, sistemi sanitari, mondo della ricerca e servizi territoriali è essenziale per condividere esperienze, modelli organizzativi e soluzioni operative, evitando frammentazioni, inefficienze e sprechi di risorse. Lo scambio di buone pratiche in materia di infrastrutture, formazione del personale, interoperabilità dei sistemi informativi e continuità assistenziale rappresenta una condizione imprescindibile per costruire sistemi resilienti e orientati al futuro.

In ultima analisi, la digitalizzazione in ambito penitenziario, e in particolare sanitario, riguarda la capacità dei sistemi nazionali ed europei di rispondere alle sfide del XXI secolo, garantendo equità, qualità delle cure e sicurezza per detenuti e operatori. Essa richiede investimenti strutturali, una gestione consapevole del cambiamento e un impegno costante affinché la tecnologia diventi uno strumento al servizio della salute pubblica e della funzione rieducativa della pena. Per i dirigenti, i responsabili sanitari e il personale operativo, le TIC rappresentano non solo un mezzo per migliorare l'efficienza organizzativa, ma anche un'opportunità per promuovere una cultura penitenziaria più integrata, trasparente e orientata alla tutela della salute e al reinserimento sociale. **La trasformazione digitale deve essere intesa come un processo continuo**, fondato su scelte strategiche, etiche e condivise, affinché le tecnologie diventino una componente stabile e affidabile dei sistemi di sanità penitenziaria, a beneficio delle persone detenute, degli operatori e della collettività.

Conclusioni: un bivio istituzionale

Già da tempo le amministrazioni si trovano davanti a un bivio: continuare a trattare la sanità penitenziaria in modo settoriale e reattivo e quindi altamente improduttivo, oppure riconoscere che la tutela della salute in carcere e nelle misure alternative quale asset strategico per la sicurezza e la coesione sociale. Occorre un grande slancio politico per indurre una maggiore formazione e informazione delle alte dirigenze sanitarie e degli altri enti locali, standardizzare i modelli operativi a livello nazionale e rendere obbligatoria l'integrazione socio-sanitaria con gli enti locali anche con modelli sperimentati ed efficaci quali il 'budget di salute'. Questi interventi sono necessari per trasformare i luoghi di detenzione da spazi di solitudine a opportunità di cura e riscatto, come previsto dalla nostra Costituzione e allineando l'Italia agli standard europei di trattamento umano e rieducativo.

Farmacia dei Servizi: il prossimo passo. Ponte tra ASL e Territorio

Trasformare l'aderenza terapeutica da responsabilità individuale a vera infrastruttura dell'ecosistema sanitario

A cura di Alessandro Iadecola CEO Remedio – Sempli Farma

1. Pronunciamento Consiglio di Stato sul deblistering quale servizio di accesso personalizzato ai farmaci all'interno della Farmacia dei Servizi

il pronunciamento del **Consiglio di Stato** n° 00992/2025 pubblicato il giorno 02.09.2025, ha definito il **deblistering (quale servizio di accesso personalizzato ai farmaci)** lecito ovunque in Italia, all'interno della Farmacia dei Servizi (come ribadito dal D.L. Semplificazione), erogato seguendo le linee guida della Regione Lombardia, finché non intervengano ulteriori normazioni dell'Autorità centrale ai fini dell'elaborazione "*di standard minimi di sicurezza e salute destinati a valere sull'intero territorio nazionale*" e che soprattutto "è *una pratica volta ad assicurare livelli più elevati di aderenza terapeutica, così come di semplificazione nella gestione dei farmaci, soprattutto per pazienti, anziani, politrattati*", definendo in tal modo un quadro coerente:

- le industrie farmaceutiche non sono coinvolte nella responsabilità post-vendita del farmaco;

- l'attività di deblistering rientra nelle prerogative e nella competenza professionale e sanitaria delle farmacie;
- le garanzie di sicurezza sono già state definite da molteplici linee guida europee, nazionali e regionali, che disciplinano in modo puntuale i requisiti tecnici e igienico-strutturali del processo.

Inoltre, la **Conferenza Stato-Regioni** nella seduta del 23 ottobre u.s., ha assegnato, nell'aggiornamento del **Piano Nazionale della Cronicità**, alle farmacie un ruolo operativo di primo piano nel rafforzamento della sanità territoriale, enfatizzando la sua collaborazione sinergica con altre figure professionali, in particolare il MMG, per una presa in carico dei pazienti cronici e il **miglioramento dell'aderenza alle terapie a lungo termine anche con servizi di accesso personalizzato ai farmaci (deblistering)**.

2. Opportunità strategiche e benefici di sistema derivanti dall'attuazione del servizio di deblistering come strumento per l'incremento dell'aderenza terapeutica

L'incremento dell'aderenza terapeutica aumenta la spesa farmaceutica, se maggiori persone assumono correttamente i farmaci e non abbandonano le terapie, il consumo delle quantità aumenta o con esse la spesa a vantaggio delle farmacie e dell'industria.

Molti studi lo confermano, così come affermano, che **l'incremento dell'aderenza alle terapie riduce in misura maggiore la spesa sanitaria** perché i pazienti migliorano la qualità della salute (e ricorrono meno al SSN) grazie all'efficacia di una terapia correttamente assunta (studi asseriscono che in Europa la spesa annuale evitabile dal suo incremento potrebbe raggiungere i 125miliardi di euro).

2.1. Aderenza terapeutica da responsabilità individuale a vera infrastruttura dell'ecosistema sanitario

La frase "l'aderenza terapeutica come infrastruttura sanitaria" ribalta la percezione comune, di solito l'aderenza è vista come un comportamento indivi-

duale: il paziente che assume non correttamente (o dimentica di assumere) la terapia.

Ma se l'aderenza viene pensata come *infrastruttura*, diventa un sistema collettivo, fatto di regole, tecnologie, incentivi, processi e ruoli, capace di sostenere l'intero ecosistema sanitario.

In altre parole: non è più "la responsabilità del singolo paziente", ma una struttura invisibile e costante che tiene insieme la gestione della cronicità, la prevenzione delle complicanze, la sostenibilità economica.

Significa che l'aderenza terapeutica:

- **È trasversale**: come una rete elettrica o idrica, l'aderenza garantita diventa un prerequisito che alimenta tutti gli altri servizi di cura.
- **È standardizzata e routinaria**: non un progetto speciale o un servizio opzionale, ma un'infrastruttura diffusa nelle farmacie, nei sistemi digitali, nelle relazioni tra ASL e medici di base.
- **Genera dati**: come le strade producono flussi di traffico, l'infrastruttura dell'aderenza produce dati dinamici su uso dei farmaci, outcome, eventi avversi, creando intelligenza sanitaria utile a clinici e decisori.
- **Riduce inefficienza**: senza un'infrastruttura dell'aderenza il sistema spende su ricoveri, complicanze e farmaci sprecati, cioè costruisce su sabbie mobili.

È un cambio di prospettiva: dal "convincere i pazienti a prendere le pillole" al "costruire un sistema che rende naturale, semplice e monitorabile l'aderenza". Un po' come quando l'igiene pubblica ha smesso di essere "lavarsi le mani a casa" ed è diventata "rete fognaria e acqua potabile per tutti".

2.2. Impatto economico e sanitario del deblistering: un volano di efficienza per l'intero Servizio Sanitario Nazionale

Quanto presente nel pronunciamento del Consiglio di Stato colloca il deblistering non solo in un orizzonte di sicurezza e appropriatezza clinica, ma anche di sostenibilità economica e di efficienza del sistema sanitario, coeren-

temente con gli indirizzi europei e con le linee di riforma della "farmacia dei servizi".

La portata e l'impatto economico e sanitario che l'approccio innovativo dato dal deblistering, accompagnato da servizi cognitivi per l'aderenza e l'appropriatezza terapeutica, potrà avere per l'intero ecosistema sanitario di riferimento **non sembra essere stata pienamente colta dalla leadership del settore.**

Ci sono tutte le condizioni perché il grande problema della presa in carico e dell'incremento dell'aderenza alle terapie dei pazienti cronici politrattati (8,8 milioni di persone che assumono oltre 5 sostanze farmaceutiche al giorno) riceva da tale innovazione, benefici diffusi e duraturi volti a:

- semplificare e rendere sicura la quotidianità dei pazienti politrattati al domicilio;
- ottimizzare le risorse infermieristiche all'interno delle strutture sanitarie e sociosanitarie (e parzialmente colmare l'attuale fabbisogno);
- ridurre il carico di lavoro per i MMG;
- ridurre le complicanze e gli effetti rebound;
- impattare positivamente sulle economie del SSN: secondo numerosi studi, pur comportando l'incremento della spesa farmaceutica, ha elevate probabilità di ridurre largamente la spesa sanitaria complessiva.

2.2.1. Cosa accadrebbe se il livello del deblistering italiano arrivasse a quello dei Paesi Bassi?

Ipotizzando di **far arrivare il deblistering in Italia ai livelli di diffusione dei Paesi Bassi** e raggiungendo l'obiettivo di incrementare del 15% il tasso attuale di aderenza terapeutica (minore del 50%), si potrebbero raggiungere i seguenti risultati:

- **2 milioni di pazienti** con la vita semplificata e una migliore qualità della salute;
- **1 miliardo di euro l'anno di ricavi in più per le farmacie** (dalla vendita del servizio di deblistering e dalla vendita dei farmaci in più dovuta all'incremento del tasso di aderenza);

- **1 miliardo di euro l'anno di ricavi in più per l'industria del farmaco** (in particolare per quella del generico proveniente dall'incremento del tasso di sostituzione dell'originator off patent dal 27% al 50% e dall'aumento del fabbisogno derivante dall'incremento dell'aderenza terapeutica);
- **500milioni di euro di costo in meno per i cittadini** (dalla riduzione del costo di riallineamento prezzi grazie al maggior utilizzo del farmaco generico rispetto all'originator off patent);
- **riduzione del fabbisogno di 5.000 FTE di infermieri nelle strutture sociosanitarie italiane a costo zero per le Regioni** solo se, rivedendo gli standard di accreditamento, si considerasse nella rendicontazione il servizio di deblistering alla stregua di ore/infermieri.

Infine, **se il SSN rimborsasse il servizio di deblistering** come accade nei Paesi Bassi, potrebbe raggiungere il **pareggio dei costi grazie alla riduzione delle spese sanitarie per ricoveri, accessi pronto soccorso e indagini diagnostiche di solo 500milioni di euro** a fronte di una spesa sanitaria complessiva di 138 miliardi di euro.

3. Appropriatezza prescrizioni, deblistering e aderenza terapeutica: strumenti della farmacia a supporto del ruolo della ASL all'interno dell'ecosistema sanitario territoriale

Il sistema sanitario italiano si confronta oggi con una sfida strutturale: l'aumento costante delle patologie croniche, dell'età media e della complessità clinica e organizzativa dei pazienti domiciliari. Questi fenomeni stanno mettendo in crisi i modelli tradizionali di presa in carico, che risultano frammentati, reattivi e poco sostenibili nel medio-lungo periodo.

Affrontare tale sfida necessita il rafforzamento di un vero ecosistema territoriale, che da un lato esalti il coordinamento strategico delle ASL, dall'altra preveda la collaborazione strutturata tra farmacisti, Medici di Medicina Generale (MMG) e altri professionisti sanitari con il coinvolgimento attivo e consapevole del paziente, non come destinatario passivo di istruzioni, ma come protagonista della propria salute.

Per rendere sostenibile il SSN tre elementi chiave divengono indispensabili: la prevenzione, l'appropriatezza prescrittiva e l'aderenza delle terapie. Elementi da riprogettare a livello territoriale su standard internazionali di misurazione condivisi, strumenti digitali interoperabili, routine operative comuni tra gli operatori sanitari e un nuovo processo relazionale, comportamentale e organizzativo tra professionisti sanitari e pazienti.

3.1. Funzioni e competenze delle ASL secondo la normativa vigente

Relativamente ai farmaci e alle evidenti ricadute sulla qualità della salute dei pazienti e sulla sostenibilità economica del sistema sanitario, le ASL sono competenti territorialmente e operano su più fronti normativi e organizzativi per:

- garantire prescrizioni appropriate tramite controllo e formazione;
- migliorare aderenza terapeutica attraverso progetti a supporto dello sviluppo della farmacia dei servizi e di sensibilizzazione e ridurre costi eliminando sprechi, promuovendo i farmaci equivalenti e prevenendo prestazioni inutili.

In particolare, in numerose Regioni, secondo la normativa vigente in materia di appropriatezza prescrittiva, aderenza terapeutica e riduzione dei costi legati a farmaci e prestazioni improprie le ASL svolgono le seguenti attività.

Appropriatezza prescrittiva e clinica

• Strutturano servizi di Assistenza Farmaceutica Territoriale con l'obiettivo di informare, promuovere e verificare l'appropriatezza nell'uso di farmaci in linea con evidenze scientifiche e normativa regionale.

Aderenza terapeutica

• Attuano il modello Farmacia dei Servizi, integrando le farmacie nel SSN per attività di counselling, monitoraggio, screening (ipertensione, ipercolesterolemia, diabete, BPCO) e follow-up farmacologico.

• Collaborano in iniziative regionali (es. webinar e roadshow) per sensibilizzare e formare operatori sanitari e pazienti sul valore dell'aderenza e le conseguenze cliniche ed economiche del non aderire.

Riduzione dei costi e controllo delle prestazioni improprie

• Monitorano la spesa farmaceutica: promuovendo l'uso di farmaci equivalenti/biosimilari, il controllo prescrittivo e feedback ai medici prescrittori.

• Riducono costi evitabili, evitando ricoveri e prestazioni inappropriate grazie a interventi precoci e educativi anche attraverso Il modello Farmacia dei Servizi.

A tal fine le ASL utilizzano una serie di **strumenti operativi** per raggiungere tali obiettivi:

- Patti con MMG e convenzioni con farmacie, per contratti e obiettivi condivisi di spesa, aderenza e appropriatezza.
- Formazione continua (ECM) per professionisti su linee guida regionali, PDTA e uso appropriato dei farmaci.
- Utilizzo di flussi informativi obbligatori, raccolta e analisi dati su consumo farmaceutico e dispositivi, per reporting regionale/nazionale.

3.2. ASL regista dell'ecosistema "catalizzatore" del modello di cura del cronico e deblistering "cartina di tornasole" dell'intero processo terapeutico

L'ecosistema sanitario territoriale (farmacia-MMG-pazienti al domicilio e in struttura o gestiti al domicilio-industria del farmaco-ospedale-ASL) ha la possibilità di divenire il «catalizzatore» di un nuovo modello territoriale di cura del paziente cronico fondato su appropriatezza prescrittiva e aderenza terapeutica, con il deblistering quale «cartina di tornasole» dell'intero processo terapeutico.

Realizzazione di una rete di farmacie in grado di offrire l'allestimento in dose unitaria personalizzata delle terapie farmacologiche solide orali in una vera ottica di continuità ospedale-territorio ai fini dell'incremento dell'aderenza terapeutica:

- erogato da farmacie ospedaliere/ASL per i degenti dei reparti ospedalieri e in dimissione, nonché per i pazienti cronici con farmaci in Distribuzione Diretta;
- erogato da farmacie territoriali di comunità per gli ospiti delle RSA e per i pazienti cronici poli-trattati al domicilio gestiti da società/cooperative ADI, da caregiver al domicilio o completamente autonomi.

In tale ambito, è auspicabile la promozione di un piano di sperimentazione, contenente ruoli tra gli attori, metodologie, strumenti, tecnologie, deblistering e servizi cognitivi evoluti (piattaforme e tecniche di analisi e misurazione dell'appropriatezza e dell'aderenza terapeutica in linea con gli standard internazionali) promosso dalle ASL con piattaforme digitali (esistenti) che integrino:

- prescrizioni dei medici di Medicina Generale e medici di struttura delle RSA;
- analisi del livello di rischio di interazioni farmacologiche e di eventi avversi;
- sistemi di magazzino del farmaco;
- sistemi hardware (robot) per il deblistering installati presso la rete di farmacie pubbliche e private aderenti al piano;
- sistemi di tracking dei diversi operatori logistici;
- sistemi di monitoraggio dell'assunzione (dispenser intelligenti che allertano caregiver professionali e domestici quando le bustine non vengono prelevate);
- prenotazione e pagamenti online delle richieste di servizio da parte dei pazienti.

L'obiettivo finale è l'analisi dei dati clinici sanitari ed economici del campione di pazienti arruolato rispetto alla popolazione territoriale definita relativamente a:

- consumi farmaceutici;
- morbilità, ricorso ad indagini diagnostiche, accessi a pronto soccorso e degenze riconducibili a eventi avversi da inappropriatezza prescrittiva e mancata aderenza alle terapie.

Ciò, allo scopo di **definire un'analisi costi/benefici di ampio respiro a supporto dell'inserimento del processo-servizio descritto tra le prestazioni remunerate dal SSN** per determinate categorie di pazienti cronici poli-trattati (ad es. i 2,9 milioni di over 65 che assumono 10e+ sostanze al giorno).

4. Ruolo e opportunità per il sistema delle farmacie

Una prospettiva, come quella descritta, **rafforza il ruolo** della farmacia come presidio del Servizio Sanitario Nazionale e come erogatore di servizi sanitari territoriali, consentendo:

- il completamento **dell'evoluzione del farmacista all'interno della *pharmaceutical care*** per ottimizzare l'uso dei farmaci e migliorare gli esiti individuali, declinato dalla FIP come pratica orientata agli esiti, collaborativa con individuo e team sanitario, per promozione della salute, prevenzione e uso razionale dei medicinali. Un servizio che vada oltre l'attività di consulenza cognitiva ai pazienti per l'aderenza terapeutica e oltre l'attività di riconciliazione e ricognizione delle terapie ma consenta una vera e propria **presa in cura dei pazienti cronici** e, in accordo con i medici di medicina generale**, di efficientamento della rete dei servizi** ad essi rivolti, come previsto dal **piano nazionale della cronicità** (come recentemente sancito);
- facilità nella relazione tra farmacie e pazienti e contribuendo fortemente alla funzione delle farmacie di **presidio sanitario di prossimità per i pazienti poli-trattati cronici nell'ambito dell'accesso personalizzato alle terapie**, grazie ai sistemi e alle piattaforme tecnologiche e alla creazione di connessioni digitali con i medici di medicina generale, alla ricetta immateriale, alla possibilità di consegna al domicilio;
- **lo sviluppo di un nuovo ruolo a supporto della salute degli ospiti delle strutture sociosanitarie** ai fini della riduzione delle problematiche correlate ai farmaci e per il miglioramento dei risultati delle terapie, grazie anche al monitoraggio sugli eventi avversi e sulle interazioni farmacologiche, nonché sulla fragilità e il declino cognitivo come numerosi studi indicano;
- l'offerta di **una soluzione con elevato livello di sicurezza e professionalità ad un problema** (aderenza terapeutica e efficacia delle terapie) di grande rilevanza per il SSN, per i pazienti e anche per le loro famiglie, che oggi si trovano ad affrontarlo con

rimedi artigianali (portapillole, sveglie e app) poco affidabili e professionali (badanti), in attesa che le polipillole e la terapia/medicina di precisione (prescrittomica e farmacogenomica) divengano diffusamente realtà.

Digitale, gestione della cronicità e della multicronicità

A cura di Riccardo Candido, Presidente Nazionale Associazione Medici Diabetologi (AMD)

La trasformazione digitale sta modificando profondamente i modelli di cura delle malattie croniche, ambito che rappresenta una delle principali sfide per i sistemi sanitari contemporanei. L'introduzione di tecnologie come Intelligenza Artificiale, sensoristica avanzata, telemedicina e terapie digitali permette oggi di orientare l'assistenza verso un approccio proattivo, predittivo e personalizzato, soprattutto per patologie ad alto impatto socio-economico come diabete, obesità, malattie cardiovascolari e neurodegenerative.

Un ruolo sempre più centrale è svolto dalla **telemedicina**, ormai parte integrante del sistema sanitario. Teleconsulto, teleassistenza e telemonitoraggio permettono di ridurre ricoveri evitabili, migliorare la qualità di vita dei pazienti e rendere le cure più accessibili, soprattutto per persone fragili o collocate in contesti difficili da raggiungere, come Residenze Sanitarie per Anziani e Disabili, istituti di detenzione o aree remote.

Strumenti di **mHealth**, app, sensori indossabili e domotica, che consentono la raccolta di dati in condizioni real life, rendono possibile un monitoraggio costante dei parametri clinici e un intervento tempestivo, abilitando percorsi assistenziali più continui.

Un'altra prospettiva innovativa è rappresentata dalle **terapie digitali (DTx)**. Si tratta di software, validati da evidenze cliniche, che permettono di eseguire veri interventi terapeutici cognitivo-comportamentali.

L'Intelligenza Artificiale offre, inoltre, nuove opportunità nella costruzione di **modelli predittivi** capaci di analizzare grandi quantità di dati per anticipare l'evoluzione delle malattie, orientare le decisioni cliniche e migliorare la sostenibilità del sistema. Le simulazioni "what if" permettono di valutare l'impatto di strategie terapeutiche in ambienti virtuali, utili sia nella pratica clinica sia nella programmazione sanitaria.

Tuttavia, per sfruttare pienamente queste potenzialità, è necessario sviluppare **PDTA digitali**, progettati nativamente per integrare dati, competenze e strumenti tecnologici. Non si tratta di digitalizzare processi esistenti, ma di costruire nuovi percorsi dinamici, flessibili e centrati sul paziente, sostenuti da una collaborazione interdisciplinare stabile.

La sfida oggi non è soltanto mettere a disposizione soluzioni innovative, ma costruire **ecosistemi digitali** che favoriscano una reale collaborazione tra professionisti. La cronicità non può più essere affrontata all'interno di un percorso lineare centrato sulla relazione duale medico–paziente: richiede un nuovo modello in cui il digitale diventa il linguaggio comune che permette ai professionisti di lavorare in modo coordinato. La vera innovazione risiede nella capacità di costruire una visione clinica unitaria a partire da dati eterogenei, trasformando la frammentarietà dei percorsi assistenziali in un continuum strutturato e condiviso.

La **gestione della multicronicità** rappresenta forse il banco di prova più significativo: molte delle persone che seguiamo convivono con più patologie e più terapie che richiedono l'intervento di professionisti differenti. In questo contesto, il digitale può ridurre drasticamente il rischio di errori, duplicazioni, incongruenze terapeutiche e ritardi decisionali. Ecosistemi digitali, algoritmi predittivi e Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali ripensati in versione "nativamente digitale" permettono di superare le tradizionali logiche a silos, rendendo la presa in carico un processo corale e non la somma di azioni indipendenti.

Perché questo accada, però, è necessario affrontare due questioni decisive.

La prima riguarda il **cambiamento organizzativo**. L'introduzione di tecnologie avanzate non produce automaticamente integrazione: occorre riprogettare i modelli di lavoro, creare alleanze tra professioni diverse, definire responsabilità e processi condivisi. La sanità deve compiere un salto da un uso reattivo e frammentato delle tecnologie a una visione strategica che le consideri un elemento strutturale della governance clinica.

La seconda riguarda le **competenze**. Per lavorare efficacemente all'interno di ecosistemi digitali, i professionisti devono acquisire nuove abilità: dalla comprensione del funzionamento degli algoritmi di IA ai principi di cybersecurity, dalla valutazione critica dei dati alla capacità di guidare progetti digitali complessi.

Accanto a ciò, non possiamo trascurare la dimensione **etica**: l'uso del digitale deve essere accompagnato da un costante presidio del valore umano delle cure, dalla tutela dell'equità di accesso e da un coinvolgimento reale dei professionisti nella costruzione degli strumenti che utilizzeranno. È necessario presidiare il rischio di disuguaglianze digitali e promuovere percorsi che garantiscano supporto, formazione e accompagnamento a tutti gli attori coinvolti.

Il futuro della gestione della cronicità – e ancor più della multicronicità – dipende dunque dalla nostra capacità di trasformare la tecnologia in un abilitatore di collaborazione. Non si tratta di sostituire il rapporto umano con il digitale, ma di usare il digitale per rafforzare la rete umano-professionale che circonda ogni persona.

Solo costruendo un'**integrazione digitale realmente multidisciplinare e multiprofessionale** potremo affrontare la crescente complessità delle malattie croniche, connettendo professionisti, dati e processi e generando un modello di cura più equo, tempestivo e sostenibile.

Verso l'ospedale del futuro: strumenti a supporto della progettazione

A cura di Tiziana Ferrante, Professore Ordinario in Tecnologia dell'Architettura, "Sapienza" Università di Roma, Dipartimento di Pianificazione Design Tecnologia dell'Architettura

L'ospedale del futuro è da tempo chiamato a ridefinire il proprio rapporto con il territorio e con la sostenibilità nella sua accezione più ampia[1]. **Non più "cittadella" chiusa e autosufficiente, ma sistema aperto**, permeabile e connesso, integrato con servizi di prossimità, spazi pubblici e infrastrutture ecologiche.

Tale trasformazione è confermata dalle riforme del welfare territoriale (cfr.DM 77/2022 e finanziamenti della Missione 6 Salute del PNRR) che promuovono una sanità diffusa e sostenibile ricucendo la distanza tra ospedale e territorio.

Accanto alla promozione della salute e benessere, non di meno gli ospedali saranno chiamati in futuro sempre più a contribuire in modo tangibile alla riduzione dell'impatto ambientale per contribuire attivamente all'attuazione di comunità energeticamente autonome[2], assumendo al contempo ruoli sempre più differenti (ma complementari) a partire da quello di hub sanitario strategico, connesso a reti di emergenza e alta specialità e capace di garantire sicurezza e competenza clinica, fino a quello di hub di innovazione e formazione, in cui ricerca e tecnologia contribuiscono al progresso medico e assistenziale.

Non solo. L'ospedale in futuro assolverà sempre più il ruolo **hub di rigenerazione del tessuto urbano** in quartieri ed aree marginali, incrementando spazi pubblici, verde e servizi per generare opportunità di vita collettiva e promuovere benessere e inclusione, oltre a svolgere quello di hub energetico nel distretto a energia positiva, trasformandosi da complesso energivoro, a produttore di energia rinnovabile da condividere con la comunità circostante. Rispetto allo scenario evolutivo così delineato, diventa importante accennare ad alcune questioni che riguardano possibili modalità di approccio al progetto dell'ospedale del futuro considerando alcuni strumenti da adottare in fase ex ante ed ex post che considerano opportunamente da un lato, la complessità delle questioni da affrontare, dall'altro ne mettono in evidenza i possibili vantaggi riguardo agli esiti finali.

Una prima questione, riferibile alla scala territoriale/urbana, riguarda gli strumenti a supporto della pianificazione/programmazione dell'ospedale e alla necessaria integrazione con il contesto territoriale. L'attuazione di tale integrazione porterà in futuro sempre più all'adozione di strumenti multidimensionali in grado di governare tale complessità proprio per analizzare, controllare e valutare una pluralità di variabili, integrando dimensioni eterogenee e criteri tra loro interdipendenti. In questo modo localizzazione, dimensione e specializzazione degli ospedali potranno essere contestualmente valutate in rapporto alla distribuzione dei servizi territoriali, ai principi di equità e accessibilità e alla capacità del sistema di rispondere in modo sostenibile ai reali bisogni di salute della popolazione.

Tra **gli strumenti a supporto delle fasi di pianificazione/programmazione le Analisi Multicriteri (AMC)**, rappresentano strumenti particolarmente efficaci in fase ex ante per supportare decisioni complesse soprattutto in merito alla localizzazione di nuove strutture ospedaliere e/o la riorganizzazione di quelle esistenti. Le AMC consentono di integrare in un unico quadro valutativo molteplici aspetti, ponderando in modo (il più possibile) trasparente e oggettivo i diversi criteri che concorrono alla scelta finale attraverso la comparazione sistematica di alternative, permettendo di costruire processi decisionali più informati, tracciabili e condivisibili, superando una frammentazione che spesso li caratterizza.

A partire, quindi, dalle indicazioni delle "Linee Guida per la redazione del progetto di fattibilità tecnica ed economica da porre a base dell'affidamento di contratti pubblici di lavori del PNRR e del PNC" del 2021 che già prevedevano l'uso di strumenti metodologici integrabili a garanzia dell'oggettività nella valutazione delle alternative, si potrebbero utilmente adottare le AMC a garanzia dell'oggettività e della qualità delle scelte localizzative, in particolare durante il confronto tra alternative previsto nel Documento di Fattibilità delle Alternative Progettuali (DOCFAP) ai fini della stesura del Progetto di Fattibilità Tecnica ed Economica (PFTE). Questo, a vantaggio di una contrazione dei tempi nella fase di programmazione, riducendo ritardi e inefficienze nelle fasi iniziali del ciclo di vita utile dell'ospedale[3], consentendo di immettere prima l'infrastruttura nel sistema sanitario, aumentando il periodo effettivo di utilizzo, nonché il ritorno sociale dell'investimento pubblico.

Per quanto attiene, invece, altri strumenti da adottare a supporto della progettazione dell'ospedale in fase ex-post, i cui esiti possono trasformarsi in elementi di "evidenza" scientifica e/o contribuire a consolidare best practices, si possono annoverare le **Post-Occupancy Evaluation (POE)**.

Le POE, attraverso la raccolta di dati qualitativi basati sull'esperienza dei pazienti e del personale, integrano nelle valutazioni risultati strettamente tecnici (**Buiding Performance Evaluation**) con percezioni e benessere effettivo delle persone. Possono rivestire quindi un ruolo importante per apprezzare un progetto realizzato in una fase ex-post (di esercizio) non solo attraverso parametri tecnici o prestazionali, ma anche tramite una pluralità di fattori, derivanti dall'interazione tra qualità fisiche, ambientali, gestionali e quelle percettive, psicologiche e relazionali, in un'ottica human-centered.

Mutuando dal paradigma medico dell'Evidence-Based Medicine (EBM), l'approccio al progetto basato su principi dell'**Evidence Based Design (EBD)** in ambito sanitario e socio-sanitario, trasferisce alla progettazione architettonica la stessa logica di validazione basata sulle prove: il progettista, infatti, assume le proprie decisioni a partire dalle migliori evidenze disponibili, provenienti da studi, sperimentazioni e valutazioni ex post (POE), migliorando in modo continuo qualità ed efficacia degli ambienti ospedalieri. In tale prospettiva, i contenuti di "evidenza" non si esauriscono nella fase conoscitiva di studi/ricerche, ma diventano parte di un processo ciclico di apprendimento

che collega indissolubilmente ricerca, progetto e valutazione dei risultati, alimentando un sistema virtuoso di feedback tra la dimensione teorica (ricerca) e operativa (progetti e opere realizzate), in cui l'ideazione dei progetti viene continuamente implementata potendone misurare i risultati. La conferma di ciò è facilmente desumibile dalla letteratura internazionale che ha progressivamente quantificato negli ultimi decenni gli effetti dell'EBD in ambito sanitario, suddividendo gli studi in aree tematiche[4] che dimostrano come gli ospedali, attraverso la qualità degli spazi, possono incidere sulla qualità delle cure, favorendo migliori percorsi terapeutici, riducendo stress e ansia nei pazienti, migliorando la sicurezza e la produttività del personale.

In conclusione, l'ospedale del futuro si confronterà (come da sempre) con l'evoluzione della società e dei progressi in campo assistenziale, dovendo fronteggiare le sfide che la sostenibilità nelle sue componenti sociali, ambientali ed economiche pongono contestualmente in termini di emergenza e complessità. Per questa ragione, diventa indispensabile considerare la possibilità di **adottare strumenti a supporto delle fasi di pianificazione, programmazione e progettazione** che considerino opportunamente, contestualmente ed equilibratamente, la pluralità dei fattori nei rispettivi contenuti qualitativi e strategici per prevedere gli impatti e migliorare la qualità degli interventi.

Note

[1] Sulla dimensione ambientale della sostenibilità, si segnala che il settore sanitario contribuisce per il 5,2% alle emissioni globali di CO_2 (The 2022 Report of the Lancet Countdown on health and climate change). Per la dimensione sociale il WHO raccomanda di affrontare i determinanti sociali della salute tra cui le strutture sanitarie per ridurre disuguaglianze e garantire equità sanitaria (WHO (2025) World report on social determinants of health equity). Per la sostenibilità economica nel lungo periodo, gli ospedali devono adottare modelli organizzativi e infrastrutturali che combinino governance finanziaria, progettazione resiliente e gestione del ciclo di vita degli asset (OECD (2024) Fiscal Sustainability of Health Systems).

[2] Cfr. PNNR, M6C2-1.2 "Verso un nuovo ospedale sicuro e sostenibile" con € 889 mln di investimento finalizzato all'adeguamento di strutture ospedaliere esistenti alle norme antisismiche e di sicurezza antincendio, nonché a promuoverne la sostenibilità in linea con i principali indirizzi nazionali e internazionali di riferimento (Agenda 2030 e Sustainable Development Goals; Renovation Wave for Europe e Green Deal europeo). In tal senso, il programma europeo JPI Urban Europe, mira a sviluppare 100 distretti a energia positiva entro la fine del 2025 e include alcune città europee

in cui gli ospedali sono parte integrante della rete energetica urbana e progettati per ridurre i consumi attraverso soluzioni passive e al tempo stesso per condividere energia rinnovabile in eccesso nell'intero distretto energetico.

[3] Ciclo stimato tra i 50 ed i 60 anni (Ullah et al. (2023), Life Cycle Sustainability Assessment of Healthcare Buildings: A Policy Framework, *Building* 13, 2143).

[4] *The Center for Health Design (California)* dal 2005 ad oggi ha raccolto circa 480 studi di EBD facendo emergere un *trend* in rapida crescita negli ultimi 5 anni. Le tematiche ricorrenti sono le stesse delineate nel 2008 da R.S. Ulrich (considerato antesignano in questa disciplina) in *A review of the Research Literature on Evidence-Based Healthcare Design* tra cui: circa 110 studi sulla progettazione di stanze singole vs stanze multiple che mostrano effetti su soddisfazione, privacy, infezioni nosocomiali; 80 studi sul contatto con la natura e il verde e le ricadute sugli effetti terapeutici e soprattutto su stress, ansia e indicatori psicologici; circa 60 studi sul comfort acustico che evidenziano impatti negativi del rumore su pazienti e staff e valutano l'efficacia di interventi di riduzione del rumore.

Ospedale del futuro: tecnologico, sicuro e, soprattutto, flessibile

A cura di Maria Beatrice Stasi – già Direttore Generale Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo

Come sarà l'ospedale del futuro? Tanti i set nei quali dobbiamo collocare la domanda, dal tema dei cambiamenti climatici alle novità introdotte da tecnologie che corrono veloci.

Innanzi tutto, **prima di occuparci di ospedali del futuro dobbiamo preoccuparci degli ospedali del passato**. Il nostro paese ha molte esperienze di successo in cui vecchi ospedali dismessi hanno lasciato spazio ad altri spazi civici e di comunità. Penso per esempio all'esperienza di Bergamo in cui nel compendio dei vecchi Ospedali Riuniti ha trovato collocazione l'Accademia Nazionale della Guardia di Firenze o alla mia Lecco in cui il Politecnico di Milano ha riqualificato e occupato gli spazi del vecchio ospedale. Ormai da oltre un trentennio, grazie alla normativa dell'accreditamento introdotta nel 1992 con i Decreti di riordino, l'edilizia sanitaria ha avuto notevole impulso; inoltre, il DM70/2015 ha imposto un ripensamento importante della programmazione di reparti e posti letto. Tale corpo normativo ha lasciato agli enti programmatori spazi, strutture, ospedali dismessi che attendono un "futuro" per non essere abbandonati a un inevitabile degrado.

I cambiamenti climatici permettono di esaminare gli ospedali sotto due aspetti. In primo luogo, gli ospedali sono fonti di inquinanti, di rifiuti, di consumo di energia e di suolo. È recente la necessità di dotare gli ospedali di figure nuove, gli "energy manager" che si esprimano sulle progettualità in ordine alla compatibilità ambientale; o anche i "mobility manager" che supportino le direzioni strategiche sui temi della mobilità sostenibile considerando che i flussi di dipendenti e utenti verso gli ospedali rendono strategico interfacciarsi con le amministrazioni locali per i parcheggi, per il supporto al trasporto elettrico, per l'allestimento di velostazioni e piste ciclabili e non ultimo per il trasporto pubblico. Naturalmente lo sforzo di un ospedale come descritto ha risultati direttamente proporzionali allo sforzo corale di una comunità. Sono diverse le città che hanno iniziato uno sforzo per raggiungere obiettivi di riduzione delle emissioni nel prossimo decennio e sicuramente gli ospedali nelle città possono essere protagonisti di azioni concrete e coordinate di miglioramento.

In secondo luogo, il cambiamento climatico comporta per gli ospedali un ulteriore fronte **considerando questi scenari globali:**

- impatto sui determinanti sociali e ambientali della salute: aria pulita, acqua potabile sicura, cibo a sufficienza e riparo sicuro;
- tra il 2030 e il 2050, si prevede che il cambiamento climatico provocherà circa 250.000 morti in più all'anno per malnutrizione, malaria, diarrea e stress da caldo;
- entro il 2030 i costi dei danni diretti alla salute saranno compresi tra 2-4 miliardi di dollari l'anno.

Inoltre, non è raro ormai che malattie tropicali trovino terreno fertile per diffondersi anche alle nostre latitudini. Le aree con infrastrutture sanitarie deboli avranno maggiori difficoltà a far fronte, senza assistenza, a prepararsi e rispondere.

Gli ospedali del futuro devono prepararsi per essere ospedali resilienti per rispondere a bisogni di cura ed assistenza in continua evoluzione e affrontare probabili ricorrenti emergenze pandemiche.

L'esperienza del COVID-19, di cui a Bergamo siamo stati nostro malgrado testimoni privilegiati, suggerisce che negli ospedali del futuro si debba lavorare da subito per ottenere la massima efficienza nell'uso delle risorse a disposizione individuando spazi rapidamente riconvertibili per ospitare eventuali espansioni, riconfigurazioni o aree di isolamento e zone con collegamenti diretti col

resto dell'ospedale e verso l'esterno per le autoambulanze. Il concetto di ospedale del futuro come ospedale resiliente e flessibile **non riguarda solamente i temi degli spazi fisici**. Il concetto di resilienza e la sua declinazione relativamente al tema della flessibilità presuppone che l'organizzazione sia capace di adeguare il proprio comportamento alle diverse situazioni individuando nuove strategie, anche innovative in termini organizzativi/operativi.

Un esempio fattivo è costituito dall'**identificazione di figure professionali nuove**, pronte a rispondere ai nuovi problemi (in tal senso la rigidità dei ruoli del SSN è un ostacolo) ma anche alla necessità di utilizzo flessibile delle risorse umane come avvenuto negli ospedali più duramente colpiti dall'emergenza covid. Tutto ciò può e deve essere supportato da una flessibilità anche ai vertici dell'organizzazione che può essere raggiunta anche grazie all'utilizzo di una "leadership situazionale", che parte dal presupposto che non c'è un'unica modalità per essere un leader efficace, ma serve una leadership che si adatti alle situazioni contingenti. Sarebbe auspicabile che la selezione dei Direttori Generali, oggi molto focalizzata sui titoli accademici e curriculari, avvenga anche valutando le cosiddette soft skills che si rivelano determinanti per gestire le crisi.

È necessario apprendere dalle lezioni che ci ha impartito l'emergenza COVID-19 che ha evidenziato i punti su cui dobbiamo focalizzare i nostri interventi. Servono aziende più "flessibili" e "integrabili" con un'ottica di rete, capaci di integrarsi con le strutture intermedie, la medicina territoriale e le cure primarie e con un management capace di ripensare l'organizzazione con una visione prospettica e focalizzata sulle sfide del futuro con un occhio sempre attento agli eventi contingenti.

In ultimo, fin da subito, gli ospedali del futuro possono fare molto per migliorare quello che il cittadino avverte, ovvero la **"qualità percepita" dell'ambiente di cura**. L'approccio alla progettazione degli spazi sanitari deve occuparsi di come aggiungere valore alla qualità intrinseca della prestazione sanitaria. A titolo esemplificativo il verde negli ospedali deve diventare, più che un elemento ornamentale, un vero approccio alla cura, al bello che cura e che crea armonia ed empatia. In particolare, già oggi molto si può fare per esempio per "personalizzare" gli spazi pediatrici e quelli destinati a ricoveri di medio-lungodegenza. L'elenco potrebbe continuare. Le buone prati-

che su accoglienza, umanizzazione, utilizzo delle tecnologie "user friendly" sono numerose in Italia, a volte ben venga semplicemente "copiare" e personalizzare.

Ospedale del futuro quindi tecnologico, sicuro, flessibile… ma anche più bello e accogliente.

Proposta di documento sul metodo e di cooperazione sulla telemedicina e sulle tecnologie innovative in sanità

A cura di Gaddi AV, Delfrate B, Perri MR, Bonomini M (Società Italiana di Telemedicina – SIT Roma)

La SIT, in quanto società accreditata al Ministero della salute per la Telemedicina e l'innovazione tecnologica, ha proposto, approvato e fatto sottoscrivere da oltre 200 società scientifiche, enti ed esperti, un documento che pone l'attenzione sulla necessità stringete di darsi un metodo nel costruire i percorsi futuri in sanità. Questa impostazione risponde in parte alla domanda posta nella TR: **dobbiamo rendere più forte la voce della Scienza nella governance della sanità**. Serve proseguire con il processo iniziato nel 2023 con la International Bologna Consensus Assembly on Telemedicine, dal titolo "Ratio Ethica e Ratio Technica: concerting governance, research and innovation for One Health" cui recentemente hanno aderito autorità europee. La presente lodevole iniziativa del Welfair va in questa precisa direzione.

La principale tematica affrontata è quella del metodo che le Società Scientifiche e gli enti di ricerca possono e devono darsi per garantire un risultato apprezzabile, utile, scalabile nei percorsi di avvicinamento della Scienza alla governance della Salute

Il metodo viene analizzato in dettaglio in alcuni documenti in press. In sintesi estrema, l'idea di fondo è quella della **coproduzione ragionata basata sulla scienza e sull'etica**.

Ovvero che presuppone la conoscenza, la discussione e l'approfondimento e l'accordo su numerosi assunti, teorici e sperimentali, derivati dalle più disparate discipline e rimodulati in funzione del periodo storico attuale. **Per gestire questa rivoluzione serve l'adesione di tutte le società scientifiche**, imprese e istituzioni di buona volontà che considerino l'ineluttabilità del processo di transizione verso la nuova medicina (la c.d. super-convergenza di E. Topol, 2010) e assieme accettino di concordare il metodo per garantire una transizione governata e controllata dalla scienza e dall'etica.

La Telemedicina rappresenta, da questi punti di vista, uno strumento particolarmente utile, efficace ed efficiente. Infatti è quella componente della scienza medica caratterizzata dall'utilizzo di tecnologie innovative (Tecnologie della Informazione e della Comunicazione e altre) che può essere aggiornata e sistematicamente applicata in tempo reale e nella vita reale ed è finalizzata a incontrare e soddisfare i bisogni, siano essi reali o percepiti di malati, personale sanitario e dei cittadini. Quindi non serve solo per superare le barriere date dalla distanza. **La telemedicina è "a-disciplinare"** (nel senso che non dipende da una specifica specializzazione medica) e **"sovra-disciplinare"** nel senso che tende a superare le peculiarità disciplinari consentendo la personalizzazione dell'assistenza sanitaria attraverso l'integrazione armonica di tecniche mediche diverse. **Per queste ragioni la telemedicina nasce come disciplina trasversale e quindi si presta a favorire la cooperazione armonica delle diverse istituzioni e società scientifiche favorendo lo scambio di informazioni e il controllo dei risultati in tempo reale.**

Mobilità sanitaria e uguaglianza nelle cure, da fenomeno di squilibrio a leva di tutela dei diritti

A cura di Rosa Sciatta, Avvocato del Foro di Roma; Patrocinante dinanzi le Giurisdizioni Superiori; Esperto di responsabilità sanitaria e migrazione sanitaria; Dottore di Ricerca in Diritto Costituzionale; Professore a contratto di Istituzioni di Diritto Pubblico

1. Mobilità sanitaria e diritto alla salute: una tensione strutturale

La mobilità sanitaria interregionale rappresenta una delle manifestazioni più evidenti delle diseguaglianze territoriali nel godimento del diritto alla salute. Essa nasce dall'incontro tra due principi costituzionali fondamentali: da un lato, la libertà di scelta del luogo di cura e del medico curante, quale espressione del diritto alla salute ex art. 32 Cost.; dall'altro, il principio di unitarietà e universalità del Servizio sanitario nazionale, che presuppone l'erogazione di livelli essenziali di assistenza uniformi sull'intero territorio nazionale. Nel concreto funzionamento del sistema, tale tensione si traduce nello spostamento dei cittadini-pazienti – soprattutto dalle regioni del Mezzogiorno verso quelle del Centro-Nord – alla ricerca di cure percepite come più adeguate o tempestive. La mobilità sanitaria diventa così il sintomo di una diseguaglianza strutturale nell'organizzazione e nella qualità dell'offerta sanitaria regionale, incidendo direttamente sull'effettività del diritto alla salute e sul principio di uguaglianza sostanziale di cui all'art. 3, comma 2, Cost.

2. Mobilità sanitaria: distorsione del sistema o strumento di tutela del diritto?

Il dibattito sulla mobilità sanitaria oscilla tradizionalmente tra due visioni opposte. Da un lato, essa è considerata una stortura del sistema sanitario pubblico, in quanto rivelatrice dell'incapacità di garantire prestazioni omogenee in tutte le regioni, con effetti negativi sugli equilibri finanziari delle regioni a elevata mobilità passiva. Dall'altro, viene letta come strumento fisiologico e persino virtuoso di attuazione del diritto alla salute nella sua massima espansione. Una lettura costituzionalmente orientata consente di superare questa contrapposizione. La mobilità sanitaria non è di per sé un fenomeno patologico: essa diventa problematica solo quando si trasforma in una scelta obbligata, imposta dall'assenza o dall'inadeguatezza dell'offerta sanitaria nel territorio di residenza. In tal caso, non è la mobilità a dover essere repressa, bensì le diseguaglianze che la rendono necessaria.

3. L'impatto finanziario e il falso mito della "fuga delle risorse"

Sotto il profilo finanziario, la mobilità sanitaria incide in modo significativo sui bilanci regionali, soprattutto per le regioni con saldo negativo, chiamate a rimborsare le prestazioni erogate ai propri residenti in altre regioni. Tuttavia, la rappresentazione della mobilità come "fuga di risorse" è solo parzialmente corretta. Il meccanismo della compensazione interregionale, fondato sulla Tariffa Unica Convenzionale e sui flussi informativi condivisi in sede di Conferenza Stato-Regioni, comporta uno spostamento della spesa sanitaria da una regione all'altra, senza determinare un aumento complessivo della spesa nazionale. Il problema non è quindi la mobilità in sé, ma l'asimmetria strutturale tra regioni che attraggono pazienti e regioni che, invece, subiscono una mobilità passiva elevata, spesso perché inserite in piani di rientro o caratterizzate da carenze organizzative e infrastrutturali.

4. LEA, autonomia regionale e diseguaglianze territoriali

Alla radice della mobilità sanitaria vi è la profonda eterogeneità nell'attuazione dei Livelli Essenziali di Assistenza. Sebbene i LEA siano definiti a livello statale, la loro concreta erogazione dipende dall'organizzazione regionale dei

servizi, dai tempi di attesa, dalla qualità delle strutture e dalla disponibilità di personale sanitario. La giurisprudenza costituzionale ha più volte ribadito che la tutela della salute deve essere garantita in condizioni di fondamentale uguaglianza su tutto il territorio nazionale e che la spesa sanitaria rientra tra le spese costituzionalmente necessarie. Ne deriva che l'autonomia regionale non può tradursi in una compressione del nucleo essenziale del diritto alla salute, né in discriminazioni territoriali indirette, che colpiscono soprattutto i cittadini più fragili.

5. Mobilità sanitaria e cittadino-paziente: rimettere la persona al centro

Dal punto di vista del cittadino malato, la mobilità sanitaria è spesso una scelta drammatica, che comporta costi economici, sociali e psicologici elevati. Limitare o ostacolare tale libertà per ragioni di equilibrio finanziario regionale significa spostare il peso delle inefficienze del sistema sulle spalle del paziente, in violazione dei principi di dignità e uguaglianza. Il diritto alla salute non può essere condizionato dal luogo di residenza. La qualità e l'accessibilità delle cure, soprattutto per le prestazioni salvavita o ad alta specializzazione, non possono variare in modo irragionevole da una regione all'altra. In questa prospettiva, la mobilità sanitaria deve essere governata, non repressa.

6. Proposte per una mobilità sanitaria equa e orientata ai diritti

Per trasformare la mobilità sanitaria da indice di diseguaglianza a strumento di tutela effettiva del diritto alla salute, è necessario un cambio di paradigma. In particolare, occorre:

- rafforzare il ruolo dello Stato nella garanzia sostanziale dei LEA, non solo nella loro definizione formale;
- utilizzare i dati sulla mobilità come strumento di diagnosi delle criticità regionali, orientando investimenti mirati e piani di rafforzamento dell'offerta sanitaria nelle regioni a maggiore mobilità passiva;
- promuovere forme strutturate di cooperazione interregionale, attraverso accordi obbligatori per la gestione condivisa di alcune prestazioni ad alta specializzazione;

- superare una logica meramente contabile della compensazione, valorizzando la mobilità come indicatore di qualità del sistema e non solo come voce di debito o credito;
- garantire che nessuna normativa regionale possa limitare in modo sproporzionato la libertà di scelta del luogo di cura per finalità esclusivamente finanziarie.

7. Conclusioni e prospettive di riforma

La mobilità sanitaria non è il problema, ma la cartina di tornasole delle diseguaglianze sanitarie territoriali. Governarla in modo costituzionalmente orientato significa rimettere al centro la persona malata, superando logiche difensive regionali e adottando una visione cooperativa del Servizio sanitario nazionale. Solo così la mobilità potrà diventare non più una necessità imposta dalle disfunzioni del sistema, ma una libertà autentica, esercitata in un contesto di reale uguaglianza nelle cure sull'intero territorio nazionale.Bisogna, quindi, trasformare la mobilità sanitaria da indicatore di diseguaglianza territoriale a strumento di garanzia effettiva del diritto alla salute, assicurando pari dignità di cura ai cittadini su tutto il territorio nazionale e rafforzando la coesione del Servizio Sanitario Nazionale.

Il Contributo della Psicologia di Comunità nella Formazione del Personale IPAB/ASP: la formazione empowering

A cura di Mirella Cleri Psicologa clinica e di comunità; Dirigente sanitario Usl Umbria2; Docente a contratto di psicologia del lavoro e delle organizzazioni CLMSIO Uni Pg

Focus dell'intervento: formazione del personale secondo la prospettiva della psicologia di comunità

Caratteristiche della Psicologia di Comunità

La Psicologia di Comunità si caratterizza per:

- Lo studio delle **persone nei loro contesti di vita**, intendendo le comunità in senso lato: città, quartieri, associazioni, organizzazioni, contesti lavorativi istituzionali, scolastici e oggi anche comunità virtuali.
- L'attenzione alla costruzione del **benessere individuale e collettivo**. I principali obiettivi sono l'***Empowerment* individuale e di comunità**.
- L'orientamento costante al **cambiamento** e alla **promozione della salute**, attraverso l'uso di **strategie di progettazione partecipata**, come la Ricerca-Intervento.

- L'attenzione all'**inclusione delle minoranze** e delle persone fragili, alla **valutazione dei progetti** e alla **sostenibilità** degli interventi già in fase di progettazione.

Affrontare i servizi alla persona significa gestire una duplice sfida:

- rispondere alla **complessità dei bisogni** di un'utenza, come anziani e persone svantaggiate che spesso percepisce un'assenza di prospettive;
- garantire la **sostenibilità professionale** di chi eroga le prestazioni di assistenza, con un alto **rischio di *burnout***.

1.Il Cambio di Paradigma: Dalla Patologia alla Persona nel Contesto

Il contributo più radicale della Psicologia di Comunità è l'abbandono della logica della pura **assistenza**, concentrata sul **deficit individuale**, per abbracciare l'***Empowerment***, focalizzato sulle **risorse e sul potenziale** delle singole persone e delle comunità.

La Psicologia di Comunità (PdC) non si limita a offrire un contenuto aggiuntivo ai corsi di formazione, ma propone una vera e propria **visione trasformativa del processo di formazione**.che coinvolge le relazioni tra persone portatrici di bisogni, il personale interno alle organizzazioni fino alle comunità di appartenenza.

Questo approccio innovativo si traduce in una **formazione *potenziante* permanente** che può portare un contributo significativo anche nelle aziende pubbliche di servizi alla persona

La formazione deve spostare l'attenzione dalla patologia all'**identità sociale** e al **contesto di vita** dell'utente:

- Le persone in struttura non sono solo "pazienti", ma **membri della comunità** portatori di bisogni, con una storia, un ruolo e delle **competenze residue** da valorizzare.
- Il **Focus** della formazione deve essere sulla **persona nel contesto**.

Il personale della organizzazione, in un'ottica di formazione *empowering* continua, deve diventare un **facilitatore di autonomia e partecipazione**.

Non si tratta solo di **"fare *per*"** la persona, ma di imparare a **"fare *con*"** la persona e la comunità.

Gli operatori vanno pensati come facilitatori di processi creativi non come erogatori di prestazioni

È fondamentale abbracciare una visione **Residenziale-Aperta** delle organizzazioni:

- le IPAB/ASP non devono essere istituzioni isolate, ma **punti nodali nel territorio**;
- la formazione deve preparare il personale a vedere la struttura come un **incubatore sociale** che alimenta il benessere della comunità circostante, evitando l'istituzionalizzazione e l'isolamento degli utenti.

Questa visione è fondamentale, specialmente per un'utenza che non ha prospettive. Dare la possibilità di **costruire attivamente il proprio benessere** e di **influenzare la propria vita** (***Empowerment*** individuale) è il modo più efficace per contrastare il senso di fatalismo e passività. Il **benessere emotivo, psicologico e sociale** è, infatti, significativamente correlato al **Senso di Comunità (SOC)** e di appartenenza.

2. Competenze Sistemiche e Lavoro di Rete

Le criticità che riguardano gli utenti ASP sono complesse e non si risolvono solo all'interno della struttura, richiedendo un **approccio sistemico**. La formazione permanente deve dotare il personale di **competenze sistemiche e di lavoro di rete**.

È fondamentale che il personale impiegato in queste strutture riceva una formazione che integri alle competenze professionali tecniche scientifiche una formazione sulle competenze trasversali o soft skills unitamente a conoscenze per la lettura e l'intervento sulle comunità e le organizzazioni.

Un modello a cui ci si può ispirare è quello della **Formazione *Empowering*** che:

- favorisce la crescita globale della persona e le sue capacità di **influenzare il futuro** e il contesto in cui vive.
- Stimola il processo di acquisizione di conoscenze e competenze generative che produce **trasformazione e nuove possibilità**.

- È un percorso di cambiamento a tappe che aiuta a esplorare il passato personale i bisogni e i desideri personali ed anche esperienze di gruppo per individuare difficoltà, ostacoli, ma anche risorse attraverso i vissuti emotivi.

La formazione insegna ad analizzare oltre alle proprie competenze anche due livelli di contesto: Analisi delle organizzazioni e il profilo di comunità

- **Saper leggere l'Organizzazione nelle sue dimensioni strutturali, funzionali, psicodinamiche e psicoambientali** favorisce la riflessione sulle **dinamiche di gruppo**, la comunicazione interprofessionale e la **gestione costruttiva dei conflitti** tra le diverse figure professionali (medici, OSS, psicologi, educatori).
- **La costruzione del profilo di comunità insegna a leggere il contesto esterno dotando** il personale degli strumenti per la **mappatura delle risorse comunitarie**: associazioni di volontariato, centri culturali, scuole, reti informali, punti di forza e punti di debolezza, figure chiave.

Questo crea un **"ponte"** tra gli operatori e l'organizzazione **e tra la struttura e il territorio**.

La formazione deve includere conoscenze relative all'organizzazione e alla comunità di riferimento per avviare e mantenere collaborazioni con enti esterni, trasformando i servizi in **servizi di comunità co-prodotti**. Questa capacità di tessere reti è l'unico modo per offrire **prospettive concrete** a un'utenza che altrimenti ne è priva. L'***Empowerment* di Comunità** non solo aumenta la **cittadinanza attiva**, ma è ciò che caratterizza le **comunità *empowered***.

3. Formazione Permanente e Benessere Organizzativo

La qualità dell'assistenza è direttamente proporzionale al **benessere di chi la eroga**. Per questo, la formazione deve essere un **intervento continuo e riflessivo**, integrato nella quotidianità lavorativa, e non un evento *una tantum*.

Si suggerisce di adottare anche il modello della **Ricerca-Azione Partecipata**, dove il personale, guidato dallo psicologo, **analizza attivamente i propri problemi operativi** (come il sovraccarico emotivo o la gestione dell'aggressività) e **co-costruisce soluzioni organizzative efficaci**.

4. Sviluppo di Competenze Trasversali

La metodologia didattica deve essere **attiva**, portando sia conoscenze tecniche sia esperienze pratiche guidate, rafforzando le **competenze relazionali e comunicative** e promuovendo un atteggiamento **proattivo e responsabile** che aiuta a percepirsi parte della soluzione.

Centrale in questo modello è una formazione sulle competenze trasversali o *soft skills*.

L'obiettivo è costruire attraverso la formazione una **Cultura Organizzativa di Sostegno** che valorizzi l'**ascolto**, il **supporto reciproco** e la **gestione etica del disagio**. Questo crea un ambiente più sicuro e supportivo per gli operatori e anche per l'utenza, fornendo loro una **relazione di sostegno** autentica e duratura. La formazione permanente aiuta a sviluppare un senso di **efficacia collettiva**. Al percorso di formazione *empowering* dovrebbero affiancarsi nel tempo **supervisioni e gruppi di aiuto alla pari**. Quando il personale sente di poter affrontare le sfide **insieme**, si riducono isolamento e demotivazione, agendo come una potente **strategia preventiva del *burnout***.

Conclusione

La Psicologia di Comunità offre strumenti sperimentati per trasformare le ASP da luoghi di **assistenza passiva** a **centri vitali di *empowerment*** e co-produzione di salute e benessere sociale. Dobbiamo superare il modello formativo centrato sul sapere, sostituendolo con un modello che **integri conoscenze e competenze** e contempli il **saper essere**, inteso come patrimonio della nostra umanità. Investire in questa **formazione permanente** non solo arricchisce le competenze professionali, ma rafforza la **resilienza delle comunità** stesse, creando un impatto duraturo sul benessere collettivo. È solo garantendo una formazione continua che supporti il personale nel loro benessere e li doti di strumenti di rete e di ***empowerment*** che potremo realmente fornire una **prospettiva** e una **relazione di sostegno** significativa all'utenza più fragile delle ASP. Dobbiamo smettere di formare personale per il **"fare *per*"** e iniziare a formare professionisti che sappiano **"fare *con*" la comunità**.

Traccia per illustrazione del disegno di legge contenente disposizioni in materia di aziende pubbliche di servizi alla persona

A cura di Fiovo Bitti, Consigliere CNEL

Il disegno di legge del Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro è ai sensi dell'articolo 99, comma 3, della Costituzione.

L'articolo 10 della legge 328/2000 ha previsto una delega al Governo per la trasformazione degli Istituti pubblici di assistenza e beneficenza (IPAB), istituiti come organismi di diritto pubblico con la legge 6972/1890, cosiddetta Legge Crispi. **La delega è stata esercitata dal Governo** con il decreto legislativo 4 maggio 2001, n. 207, per effetto della quale le IPAB potevano trasformarsi in enti di diritto privato (in particolare Fondazioni o associazioni riconosciute) oppure in aziende di servizi alla persona. Successivamente, le Regioni hanno adottato specifiche normative per finalizzare la riforma; al momento, la trasformazione delle IPAB è avvenuta in quasi tutte le Regioni.

Il disegno di legge, alla luce dell'esperienza maturata in questi anni e dell'evoluzione della normativa, prevede alcune modifiche e integrazioni. Nello specifico, con l'articolo 1, **si prevede il regime di esenzione dalle imposte** di registro, ipotecari e catastali e sull'incremento del valore degli immobili e relativa imposta sostitutiva, fino al 30 giugno 2028; la lettera b) del medesimo articolo riguarda invece la nomina degli amministratori, chiarendo che si tratta di mera designazione e non

oggetto di mandato fiduciario con rappresentanza. Con l'articolo 2, si chiarisce che le aziende di servizi alla persona non sono da considerarsi enti del terzo settore, attraverso l'inserimento nell'articolo 4 del decreto legislativo 117/2017 (codice terzo settore) del comma 2-bis; si ribadisce quanto già indicato all'articolo 1 circa il carattere della nomina degli amministratori. L'articolo 3 prevede **l'integrazione della disciplina sulla cessione e sull'utilizzo dei beni confiscati alla criminalità organizzata** (dlgs 159/2011). Gli enti territoriali possono trasferire il bene a titolo gratuito al patrimonio indisponibile delle ASP o assegnarlo alle stesse in concessione, a titolo gratuito e nel rispetto dei principi di trasparenza. **L'articolo 4 integra la normativa sulla gestione dei servizi pubblici locali** (dlgs 201/2022): l'articolo che viene integrato è il 14, relativo alla scelta della modalità di gestione del servizio pubblico locale, mentre viene inserito l'articolo 18-bis che prevede l'ipotesi di accordi di cooperazione Enti locali-ASP. L'articolo 5 prevede un'esenzione IMU per le ASP (con richiamo all'articolo 1, comma 759, della legge 160/2019. Ai sensi dell'articolo 6, il Cnel svolge attività di monitoraggio sui livelli e la qualità dei servizi erogati dalle aziende pubbliche di servizi nell'ambito della relazione annuale al Parlamento e al Governo sui livelli e la qualità dei servizi erogati dalle pubbliche amministrazioni centrali e locali alle imprese e ai cittadini.

La presentazione del disegno di legge ha rappresentato anche l'occasione per fare il punto sullo stato dell'arte sulle ASP, decorsi quasi 25 anni dalla legge 328/2000 e dal decreto legislativo 207/2001.

È stato somministrato un questionario su sette aree di approfondimento (generalità, governance, finalità, apporto al sistema dei servizi sociali territoriali, risorse umane, integrazione nel sistema dei servizi sociali, buone pratiche), al quale **hanno risposto in 223**, mentre per altre 151 è stato possibile reperire dati sulle pagine istituzionali attraverso l'analisi dei PIAO (Piani integrati di attività e organizzazione), su un totale di 578 enti (erano 4.226 nel 1998). La stima dei dipendenti è di circa 42mila unità (sicuri 27.375); la stima degli immobili è di 1.000 (sicuri 685) con una rendita di 449 milioni. Otto ASP su dieci si occupano di anziani; poi disabilità e minori. Il coinvolgimento nella programmazione locale è al 45%, il servizio civile al 25%.

L'assemblea del Cnel di settembre ha, anche, licenziato un secondo disegno di legge di revisione della legge 328/2000. Gli interventi sono tre livelli: aggiornamento normativo; terminologico; innovazione. **Con riferimento alle ASP viene riconosciuto il ruolo centrale, sia nella fase di programmazione che nella successiva fase di erogazione.**

Dalle ex-IPAB alle ASP: è sufficiente?

A cura di Vittorio Severi, Direttore Andigel, già DG Forlì e direttore integrazione socio-sanitaria Emilia Romagna

La trasformazione delle IPAB in ASP nella Regione Emilia Romagna è stata determinata nell'ambito del processo di riorganizzazione del sistema integrato dei servizi sociali e sanitari che ha preso le mosse dalla l.328/2000 ed ha avuto attuazione attraverso la l.r. 2 /2003. Un percorso messo a punto con il coinvolgimento dei Comuni, delle Aziende sanitarie, delle IPAB e degli stessi operatori del privato sociale e privato che intervengono in questi ambiti, chiamandoli a confronto, prima nella predisposizione della normativa e poi nella attuazione della pianificazione, programmazione e progettazione degli interventi. Quindi, coinvolgendo tutti i soggetti dalla elaborazione del Profilo di Comunità e a seguire a quella dei Piani attuativi.

È stato **ridisegnato l'intero sistema di committenza** e di rapporto col sistema dei servizi a partire dalla costituzione dei Comitati di Distretto, che vedono partecipi i Comuni e i distretti sanitari, i quali congiuntamente hanno costituito uffici di piano per programmare l'esercizio delle funzioni sociali e socio-sanitarie, l'elaborazione dei Piani sociali e socio-sanitari di Zona, i programmi di area, l'accreditamento, il monitoraggio e controllo, il sistema di accesso. Attualmente, **in Regione Emilia Romagna sono attive 8 aziende sanitarie, 40 Distretti sociali e socio-sanitari.**

In questa prospettiva la trasformazione delle IPAB è stata orientata prevalentemente verso la costituzione di Aziende di Servizi alla Persona **aventi personalità giuridica di diritto pubblico, dotate di autonomia statutaria, gestionale, patrimoniale, contabile e finanziaria e non a fini di lucro**, che adottano un bilancio economico patrimoniale e svolgono la loro attività secondo criteri di efficienza, efficacia ed economicità, nel rispetto del pareggio di bilancio da perseguire attraverso l'equilibrio dei costi e ricavi.

Il processo di trasformazione avvenuto accompagnando le nuove aziende attraverso la definizione di atti successivi (circa 15 nei primi 10 anni) che hanno consentito di mettere a sistema tutti gli aspetti relativi alla loro gestione e amministrazione

A partire da 257 IPAB, a seguito di fusioni, depubblicizzazioni ed estinzioni si è arrivati ad una situazione che vede attive 34 ASP su tutto il territorio regionale mentre 3 IPAB sono ancora attive e devono ancora trasformarsi.

In questo contesto l'ASP, che ha tra i propri soci tutti i Comuni del Distretto, diviene il principale braccio operativo degli EE.LL. per l'erogazione dei servizi sociali, educativi e socio sanitari.

Questa sinergia tra Comuni e Asp ha permesso:

- di mantenere e ampliare i servizi di welfare anche nel corso degli anni in cui i Comuni sono stati costretti ad una fortissima contrazione del proprio personale;
- assicurare il mantenimento in capo al pubblico del know how che gli consente di esercitare compiutamente le funzioni di indirizzo e di controllo del sistema pubblico dei servizi, che si avvale anche di apporti molto rilevanti degli operatori del privato sociale e del privato;
- assicurare una gestione pubblica diretta dei servizi sufficientemente ampia da definire standard qualitativi di riferimento per tutto il sistema;
- di affrontare emergenze e criticità sociali e socio-sanitarie senza tralasciare di supportare i cittadini a partire dai più fragili;

- di sperimentare nuove forme di risposta a bisogni mutevoli e segnati dalle dinamiche socio-demografiche, sociali e anche epidemiologiche che hanno caratterizzato questi ultimi anni.

Tutto questo è avvenuto non senza difficoltà di carattere economico e finanziario, che sono in buona parte determinate dall'attuale normativa nazionale che regola la vita amministrativa delle ASP e che ne mette a rischio il futuro.

Si segnalano prioritariamente tre tematiche per quanto concerne:

- il personale e i relativi oneri contributivi: le ASP risultano integralmente gravate dagli oneri economici legati alla gestione del personale dipendente, tra cui i costi per malattia, maternità e permessi, senza poter accedere alle tutele previste per i datori di lavoro privati, come le indennità a carico dell'INPS. Tale situazione determina un "doppio costo" (garantire servizi essenziali tramite sostituzioni di assenze) e si configura come evidente squilibrio rispetto alle condizioni applicabili agli operatori privati.
- Il regime IVA e concorrenza: Le ASP operano generalmente in regime di esenzione IVA per le attività socio-assistenziali cosa che impedisce di fatto la detrazione dell'IVA sugli acquisti, trasformando l'imposta in un costo effettivo di esercizio e non recuperabile diversamente da quanto avviene per gli altri operatori economici determinando un ulteriore svantaggio competitivo.
- La fiscalità: relativamente all'IRES non vi è certezza circa le esenzioni applicabili mentre per quanto riguarda l'IRAP molte regioni, compreso l'Emilia Romagna, mantengono l'8,5% sul costo del personale come previsto per tutte le Amministrazioni pubbliche mentre ai soggetti del privati si applica al massimo il 3,9%, così come è necessario stabilire espressamente che le ASP sono tra i soggetti ammessi all'esenzione dell'IMU.

In relazione alle intenzioni del CNEL di proporre un DDL che intervenga a rivedere la normativa in capo alle ASP, si auspica che non manchino di essere trattati e risolti questi temi, che sono cruciali per assicurare la continuità e lo sviluppo ulteriore dell'apporto indispensabile delle ASP al sistema pubblico integrato dei servizi sociali e socio-sanitari.

La sanità che vorrei: assistenza residenziale anziani non autosufficienti

A cura di Sebastiano Capurso Presidente nazionale Anaste

La sanità, in particolare nel settore delle RSA e dell'assistenza agli anziani non autosufficienti, è destinata a subire una profonda trasformazione nei prossimi 10 anni. Questa evoluzione è guidata principalmente dall'**inverno demografico** e dalla necessità di superare le criticità emerse, soprattutto dopo la pandemia, nella gestione degli anziani non autosufficienti con gravi limitazioni funzionali.

Questa popolazione, che attualmente conta circa 4 milioni di persone, è destinata a salire nei prossimi anni, con conseguente necessità di modificare l'impostazione del SSN, spostando l'attenzione verso le patologie croniche.

I Problemi principali

Le sfide che il settore dovrà affrontare sono strutturali e interconnesse:

- **Aumento del Fabbisogno e Sovraffollamento:**
  - L'Italia è uno dei Paesi più anziani al mondo. L'aumento degli ultra-85enni e delle persone con non autosufficienza cronica metterà sotto pressione la rete esistente.
  - Attualmente, la copertura di posti letto in RSA è insufficiente (lontana dal target ideale e dalle medie UE), portando ad una **saturazione cronica** delle strutture e alla selezione, per l'accesso, degli ospiti a maggior compromissione clinica e cognitiva, con conseguente notevole aumento dei carichi assistenziali.

- **Carenza di Personale Qualificato:**
  - La carenza di infermieri, OSS e altri professionisti sanitari e socio-assistenziali è già un problema critico, e sarà sempre maggiore nei prossimi anni, per mancanza di vocazioni verso le attività di assistenza, viste dai giovani come poco gratificanti, psicologicamente usuranti, con modesto riconoscimento sociale e scarsamente remunerate.
  - Il **burnout** e il **turnover** elevato, uniti alla scarsa attrattività del settore, rendono difficile garantire standard di cura elevati.
- **Frammentazione dell'Assistenza:**
  - Manca una **integrazione tra il sistema sanitario (SSN) e il welfare sociale** (Comuni, ASL). Le famiglie devono navigare una "babele di sportelli" per accedere ai servizi.
  - La **Legge Delega 33/2023** (che mira a riformare il settore) è un passo cruciale, ma la sua concreta attuazione (ad esempio l'unificazione della valutazione multidimensionale) procede a rilento e con incertezze.
  - Le scarse risorse destinate dal FSN al settore non consentono di programmare investimenti per aumentare la qualità dei servizi ed il numero dei posti letto disponibili, con conseguente accentuazione del disagio per anziani e famiglie.
- **Superamento del Modello RSA Tradizionale:**
  - Le RSA sono diventate oggi dei reparti di lungodegenza medica, in relazione alla maggior complessità degli ospiti, e devono quindi evolvere in Centri Residenziali Multiservizi, con impiego di nuove tecnologie (telemedicina, robotica, IA, virtual ward), difendendo però le fondamentali attività di relazione e di mantenimento dell'autonomia
  - Si rende necessario un modello che valorizzi la **dignità della persona.**

Soluzioni Prospettiche e Tendenze Future

Il futuro del settore è orientato verso la limitazione della istituzionalizzazione ai soggetti maggiormente compromessi e la personalizzazione dell'assisten-

za, spostando il baricentro dal ricovero al domicilio, ma questa prospettiva sarà fortemente ostacolata dalla carenza di personale qualificato, essendo l'assistenza domiciliare la formulazione assistenziale a maggior assorbimento di risorse umane.

Ambito	**Soluzione/ Prospettiva**	**Descrizione**
Modello di Cura	**Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) Potenziata**	L'obiettivo è consentire alle persone di restare il più a lungo possibile nel proprio ambiente di vita. Si investirà in **telemedicina, monitoraggio da remoto e servizi socio-sanitari a casa**. La RSA diventerà (ma lo è già oggi) una risorsa per l'alta intensità assistenziale.
Strutture Residenziali	**RSA Ridisegnate e Centri Multi Servizi**	Le nuove RSA saranno strutture più aperte e multifunzionali, con servizi flessibili e modulari, affiancate ad **"appartamenti protetti"**, focalizzati sul benessere, sulla socialità e sull'integrazione con la vita del quartiere.
Integrazione e Riforma	**"Long-Term Care" (LTC) come Infrastruttura Strategica**	Si mira a un **Sistema Nazionale Assistenza Anziani Non Autosufficienti** che garantisca un **percorso unico e integrato** tra prestazioni sanitarie e sociali. L'assistenza viene vista come un'infrastruttura fondamentale, al pari di quelle economiche.

Ambito	Soluzione / Prospettiva	Descrizione
Tecnologia	**Digitalizzazione e Intelligenza Artificiale (AI)**	Utilizzo di tecnologie per la **diagnosi precoce**, la **gestione delle cartelle cliniche digitali** e sistemi di monitoraggio della salute (wearable) per garantire maggiore sicurezza ed efficienza, anche a domicilio.
Risorse Umane	**Investimento su Formazione e Condizioni di Lavoro**	Sarà cruciale investire in **formazione mirata** e nella **valorizzazione del personale** (incentivi, supporto psicologico, miglioramento dell'ambiente di lavoro) per arginare la carenza e il *burnout*.

Prospettive per il 2035

Entro il 2035, il settore sarà caratterizzato da:

- **Maggiore Flessibilità:** Le risposte assistenziali saranno più articolate: più **servizi semi-residenziali** (centri diurni), **assistenza domiciliare** e **strutture di sollievo** a breve termine con utilizzo estensivo di nuove tecnologie.
- **Finanziamento Misto:** L'aumento della spesa richiederà un bilanciamento tra **spesa pubblica** (piena applicazione dei LEA e attuazione dei LEPS) e **finanziamento privato**, incentivando forme di assicurazione integrativa o *welfare aziendale* per le cure di lungo periodo.
- **Centralità della Persona:** Il focus passerà dall'erogazione di prestazioni standard alla **personalizzazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI)**, mettendo al centro la salute, la dignità e la vita relazionale dell'anziano.

- Sarà necessario individuare chiaramente i **malati anziani non autosufficienti come destinatari in via prioritaria delle risorse del SSN.**

In sintesi, il futuro vedrà l'integrazione delle **RSA, attualmente unica risposta del welfare pubblico alla non autosufficienza, in** un **sistema integrato e multilivello**, dove le strutture residenziali saranno solo una delle componenti di una rete molto più ampia che ruota attorno al paziente ed al suo domicilio.

Sono necessarie però scelte immediate per la formazione e selezione di personale professionale qualificato in grado di supportare quantitativamente e qualitativamente le necessità assistenziali di una popolazione anziana in vertiginoso aumento.

Umanizzazione delle cure è un moltiplicatore di Sicurezza delle Cure?

A cura di Lucia Federica Carpagnano Medico Chirurgo, Dirigente Medico della Direzione Sanitaria ASL BT – Responsabile Gestione dei Processi e Modelli Organizzativi; Docente a Contratto in Igiene e Organizzazione Sanitaria presso l'Università degli Studi di Verona, Padova e Foggia

La domanda vera è:

Come può l'Organizzazione Sanitaria assicurare Umanizzazione moltiplicando anche la Sicurezza?

Negli ultimi decenni il sistema sanitario ha compiuto enormi progressi tecnologici e scientifici. Tuttavia, accanto alla dimensione tecnica della cura, è emersa con forza la necessità di recuperare il valore umano dell'assistenza. Parlare di umanizzazione delle cure significa restituire centralità alla persona, ai suoi bisogni, alle sue emozioni e alla sua dignità. L'organizzazione sanitaria, per essere realmente efficace, deve quindi unire competenza professionale e sensibilità umana e quindi soft skills e technical skills.

L'Umanizzazione delle cure implica:

- una relazione empatica tra paziente e operatori sanitari, fondata su ascolto, rispetto e fiducia reciproca;
- la personalizzazione delle cure, che tiene conto delle specifiche esigenze di ogni individuo;

- la partecipazione attiva del paziente, che diventa protagonista delle decisioni terapeutiche;
- la tutela della dignità, della riservatezza e del diritto all'informazione.

L'umanizzazione, dunque, è il leitmotiv di una riorganizzazione sanitaria che non riguarda solo il rapporto con il paziente ma anche e soprattutto il comportamento dei singoli professionisti, e dunque deve tradursi in una scelta organizzativa e gestionale dell'intero sistema sanitario.

A sugellare tutto questo vi è la CSR 259/2012 che ha posto le basi in materia di Accreditamento Istituzionale e con la quale si è passati da un'organizzazione quantitativa a un'organizzazione qualitativa e ha introdotto i famosi 8 criteri e 28 requisiti essenziali per l'Accreditamento Istituzionale.

Di questi 8 criteri essenziali, l**'ottavo è l'Umanizzazione delle Cure.**

Ecco che le strutture sanitarie e, in particolare, le Direzioni Sanitarie devono promuovere:

- ambienti accoglienti, sicuri e confortevoli, che riducano l'ansia e il disagio del paziente;
- percorsi di cura integrati, in cui medici, infermieri, psicologi e assistenti sociali collaborano in modo coordinato;
- formazione continua del personale sulle competenze relazionali e comunicative;
- partecipazione dei cittadini, attraverso comitati, questionari di soddisfazione e iniziative di ascolto.

Il ruolo degli operatori sanitari è cruciale in questo senso

Perché possano offrire cure autenticamente umane, è necessario che essi stessi si sentano valorizzati e sostenuti. Ciò implica:

- un clima di lavoro sereno e collaborativo;
- la prevenzione del burnout e dello stress professionale;
- spazi di confronto e riflessione etica;
- politiche organizzative che riconoscano il valore umano e relazionale del loro operato.

In Italia e in molti altri Paesi sono stati avviati progetti specifici per promuovere l'umanizzazione delle cure. Tra questi si possono citare:

- le Linee guida AGENAS e i progetti regionali sull'umanizzazione degli ospedali;
- la Carta dei diritti del paziente;
- i programmi di formazione in comunicazione e relazione di cura;
- gli indicatori di umanizzazione, che valutano il grado di attenzione ai bisogni del paziente e la qualità degli ambienti sanitari;
- l'umanizzazione delle cure rappresenta, oggi, una sfida fondamentale per l'organizzazione sanitaria.

Essa richiede **un cambiamento culturale profondo**, in cui efficienza e competenza si uniscono alla sensibilità, al rispetto e alla compassione. Curare non significa solo guarire una malattia, ma prendersi cura della persona nella sua interezza, accompagnandola con professionalità e umanità.

Solo una sanità che mette al centro l'essere umano può definirsi davvero giusta, moderna e sostenibile.

Molteplici sono gli sforzi fatti sin ora anche in termini normativi per traghettare e guidare questo cambiamento ma tanta è la strada ancora da fare

Normativa recente sull'umanizzazione delle cure e l'organizzazione sanitaria:

Tabella di sintesi normativa (nazionale e regionale) Norma / Atto	Anno	Ambito	Sintesi principale.
Legge di Bilancio	2025	Nazionale	Centralità della persona nei LEA e sperimentazioni organizzative.
Decreti Ministero della Salute (LEA)	2024-2025	Nazionale	Criteri di umanizzazione e qualità assistenziale.
Linee guida AGENAS	2024	Nazionale	Indicatori e misurazione dell'umanizzazione.

Tabella di sintesi normativa (nazionale e regionale) Norma / Atto	Anno	Ambito	Sintesi principale.
DGR Piemonte n.208	2025	Regionale	Nuova figura per la gestione umanizzata degli ambienti.
Progetti Emilia-Romagna	2023-2025	Regionale	Percorsi di cura personalizzati e ambienti accoglienti.
Protocolli FIASO	2024-2025	Aziendale/Interregionale	Scambio di buone pratiche sull'umanizzazione.

Conclusioni

La normativa recente rafforza il principio di una sanità centrata sulla persona. Le aziende sanitarie sono chiamate ad attuare concretamente tali principi, integrando l'umanizzazione nelle politiche, nei percorsi clinici e nei modelli organizzativi.

Il futuro del sistema sanitario italiano passa da un equilibrio tra innovazione tecnologica e rispetto della dignità umana.

In tal senso Vi porto la mia esperienza in qualità di Dirigente Medico di Direzione Medica di Presidio e Sanitaria presso la ASL BT in Puglia ove ho un incarico specifico di Referente della Gestione dei Processi Clinico-Organizzativi e Modelli Organizzativi.

Abbiamo creato, tra i tanti modelli organizzativi, uno centrato sul paziente "Il Modello Organizzativo di rete oncologica ASL BT". Abbiamo messo al centro al paziente, con i suoi bisogni e la sua dignità, dando voce anche al pa-

ziente stesso con rilevazione PREMS e PROMS e garantendo la vera presa in carico multidisciplinare aziendale.

Il Modello è stato riconosciuto quale BEST PRACTICE AGENAS 2025, ha ricevuto una menzione d'onore al Congresso FORUM PA SANITÀ 2025 ed è stato selezionato e presentato dalla sottoscritta al Congresso Mondiale Ospedaliero di Ginevra 2025 tenutosi lo scorso 10-13 novembre 2025 in una sessione dedicata all'Organizzazione sanitaria e all'Umanizzazione delle cure dal titolo "**Dare potere ai pazienti e ai sistemi attraverso un'assistenza collaborativa e centrata sulla persona**".

Un tavolo di lavoro e un confronto mondiale sulla ricerca in ambito organizzativo con i risultati di un apprezzamento internazionale per il modello organizzativo creato sartorialmente su una realtà a misura di paziente.

Cosa sappiamo del FSE in Molise

A cura di Gennaro Panaciulli, Molise Dati

A seguire una **mini-scheda aggiornata (2025)** su cosa sappiamo del **FSE in Molise**, cosa funziona bene, cosa è in ritardo e quali leve servono per supportare i CDSS sul territorio.

Stato attuale del FSE in Molise

La Regione **Molise** sta già sperimentando **strumenti semplificati per l'aggiornamento automatico del PSS** tramite le cartelle cliniche informatizzate dei MMG/PLS: è questa la via giusta, perché un sistema "integrato e non aggiuntivo" riduce l'onere e migliora la qualità dei dati.

Documenti e tipologie disponibili

- Il Molise ha integrato **14 tipologie di documenti su 16** nel suo FSE regionale: circa l'**88%** di copertura documentale.
- I documenti includono: referti di laboratorio, referti radiologici, lettere di dimissione, prescrizioni, certificati vaccinali e altri già inseriti nel sistema.
- Il portale del FSE Molise mette a disposizione manuali e guide per l'utente, illustrando le funzionalità del sistema.

Accesso, consenso e oscuramento

- L'accesso al FSE in Molise richiede **SPID**, **CIE** o **CNS**.

- Il cittadino deve esprimere **consenso esplicito** per consentire che i documenti nel FSE siano consultabili da operatori per finalità di cura, prevenzione, ecc.
- Alcuni documenti sensibili (violenza sessuale, infezioni da HIV, uso di sostanze, IVG etc.) vengono **oscurati di default** e sono visibili solo al cittadino e al medico che li ha prodotti, a meno che non si richieda l'abilitazione per renderli consultabili da altri operatori.

Utilizzo e partecipazione

- Tra i medici, l'adozione è molto buona:
  - **100%** dei **medici di medicina generale (MMG)** e dei pediatri ha effettuato almeno un'operazione sul FSE nel periodo gennaio-maggio 2025.
  - Tutti gli specialisti dell'ASReM sono abilitati alla consultazione del FSE.
- L'adozione tra i cittadini è però molto modesta: solo il **3%** dei molisani ha dato il consenso alla consultazione dei documenti nel FSE.
- Anche l'utilizzo attivo è basso: circa il **3% ha usato il FSE nei 90 giorni** precedenti la rilevazione.
- Un dato su "servizi digitali disponibili" è del **24%** nella Regione Molise, ossia la percentuale di servizi che possono essere fruiti via FSE attualmente.

Il progetto e l'evoluzione tecnologica

- La Regione Molise ha avviato una **reingegnerizzazione del FSE per passare alle specifiche FSE 2.0**, con l'obiettivo di migliorare interoperabilità, accessibilità dei dati clinici e integrazione dei servizi.
- Roadshow istituzionale sul FSE ("Ecosistema dati sanitari" - Campobasso, **5 maggio 2025**), segnale di forte attenzione locale per promuovere il FSE 2.0.
- Nel periodo 2024–25, Molise figura tra le Regioni con **100%** di MMG/PLS che hanno effettuato almeno un accesso al FSE (dato "utilizzo" molto alto lato medici di famiglia).

- Molise è considerato una delle regioni "virtuose" nella digitalizzazione sanitaria: nel luglio 2025 è stato segnalato che in Molise sono disponibili 14 documenti su 16, con una performance superiore alla media nazionale.
- È in corso una campagna informativa e formativa con **ASReM e Cittadinanzattiva Molise** per aumentare la consapevolezza e l'adozione del FSE tra cittadini, assistenti familiari, tutori.

Punti di criticità / limiti attuali

- Nonostante la buona copertura documentale, **l'utilizzo da parte dei cittadini rimane molto basso** (3%) rispetto alla media nazionale (~42%).
- I servizi digitali (cioè le funzionalità attive oltre la semplice consultazione) raggiungono solo il **24%** delle possibilità potenziali: c'è molto spazio di miglioramento.
- Il sistema refertante delle strutture (pubbliche e private accreditate) deve essere integrato con il FSE: se non è integrato, il documento non appare nel fascicolo.
- La conservazione digitale e l'affidabilità dei dati (integrità, autenticità, leggibilità nel tempo) sono un problema che interessa tutta l'Italia; alcune strutture sanitarie non rispettano tutte le pratiche corrette. (Questo dato vale in generale, non solo per Molise).

Priorità per sviluppare i CDSS in Molise

Perché i sistemi di supporto decisionale clinico funzionino bene, il Molise dovrebbe:

- **Migliorare il coinvolgimento cittadino**
  - Campagne informative efficaci per far conoscere il FSE.
  - Incentivi per esprimere il consenso alla consultazione dei dati.
- **Espandere i servizi attivi**
  - Attivare funzionalità avanzate (alert clinici, reminder, taccuino personale, notifiche).
  - Assicurare che tutte le strutture pubbliche e private accreditate integrino i loro sistemi con il FSE.
- **Data Quality e standardizzazione**
  - Migrazione verso dati strutturati (HL7-FHIR, terminolo-

gie standard) per rendere il FSE "leggibile" da sistemi CDSS.
    - Audit sulla qualità dei dati.
- **Formazione e coinvolgimento operatori sanitari**
    - Assicurare che i medici, infermieri e altri operatori sappiano usare il FSE e i futuri CDSS nel loro flusso di lavoro.
    - Incentivi all'uso nei processi clinici reali.
- **Infrastruttura tecnologica e interoperabilità**
    - Connessione stabile e sicura alle infrastrutture INI.
    - Monitoraggio e audit degli accessi per sicurezza e tracciabilità.

Una sanità più coordinata non è solo mettere dati in un archivio, ma permettere che i dati vengano **usati attivamente** per decisioni migliori, tempestive e personalizzate.

In sintesi

Il vero successo del FSE 2.0 non dipenderà solo dall'infrastruttura, ma dalla **capacità di far convivere innovazione, organizzazione e umanità**.
Serve un equilibrio tra:

- **Tecnologia che abilita**,
- **Organizzazione che semplifica**,
- **Persone che partecipano**.

Il **PNRR** ha dato l'impulso economico, ma la **fase culturale e formativa** sarà quella decisiva per capire se la digitalizzazione sanitaria sarà una riforma vera o solo un aggiornamento informatico.

La prevenzione di precisione

A cura di Alberto Tozzi, Responsabile della Udr Medicina Predittiva e Preventiva, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù IRCCS di Roma

È noto che **l'intelligenza artificiale** rappresenta una preziosa risorsa per la predizione degli eventi, oltre che per la classificazione ed altre funzioni tipiche dell'IA generativa. La capacità di predire eventi futuri è un cardine delle attività di ricerca scientifica. Per la pediatria è importante sottolineare che questo vuol dire reimmaginare le strategie di prevenzione. Oggi abbiamo a disposizione una tecnologia sufficiente per rappresentare con dati eterogenei tutto il percorso dei primi 1000 giorni di vita e predire le traiettorie di patologia in età adulta. **La prevenzione di precisione sarà un obiettivo tanto ambizioso quanto sfidante** che richiederà un importante investimento in termini di ricerca scientifica.

L**'AI a supporto della ricerca scientifica in pediatria** potrebbe inoltre giocare un ruolo determinante per migliorare l'efficienza di numerose operazioni di questo settore. Questi strumenti tecnologici consentono di rendere più veloci alcuni processi che nelle attività di ricerca sono estremamente dispendiosi in termini di tempo.

L'ulteriore interpretazione che vorremmo dare di questa risorsa tecnologica è quella di uno **strumento che aiuti a esercitare il pensiero critico e la**

creatività scientifica. Si tratta di un obiettivo che in questa fase storica sembra difficile da raggiungere per l'emergenza di rischi opposti: la possibile automazione del giudizio del ricercatore e l'appiattimento di soluzioni originali.

Una recente indagine condotta dalla Società Italiana per la Ricerca Pediatrica documenta la **forte esigenza dei pediatri italiani in tema di formazione per l'intelligenza artificiale** come strumento per la ricerca scientifica. Perché le migliori ambizioni si realizzino, è essenziale avviare laboratori federati di ricerca AI per la pediatria che sviluppino soluzioni da condividere per verificarne l'efficacia e la sicurezza nell'ambito delle cure e della prevenzione.

L'impatto della Medicina di Complessità nella Ricerca in Pediatria

A cura di Francesco Chiarelli Clinica Pediatrica, Università di Chieti

La Medicina di Precisione (o di Complessità) in Pediatria valorizza l'unicità biologica di ogni bambino, integrando genomica, biologia dei sistemi e biomarcatori per terapie mirate come, ad esempio, gli anticorpi monoclonali, la terapia enzimatica e la terapia genica, migliorando prognosi e qualità di vita delle malattie dei bambini.

Essa è frutto di decenni di attività di ricerca che ha permesso di comprendere i complessi e peculiari meccanismi biologici che sono alla base della fisiologia e della patologia degli esseri viventi, inclusi i mammiferi e gli esseri umani.

I grandi progressi scientifici che si sono ottenuti negli ultimi anni hanno consentito la terapia ed in alcuni casi la cura risolutiva e definitiva di malattie **prima considerate incurabili ed inguaribili** (basta pensare alla Oncologia Pediatrica ed alle Malattie Genetiche dei bambini).

Per fare in modo che l'Italia abbia un ruolo meno irrilevante nella evoluzione delle conoscenze occorre investire di più nella Ricerca Scientifica – il nostro Paese investe solo l'1,4% del Prodotto Interno Lordo (PIL) in Ricerca e Sviluppo, circa 1/3 di quanto investono altri Paesi con caratteristiche simili all'Italia. Questa visionaria miopia degli ultimi decenni ha determinato il fatto

che il nostro Paese abbia un ruolo poco o punto rilevante nelle grandi scoperte nel settore della Medicina, della Biologia, della Chimica e della Tecnologia Avanzata. Purtuttavia, numerosi gruppi di ricerca in Italia conservano grande **dignità scientifica** ed alcuni addirittura eccellenza e grande impatto a livello internazionale, a dispetto delle limitate risorse finanziarie disponibili.

È pertanto auspicabile che nei prossimi anni e nei prossimi lustri il nostro Paese possa avere un ruolo sempre più importante e dare un rilevante contributo alle conoscenze scientifiche nello strategico settore della Medicina di Precisione e di Complessità.

L'importanza dei network internazionali nella ricerca pediatrica

A cura di Marco Gattorno, Direttore Unità Reumatologia e Malattie Autoinfiammatorie IRCCS Ospedale Pediatrico Giannina Gaslini, Genova

I network internazionali sono fondamentali per il progresso della ricerca pediatrica, poiché favoriscono la collaborazione, l'uniformità nella raccolta dei dati e l'avanzamento delle conoscenze scientifiche. Nelle malattie rare, la creazione di ampie coorti multicentriche è essenziale per ottenere risultati affidabili. **Un esempio virtuoso è costituito da quanto fatto dalla reumatologia pediatrica italiana con la passata esperienza di PRINTO** e più recentemente con la nuova rete PReSTaR che, in stretta collaborazione con la società scientifica europea di riferimento (PRES), collega centri europei ed extra-europei per trial clinici, criteri classificativi e strategie terapeutiche innovative. Grazie a queste reti, le diverse sotto-specialità possono **passare da esperienze isolate ad una ricerca globale**, basata su evidenze e orientata al miglioramento della cura dei bambini.

Le nuove frontiere della ricerca: oltre la medicina degli adulti

A cura di Giuseppe Novelli, Head of the Human Genetics Research Unit at the Tor Vergata University of Rome and President of Lorenzini Foundation, Milan

Posizioni condivise e consenso

Finanziamento Pubblico e Privato: La ricerca pediatrica non è attraente per il mercato. Quali modelli di Public-Private Partnership possono funzionare? Quale ruolo per i fondi filantropici e il "venture capital" a impatto sociale?

Il Ritorno sull'Investimento (ROI): Come quantificare il valore di un bambino che guarisce e avrà una vita lunga e produttiva? È solo una questione economica o anche di capitale umano e sociale?

Formare i Ricercatori di Domani: Come attrarre i giovani talenti verso la ricerca pediatrica, spesso considerata una nicchia complessa e poco remunerativa? Creare percorsi di carriera dedicati.

Criticità emerse e divergenze

L'Unione Europea, nel suo insieme, investe in ricerca pediatrica meno di un quinto rispetto al solo NIH. Questo gap strutturale è una delle ragioni fondamentali per cui gli Stati Uniti mantengono una leadership così netta nell'innovazione farmacologica globale, incluso in campo pediatrico.

Conclusioni e proposte di miglioramento

Investire nella ricerca pediatrica non è una spesa, ma il più saggio degli investimenti. Significa costruire un futuro con adulti più sani, una società più produttiva e un sistema sanitario più sostenibile. La qualità della vita dei più piccoli di oggi è il termometro della salute della nostra società di domani.

Luci e ombre dell'etica della ricerca biomedica

A cura di Carlo Maria Petrini, *Direttore dell'Unità di Bioetica, Istituto Superiore di Sanità (ISS) Presidente del Centro di Coordinamento Nazionale dei Comitati Etici Presidente del Comitato Etico Nazionale Enti Pubblici di Ricerca (EPR)*

Vi è **un patrimonio di valori** che l'etica della ricerca biomedica ha riconosciuto e consolidato nel tempo. Esso ha contribuito al progresso della ricerca, proteggendo i partecipanti da violazioni dei loro diritti.

Tale patrimonio è un punto di riferimento anche per le nuove frontiere della ricerca, come attesta, per esempio, la nuova versione della Dichiarazione di Helsinki che la World Medical Association, riunita a Helsinki dal 14 al 19 ottobre 2024, ha adottato sessant'anni dopo l'adozione della prima versione.

Un principio fondamentale, stabilito in tutti i maggiori documenti sull'etica della ricerca biomedica è il primato, salvo casi particolari, dell'interesse del partecipante sugli interessi della collettività. Nella versione corrente della Dichiarazione di Helsinki ciò è stabilito nell'art. 7: "Lo scopo principale della ricerca medica che coinvolge partecipanti umani è generare conoscenza per comprendere le cause, lo sviluppo e gli effetti delle malattie; migliorare gli interventi preventivi, diagnostici e terapeutici; e, in ultima analisi, migliorare la salute individuale e pubblica. Questi scopi non possono mai prevalere sui di-

ritti e sugli interessi dei singoli partecipanti alla ricerca". È necessario anche considerare che il primo requisito di eticità è la scientificità: il valore e la validità sono requisiti indispensabili in ogni ricerca. Essi devono essere accompagnati da **altri criteri imprescindibili:** l'equa selezione dei partecipanti, l'adeguata valutazione del bilanciamento tra rischi e benefici, la revisione indipendente, l'informazione e il consenso, il rispetto dei partecipanti.

Occorre anche considerare che l'etica non è un generico orientamento a "buoni sentimenti", ma è una disciplina, con i suoi metodi, i suoi criteri, il suo bagaglio di conoscenze.

A questo proposito è opportuno evidenziare che i Comitati Etici (CE) svolgono un ruolo cruciale per promuovere l'etica della ricerca. In genere i CE non godono di buona fama: sono visti come ostacolo alla ricerca. In realtà, a venticinque anni dalla prima istituzione, oggi i CE rispondono a normative che impongono alti standard di qualità ed efficienza. Peraltro, nell'assetto regolatorio attuale, non è fondata l'affermazione che i CE causino ritardo nella valutazione di sperimentazioni cliniche su medicinali: l'assenza di parere del CE entro i termini stabiliti (45 giorni, estensibili a 95 in casi specifici) equivale ad approvazione e la sperimentazione può essere avviata.

Occorre, quindi, promuovere cultura della ricerca e cultura dell'etica della ricerca, anche tra i cittadini.

Esiste un modello di etica della ricerca, in particolare per quanto riguarda la gestione dei dati?

Esistono numerosi autorevoli documenti di soft law che costituiscono riferimenti imprescindibili per l'etica della ricerca.

Un'adeguata protezione dei dati personali è un imperativo. Tuttavia, occorre anche che le norme impongano vincoli ingiustificati nell'utilizzo di dati a scopo di ricerca.

Spesso, specialmente nel caso delle malattie rare, sono **gli stessi pazienti che vorrebbero maggiore circolazione dei dati**. Significativa in tale senso è, per esempio, la "Dublin Declaration", adottata da Childhood Cancer

International l'8 ottobre 2016: "Chiediamo la completa divulgazione e condivisione della nostra storia clinica e dei potenziali rischi per la nostra salute attuale e futura".

Il regolamento (UE) 2014 n. 536 (Clinical Trials Regulation, CTR) e il regolamento (UE) 2016 n. 679 (General Data Protection Regulation, GDPR) sono stati redatti separatamente, senza confronto. Ciò ha causato alcuni scollamenti tra le due normative.

Inoltre, fin dalla direttiva 95/46/CE sul trattamento dei dati personali, le norme europee fanno riferimento alla "protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati", mentre già dalla legge 675/1996 le norme italiane fanno riferimento solo a "tutela delle persone riguardo al trattamento dei dati personali".

Occorre riconoscere che si sta procedendo verso miglioramenti. Per esempio: è stato aggiornato l'art. 110 bis del decreto legislativo 101/2018, che contiene "disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679"; è attivo presso il Garante per la Protezione dei Dati Personali un Tavolo per Regole deontologiche per trattamenti a fini statistici o di ricerca; sono state adottate significative innovazioni con il regolamento (UE) 2023/2854 "riguardante norme armonizzate sull'accesso equo ai dati e sul loro utilizzo".

Per le sperimentazioni cliniche su medicinali, è importante che **in Italia si evitino ritardi nell'avvio** a causa di vincoli posti dai Responsabili per la Protezione dei Dati dopo che il CE Territoriale (CET) ha espresso valutazione favorevole alla sperimentazione stessa. Infatti, ai sensi Regolamento (UE) 2014 n. 536 (art. 7, c., lett. d) il CE deve valutare la conformità a norme sul trattamento dei dati e ai sensi del decreto del Ministro della Salute 20 gennaio 2023 "Definizione dei criteri per la composizione e il funzionamento dei comitati etici territoriali" (art. 3, c. 4, lett. g) almeno uno dei componenti deve essere "un esperto in materia giuridica". Pertanto, dopo l'approvazione dal CET, non dovrebbero intervenire ulteriori vincoli.

In tale prospettiva, **potrebbe essere opportuno inserire il Responsabile per la Protezione dei Dati tra i componenti del CET.** Al Ta-

volo di Lavoro in Materia di Ricerca Clinica (Ministero della Salute) si sta lavorando sulla materia.

Il 6 aprile 2023 in Centro di Coordinamento Nazionale dei Comitati Etici (CCNCE) è stato adottato il documento "Criticità etiche e normative nel trattamento dei dati sanitari personali nella ricerca osservazionale". Le raccomandazioni espresse dal CCNCE offrono alcune indicazioni che possono essere operativamente utili. Il CCNCE raccomanda in particolare:

- il superamento della logica del consenso, utilizzando anche altre basi giuridiche per il trattamento dei dati, quali, ad esempio, l'"interesse pubblico" e il "legittimo interesse";
- il rigore e la chiarezza nel protocollo;
- l'impegno pubblico di partecipazione nella governance dei dati;
- la liberalizzazione dell'uso dei dati sanitari e di ricerca;
- la standardizzazione;
- l'attuazione del principio di "accountability".

Una particolare attenzione deve essere prestata anche alla **gestione dei conflitti di interessi.**

La ricerca si sviluppa tramite collaborazioni: la coesistenza di molteplici interessi è frequente.

Essa diventa un inaccettabile conflitto quando il giudizio professionale riguardante un interesse primario (la salute di un paziente, la validità di uno studio o di un prodotto, la veridicità dei risultati di una ricerca, etc.) è influenzata da un interesse secondario (il guadagno economico, il vantaggio personale, etc.).

Una gestione trasparente e libera da pregiudizi dei conflitti di interesse è necessaria per non limitare le potenzialità scientifiche e sociali della ricerca sanitaria.

In generale, si possono proporre **alcuni criteri di etica per fronteggiare i conflitti di interessi**:

- integrità. Si devono evitare situazioni (finanziarie o di altro tipo) che influenzino il rigore e l'onestà nei propri doveri;
- altruismo. Si deve agire per il bene dei pazienti e per il bene pubblico, e non per guadagno o beneficio personale, o dei propri familiari o di amici;
- responsabilità. Occorre essere responsabili per le proprie decisioni e azioni e non sottrarsi a verifiche o indagini quando appropriate;

- trasparenza. È indispensabile trasparenza nelle ricerche, nelle azioni, nelle decisioni;
- onestà. I conflitti di interessi devono essere non solo dichiarati, ma anche affrontati e risolti.

Questo libro rappresenta lo strumento di sintesi che dà forza e continuità alle soluzioni emerse in più di 150 ore di confronti tra oltre 600 relatori in presenza nei 70 tavoli di Welfair, fiera del fare Sanità che si è tenuta dal 4 al 7 novembre 2025 a Fiera di Roma.

ISBN 978-88-6004-831-8