

# Dalle criticità ai nuovi percorsi di cura per superarle

## *Le Reti cliniche integrate e strutturate*

*Un nuovo modello organizzativo per l'attuazione efficace del P.N.R.R. e per l'equità delle cure*

**Novembre 2025**

**Enrico Desideri**  
**Esperto del Ministro**  
*in programmazione,  
organizzazione e gestione  
delle Aziende e dei servizi  
sanitari*

## *What's been going on ?*

### **Criticità strutturali (ancor più evidenziate nel corso della pandemia)**

- Complessità
  - Potenzialità
  - Sostenibilità
- **NB! Nel confronto con altri Sistemi sanitari occidentali europei (per 75°anno del NHS studio Commissione esperti BMJ,2023), il SSN italiano vanta un'aspettativa di vita alta (3° al mondo e un tasso di mortalità evitabile molto inferiore alla media OCSE)**

## Complessità ISTAT 2025

- **Aging** : 24% pop. >65aa, Aspettativa di vita : +11aa vs 1978 , ...ma non in buona salute..

( COVID: - 14 mesi la speranza di vita 2020 vs 2019: +101.000 decessi > + 13% !)

- ➡ ○ **Fragilità**:, su 6.9 milioni di over 75, 3.8 milioni NON AUTOSUFF. , tra questi 1.2 milioni vivono soli! **De-natalità**: (solo) **370.000** neonati/y nel 2024 ( ricorso a **PMA nel 2.5%**), 1.14 figli/ donna italiana - 1.9 figli/ donna straniera ( il 21% parti da madre non italiana).. nel 2010 furono **577.000** e nel **1965: 990.500** !! («inverno demografico») POPOLAZ. RESIDENTE: 58.930 -

- **23.550 centenari !!! (83% donne)**

➡ **Tsunami cronicità**: 8.5 milioni cittadini > 3 malattie croniche - 8 milioni di Non Autosufficienti 4.1 milioni di Disabili ( ISTAT, 2017). **OMS**: **costi assorbiti dalla CRONICITA'** sono **84 % spesa sanitaria (+ sociale) +** ➡ **in Italia 2 milioni di malati RARI ! 7.000 le patologie ..** Per la COMUNITA' EU ( *Aging working group*, 2016): **la sostenibilita'** passa attraverso la **riduzione della OSPEDALIZZAZIONE** e incremento performance Sistemi per Assistenza Primaria e **non** attraverso **TAGLI sul personale, sulla innovazione farmacologica e dei Dispositivi medici «FROM VOLUME TO VALUE»**

## **Corretto rapporto fra pensiero strategico ed azione «non c'è LOGOS, senza MYTOS .. e ETHOS» (Aristotele 380 a.c.)**

- Riflettiamo e ci confrontiamo poco sui temi **strategici**, ma «**straparlamo**» di criticità del SSN
- Tutti si sentono scienziati ( **viviamo un'epoca di pregiudizi**, anche **scientifici** : .. no vax ..)
- Deriva antiscientifica ad es.americana: azzerati finanziamenti per studi mRNA – cancro, licenziata Direttrice del Center for disease Control (CDC) (... vaccini ...)

Ci occupiamo poco delle persone con le malattie e delle loro condizioni sociali (*patient centred care*)

➡ Occorre un ripensamento sul modello organizzativo in sanità come ben delineato in letteratura (*from what to do to how to do* – Karl Popper)



# **EQUITA': disuguaglianze e rischio di esclusione socio-sanitaria**

Fra le **autorevoli fonti** che hanno approfondito il tema:

- G7 Salute, maggio 2019, Parigi : potenziamento cure primarie
- **Atlante 2018 –INMP-ISTAT**
- Osserva salute ( Univ. Cattolica ,2018 )
- Studio PASSI –ISS. 2018. Masocco
- ISPRO Toscana
- OMS , su allarme inquinamento e residenza
- AGENDA 2030: «*ONE HEALTH*» per tutti, lotta alle disuguaglianze
- CNEL 30.3.2021: relazione al Parlamento su impatto COVID
- PAPA FRANCESCO -2020: su protezione dei più deboli, bene comune
- ASSOCIAZIONE ITALIANA STUDI DI POPOLAZIONE (il Mulino,2021)
- **CNEL Relaz.2025 su DISUGUAGLIANZE geografiche e sociali**
- **Piano OMS 2026 –'30 «adottato» da 53 Paesi EU: prevenzione+ equità**

## DISUGUAGLIANZE: Evidenze scientifiche

### Mortality inequalities by education level

maggior frazione mortalità attribuibile- SMR (*standard mortality ratio*)- per tutte le cause : +15-25 % uomini, +10-15% donne

- per le **mal C.V e i tumori di stomaco, fegato, polmone** : + 25 % (NB! nel 2023 : 395.000 nuove diagnosi T. Polmone!!)

Popolazione che vive nelle **aree interne** «*hard-to-reach*»

Spesso cause **occupazionali, ambientali, socio-economiche** si intersecano : +20% malattie croniche, a parità di livello di educazione, in chi vive in **aree inquinate** o è esposto a **noxae lavorative** (Pm10 Pm2.5, O3, NO2, SO2, metalli) [Epidemiologia e Prevenzione 2019]

- Commissione EU : *programma for health equity*:
- Il fenomeno è presente in tutta Europa: UK, Svezia, Finlandia, Danimarca, Italia
- Osservata associazione fra Parkinson e esposizione a biossido di azoto (Jama, 2021)
- PNE 2021, DISUGUAGLIANZE D GENERE E CITTADINANZA, titolo di studio
- TUMORI PROFESSIONALI: **8.000 nuovi casi/ anno in Italia** (IARC, 2023)

Obesità e **stili di vita** per livello di istruzione

- Obesità in Italia : 6% nella pop. con buona istruzione e 14% pop. con basso livello istruzione (in Italia, con 10 % popolazione obesa, siamo sotto alla media EU..in Europa l'uomo grasso è UK )
- Fumo, alcool, sovrappeso (35%), sedentarietà per basse classi sociali e health literacy
- diabete, depressione , adesione agli screening in relazione allo stato socio-economico

## Disuguaglianze di accesso e aree interne

- 13 milioni di italiani (circa **22% pop.**) vivono in 4.220 comuni (il 45% tot comuni – il **60% superficie** Italia)
- «divario di cittadinanza» (T. Frittelli):
  - ➔ + **tempi soccorso** e minore connessione telematica
  - ➔ carente accesso alla assistenza (anche psicologica-psichiatrica)



**ASPETTATIVA DI VITA RIDOTTA ( - 4/5 anni, Atlante ISTAT 2018)**

## Inverse care

# «Chi ha maggior bisogno, riceve meno» anche durante la pandemia da COVID-19

### ■ Principali richiami bibliografici:

- PHM e Expanded Ch.C.M. (Berwick, 2008 - Kaiser Permanent, 2000)
- «The inverse care law re-examined: a global perspective» Cookson R, Lancet 2021
- «An inverse care law for our time» Marmot Michael, Lancet 2018
- «2° rapporto su disuguaglianze sociali in sanità», Franco Angeli 2014
- Bambra C. «**The COVID pandemic and health inequalities**» J.Epidemiol. Community Health 2020
- **nel mondo la differenza in aspettativa di vita fra paesi ricchi e poveri è di 16 aa !**

(Assemblea mondiale sanità 2021-OMS)

- **APARTHEID VACCINALE** (Lancet 2021 – BMJ 2021): solo il **7% delle popolazioni povere** ha avuto la vaccinazione (vs il **75%** popolaz.ad alto reddito..)  
Nonostante rischio varianti e la proposta sia venuta anche da Biden, Ursula Von der Leyen, Draghi, non attuata ancora sospensione brevetto

...Don Milani, Firenze, scuola Barbiana 1954 -'67: «**chi meno sa, meno ha**»

**OCCORRE RIPENSARE A FONDO IL NOSTRO SSN non solo razionalizzarlo !**

 **leadership trasformativa**



# UN MODELLO NATO PER RIDURRE **LE DISUGUAGLIANZE DI SALUTE**

INNOVAZIONE ORGANIZZATIVA richiamata dal **PNRR** e prima dal PNC per la **SANITA' DEL FUTURO**  
**DAL**  
**POPULATION HEALTH MANAGEMENT- expanded CH.C.MODEL – sanità**  
**d'iniziativa - alle**

## **RETI CLINICHE INTEGRATE E STRUTTURATE**

un modello per la **sostenibilità** e l'**equità**

**Prevenzione**

**Prossimità**

**Proattività**

**Personalizzazione**

**Partecipazione**

# Per ogni **Zona Distretto** RETI CLINICHE INTEGRATE E STRUTTURATE

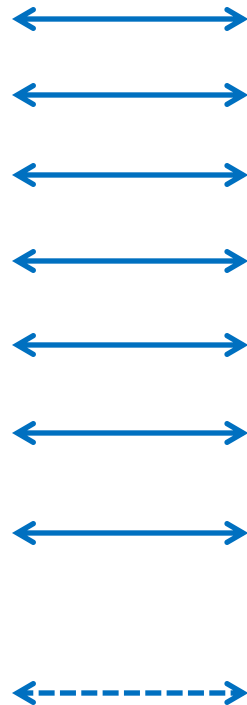
## HOSPITAL

- neurologia (ictus, SM, demenze, parkinson)
- cardiologia (scompenso)
- diabete
- patologie respiratorie (BPCO, asma)
- oncologia
- insufficienza renale
- malattie autoimmuni (psoriasi, artrite reumatoide)

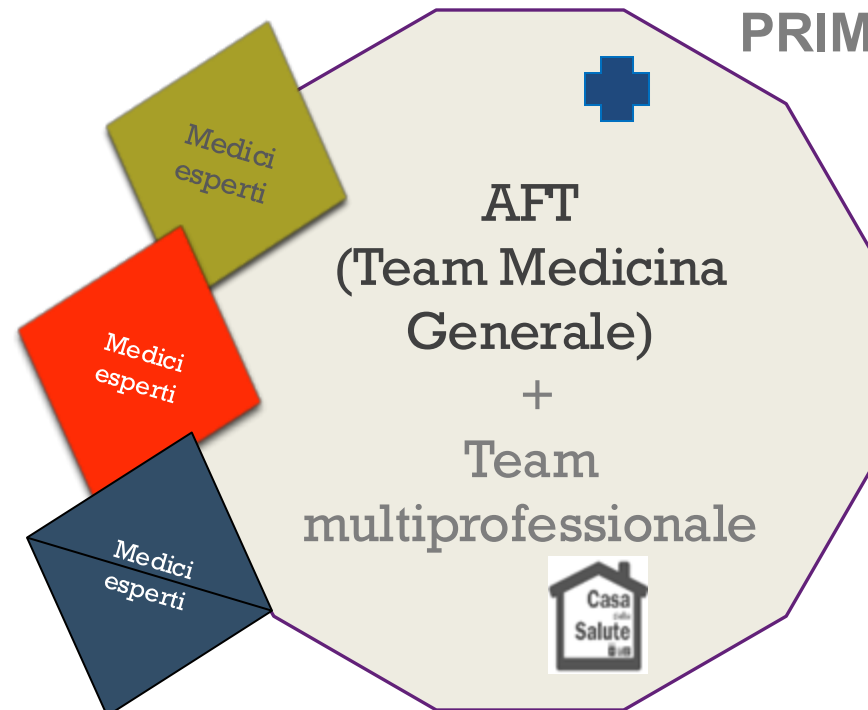
## TERRITORIO

- cure palliative, dolore cronico,
- salute mentale, dipendenze

medici internisti/geriatri

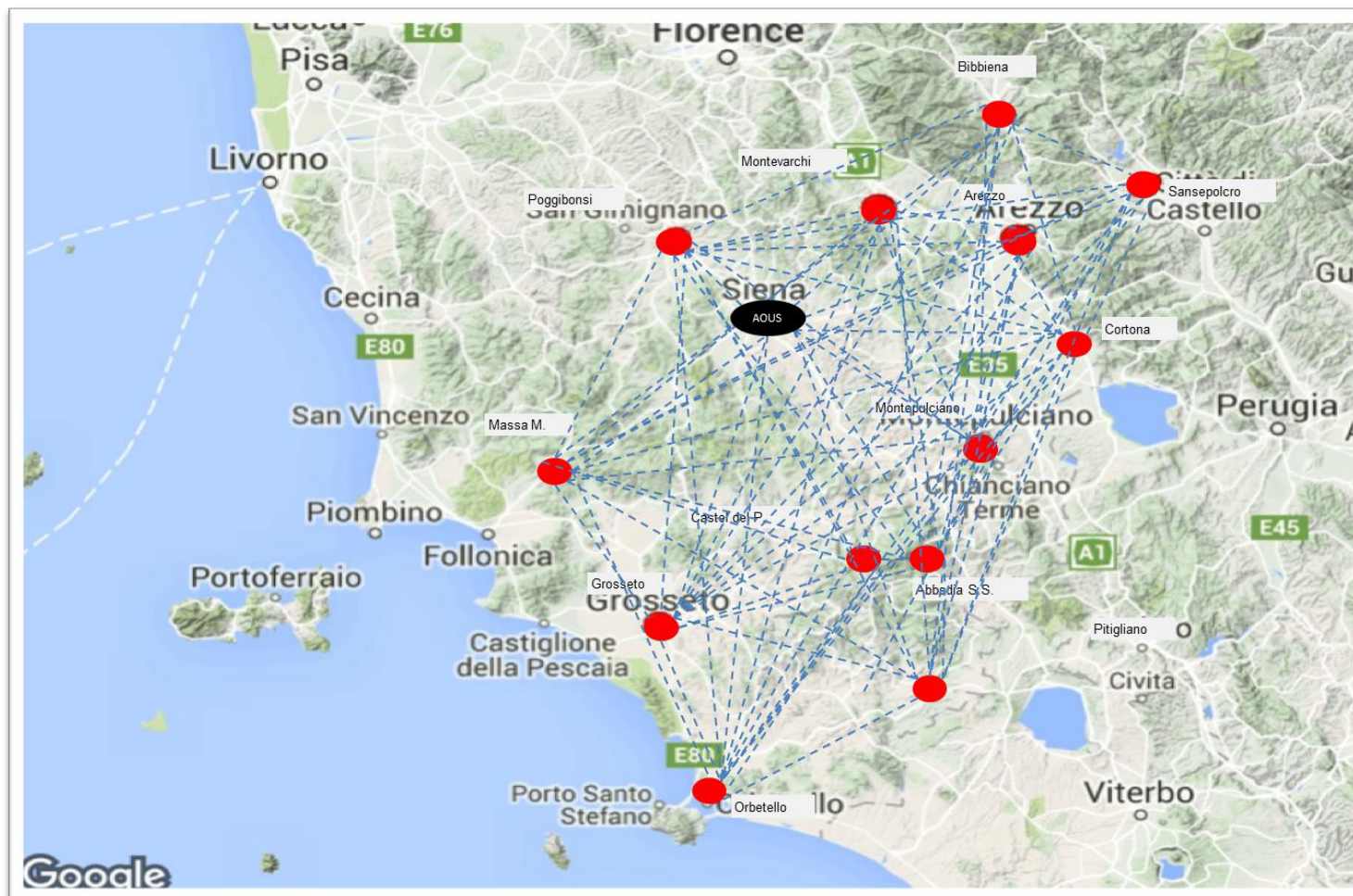


**CURE PRIMARIE**



**Nuovo ruolo professionale delle farmacie**

## LA RETE OSPEDALIERA COMPLANARE E INTEGRATA (es. in una “ampia” ASL Toscana)





## **CARDINI: dalle reti “spontanee” alle reti “strutturate” per l’equità e il superamento dei «silos» AUTOREFERENZIALI**

RETE ORIZZONTALE TRA GLI OSPEDALI e tra i PROFESSIONISTI che:

▶ supera i confini amministrativi (distretto/provincia), RENDE SICURO il modello hub e spoke ad integrazione degli ospedali di prossimità, in primis attraverso la **telemedicina (teleconsulto)**, interconnette le competenze per lo sviluppo professionale.

- supporta la distribuzione delle specialità, pur garantendo la **concentrazione per alcuni interventi (volume-esiti)**
- rende possibile il **raccordo “di sistema”** per la qualità clinica e la sicurezza (art 1 L.24/2017), per la ricerca anche traslazionale (ad es. valutazione esiti) e la didattica
- **PREREQUISITO: Reti tempo-dipendenti e infrastrutture dell’emergenza urgenza**
  - ▶ **Un ospedale di riferimento per ogni Distretto**



**Forum Risk Management**

obiettivo sanità salute

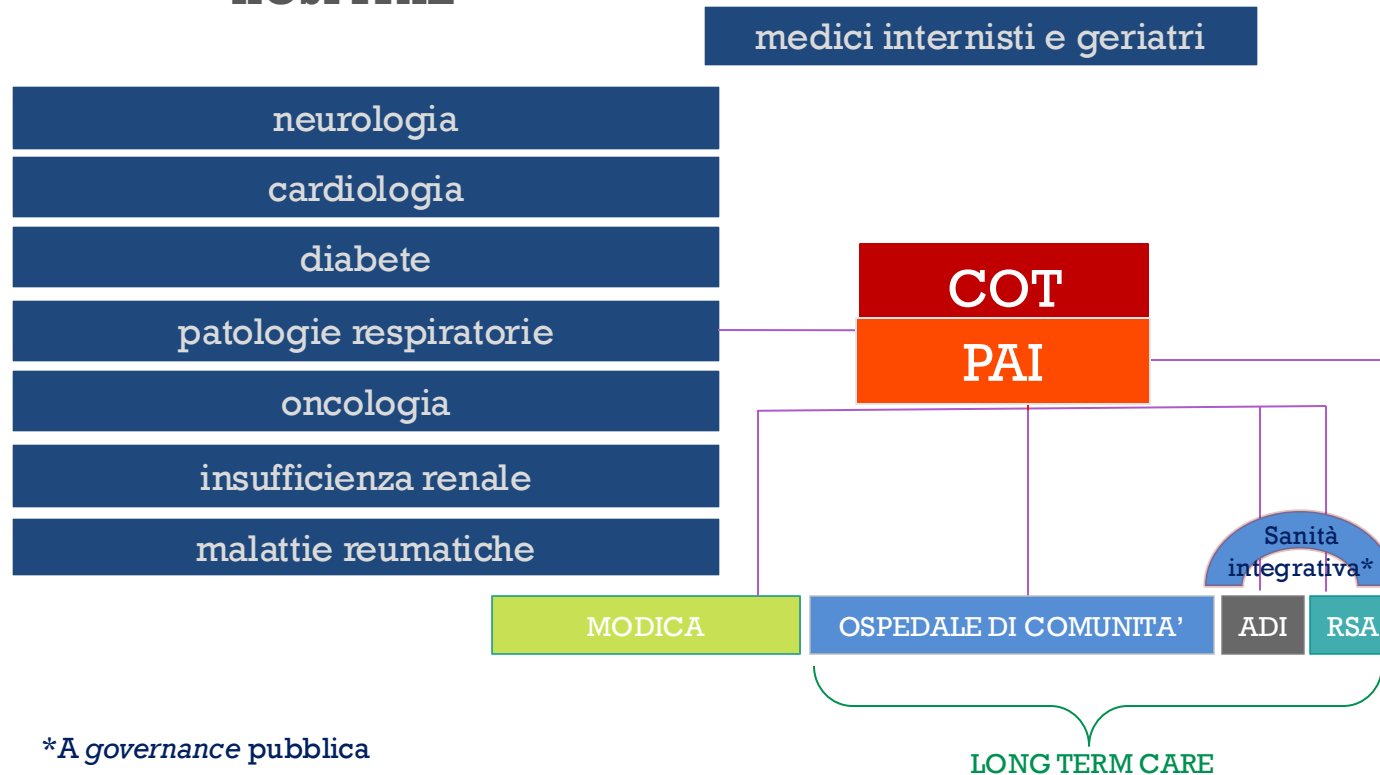
**25-28 NOVEMBRE 2025**  
**AREZZO FIERE E CONGRESSI**

**20**  
Years  
2006-2025

# INTEGRAZIONE OSPEDALE → TERRITORIO

(apice della piramide)

## HOSPITAL



\*A governance pubblica

## TERRITORIO

farmacie di  
comunità

farmacie di  
comunità

## «Reinventing Primary care» (health affairs-2010)

- **Potenziare** la **rete multi-professionale** delle **cure primarie**:
- **-medico di medicina generale: «garante» e «sentinella»** della salute del cittadino
- collaboratori studio: prenotazione e tempi di attesa per CLASSE-PRIORITA'
- **infermiere territoriale –assistente sociale - psicologo: ruoli essenziali**
- **proiezione specialistica** (ANCHE in teleconsulto)
- **farmacista di comunità ( DdL «semplificazioni» ottobre '25 : nuovi servizi) + ostetrica – fisioterapista ...**

NB: i PRINCIPI furono definiti dall'**OMS** (conferenza di **ALMA ATA**, 1978) !!

➡ in Italia – **solo**- 68 MMG/100K ab ( - 8.000 in 10 anni) e –solo- 6,8 infermieri/ 1000 ab. Per il 2027 previsto che 1 milione di cittadini restino senza MMG  
(- 37.000 medici . Invecchiamento categoria)

**. Risorse ?**

derivano dalla riduzione accessi al PS e ricoveri evitabili

es.: scompenso cardiaco– IMA – ICTUS (complicanze diabete, ipertensione, dislipidemie ...) – TSO

➡ **Indagine conoscitiva XII Commissione senato 2021: per la **non aderenza** +1.200.000 ricoveri (3.7 MLD) !!**

Le **malattie cardio-cerebro vascolari** in Italia responsabili (2022) del **30,9 % decessi** !!

# **PNRR - EFFICACE ASSUNZIONE IN CURA DEI MALATI CRONICI EQUITA': 10 AZIONI per la riqualificazione della spesa e la sostenibilità**

## **dal «COSA» al «COME»**

---



## Dal PDTA al PAI per superare le barriere d'accesso nei pazienti fragili

- Ogni distretto deve disporre di Punti Unici di Accesso (**PUA**) e di Unità di Valutazione dei bisogni specifici di ogni malato complesso (**UVM**) in grado di effettuare un'analisi complessiva e specifica dei bisogni, grazie anche all'integrazione dei servizi sociali svolti - in **equipe unica** - dal servizio della Asl e dei comuni dello stesso ambito sociale e con il **Terzo Settore** (L.328/2000 + Codice ETS+ DLgs 117/'17).
- Tenendo conto delle specificità dei malati, specie dell'**apice della Piramide**, in relazione a:
  - Poli-patologia
  - Area di residenza- abitazione
  - Stato socio-culturale - età - genere
  - Condizioni psicologiche, linguistiche, presenza o meno di un *care giver*

## Stratificazione del Rischio (DM77)

- Attraverso i Flussi sanitari: indicatori clinico/diagnostici (ricoveri + PS + es. specialistici + ADI + farmaci ....) – adottando appositi algoritmi - è possibile individuare la sotto-popolazione a maggior rischio di ospedalizzazione, che necessita di una attenzione specifica:
  - in media: dal 2.7% al 3% della popolazione ha un rischio di ospedalizzazione > 90-95 % entro un anno !!

## Supporto della **TELEMEDICINA** per facilitare il raccordo fra i professionisti

- **Teleconsulto** fra medico di Famiglia o fra internista di un ospedale di prossimità con lo specialista di riferimento (TUTOR) ➡ tempestivo raccordo (*early referral*) ad es. per il follow up di paziente affetto da malattia oncologica, nefrologica o malattia reumatologica, ovvero neurologica o cardiologica.
- **Telemonitoraggio** - anche a domicilio - dei pazienti fragili (es scompenso cardiaco) o con malattia metabolica, grazie ai nuovi *trends* di usabilità dei D.M.
- **Televisita** specialistica, tele-riabilitazione ...

## «Nulla si migliora se non viene misurato»

(Deming : Plan-Do-Check-Act)

- La **misura degli indicatori** di ESITO-EQUITA', APPROPRIATEZZA-COSTING e il loro follow up permette una valutazione (in genere mensile e in ogni DISTRETTO) dell'andamento degli **obiettivi prefissati** di salute: se analisi congiunta (consensus conference, audit..), possono aumentare la consapevolezza-condivisione attiva dei professionisti (*audit & feed back*) e la **partecipazione** anche di coloro che rappresentano la Comunità (3° settore- Cittadinanza Attiva – Associazioni di tutela)
- Il **governo dei dati** in particolare aiuta la *comunità di pratica* (almeno i clinici che seguono il malato – MMG +SPECIALISTA TUTOR - nominativamente indicati e con il suo consenso), ad assicurare una assunzione in cura sicura facendo percepire al malato di trovarsi al centro del percorso, evitando il «**rimpallo**» da uno specialista all'altro e da un esame strumentale all'altro ..e così permettendo anche la misura dell'ADERENZA con l'aiuto delle farmacie di comunità (indicatore: **PDC** *propotion of days not covered*).



4.2

## a tal fine occorre attivare:

- **Piattaforma informatica** (*Clinical data center*) e **Unità** di personale **dedicato** e specializzato -in *data governance* e *data analytics* - per garantire l'integrazione sicura dei dati ospedalieri e territoriali;
- **COT** (Centrale Operativa Territoriale), bacino ca 100.000 ab, attraverso una puntuale analisi dei dati sanitari e sociali:
  - 1) coordina il raccordo fra Ospedale e Territorio – specie in fase di dimissione,
  - 2) rende disponibili i dati sanitari all'interno della «comunità di pratica»,
  - 3) assicura i servizi assistenziali territoriali, specie a domicilio.
- **PROMS** (PATIENT REPORTED OUTCOME MEASURES) per la valutazione della qualità percepita
- **RICERCA** (traslazionale e biomedica)-analisi dati+ **FORMAZIONE** in collegamento con la programmazione aziendale e regionale, anche nella prospettiva della riforma degli IRCCS.
- **HTA-HABC** per una corretta valutazione dell'innovazione tecnologica e organizzativa

## Multi-professionalità (micro-team):

alcune sottolineature

- Ruolo dell'INFERMIERE : figura centrale sul territorio, con una formazione orientata alle cure essenziali del malato, ad es, a domicilio, anche con supporto di tecnologie (tele-monitoraggio)
- Servizi sociali integrati (ASL- Comune - ETS) con un' attenzione ai pazienti fragili, anziani specie se vivono da solì (+40% ospedalizzazione!)
- Farmacie territoriali, «di comunità»,...veri baluardi, capillarmente diffusi (22.000 sedi) e oggettivamente riconosciuti dalla comunità (utenza giornaliera: quasi 4 milioni cittadini!)

## Sistemi incentivanti

- I contratti del personale dipendente, così come gli accordi nazionali (ACN aprile 2024, art. 47) e integrativi regionali della medicina convenzionata (MMG – PLS - specialistica), prevedono sistemi incentivanti (... e penalizzanti ...) da finalizzare ad un adeguato arruolamento «pro-attivo» dei malati cronici.
  - ➡ quanto sopra, oggettiva la decisione assunta INSIEME e rinforza il passaggio dal COSA al COME fare.

## La prenotazione in prossimità

- I tempi d'attesa costituiscono da molti anni un elemento di sfiducia del cittadino nel sistema pubblico che – nonostante gli sforzi e nonostante il PNGLA (non ancora applicato da varie regioni) - non è stato risolto;
- la contraddizione percepita, in un sistema che nasce per la tutela del diritto alla salute, può essere più facilmente superata attraverso il «**dove si prescrive si prenota**»: che affianca il momento della prenotazione (nei poliambulatori ospedalieri, nelle case della comunità, negli studi associati dei MMG) al momento della prescrizione PER CLASSI DI PRIORITA' (U-B-D-P).
- NB ! Solo circa il 30% della prescrizione di esami è per la prima diagnosi!



## La Comunità di pratica

- Il RACCORDO STRUTTURATO fra i professionisti del team di base (territoriale) e del team allargato alla componente specialistica ospedaliera O TERRITORIALE deve essere un obiettivo **condiviso-voluto dai professionisti** (proposto dal management e contestualizzato quotidianamente dai professionisti). Solo così:
  - 1°= il cittadino si sente, con fiducia, **al centro del sistema**;
  - 2°= si evita il «ping-pong» inappropriato e inutilmente costoso di accertamenti
- I **Presidi di prossimità** (c.d. piccoli ospedali) devono operare con il supporto della rete specialistica (equipe itineranti – Televisita - Teleconsulto), fermo il rispetto rapporto volume - esiti ! !

## **AFT – CASE della COMUNITA’ – CURE INTERMEDIE** per potenziare la risposta territoriale (PNRR)

- Le **AFT** (aggregazioni funzionali mono-professionali), costituite da MMG - PLS - Medici Continuità assistenziale (MCA) (**ruolo unico**), sono nate (Legge 189/2012) e richiamate da atti specifici (Patto per la salute 2014-16, Piano 2019-2021) per garantire H24 e 7gg/7 attività assistenziale integrata, come è opportunamente stato fatto con le USCA, anche presso il domicilio del malato (**ADI -ADP**).
- Le **Case della Comunità** (N. 1288: 1 /20.000 ab. AREE URBANE; 1/10.000 ab. AREE INTERNE; 1/35.000 ab. Aree metropolitane) ➡ riferimento per la popolazione e della partecipazione democratica, dotate di infrastruttura informatica, collaboratore amministrativo, punto prelievi, strumentazione diagnostica di 1° livello, sede del PUA e della multi-professionalità necessaria (ancora quasi ASSENTI in varie REGIONI ...).
- **Cure intermedie** (n° 20-40 pp.ll./50.000ab), c.d. ospedali di comunità, per facilitare, attraverso una degenza breve, la dimissione sicura o evitare un ricovero (OGGI ancora ASSENTI IN VARIE REGIONI ..).  
MEMO: **possibili anche in aree ospedaliere non più utilizzate!!**

## Prevenzione e valutazione epidemiologica

- La prevenzione **primaria** (stili di vita, educazione alla salute) e **secondaria** (diagnosi precoce, screenings) è la vera sfida per non lasciare nessuno indietro (*leave no one behind*, OMS):
- ➡ sulla base di una puntuale conoscenza EPIDEMIOLOGICA (epistemologica) possiamo conoscere , delimitare gli ambiti, le aree che necessitano di maggiori risorse/ attenzione (es. *urban-rural divide*) e correggere errori di programmazione (es. centralizzazione offerta di base)
- la **prevenzione terziaria**: la riabilitazione «cenerentola» della programmazione regionale, permette di ridurre le conseguenze (e i costi) di una patologia acuta
- **IL DISTRETTO BARICENTRO DEL SISTEMA !**



**Forum Risk Management**

obiettivo sanità & salute

**25-28 NOVEMBRE 2025**  
**AREZZO** FIERE E CONGRESSI



*Nessun cambiamento è possibile senza  
il coinvolgimento delle persone*

*Approccio di vicinanza «dialogico» nei luoghi di cura*

«The heart of change» John Kotter, 2002



# LA SANITÀ D'INIZIATIVA

## I RISULTATI NEL PAZIENTE CON DIABETE



gli assistiti dei mmg che hanno aderito alla sanità d'iniziativa  
nel periodo **2011-2014**

HANNO RICEVUTO CURE PIÙ APPROPRIATE

adesione al GCI **+ 58 %**

HANNO RICEVUTO ESITI MIGLIORI

tasso **eventi cardio-cerebrovascolari** acuti **- 19%**

rischio di decesso a 4 anni **- 12%**



## **LA SANITA' D'INIZIATIVA**

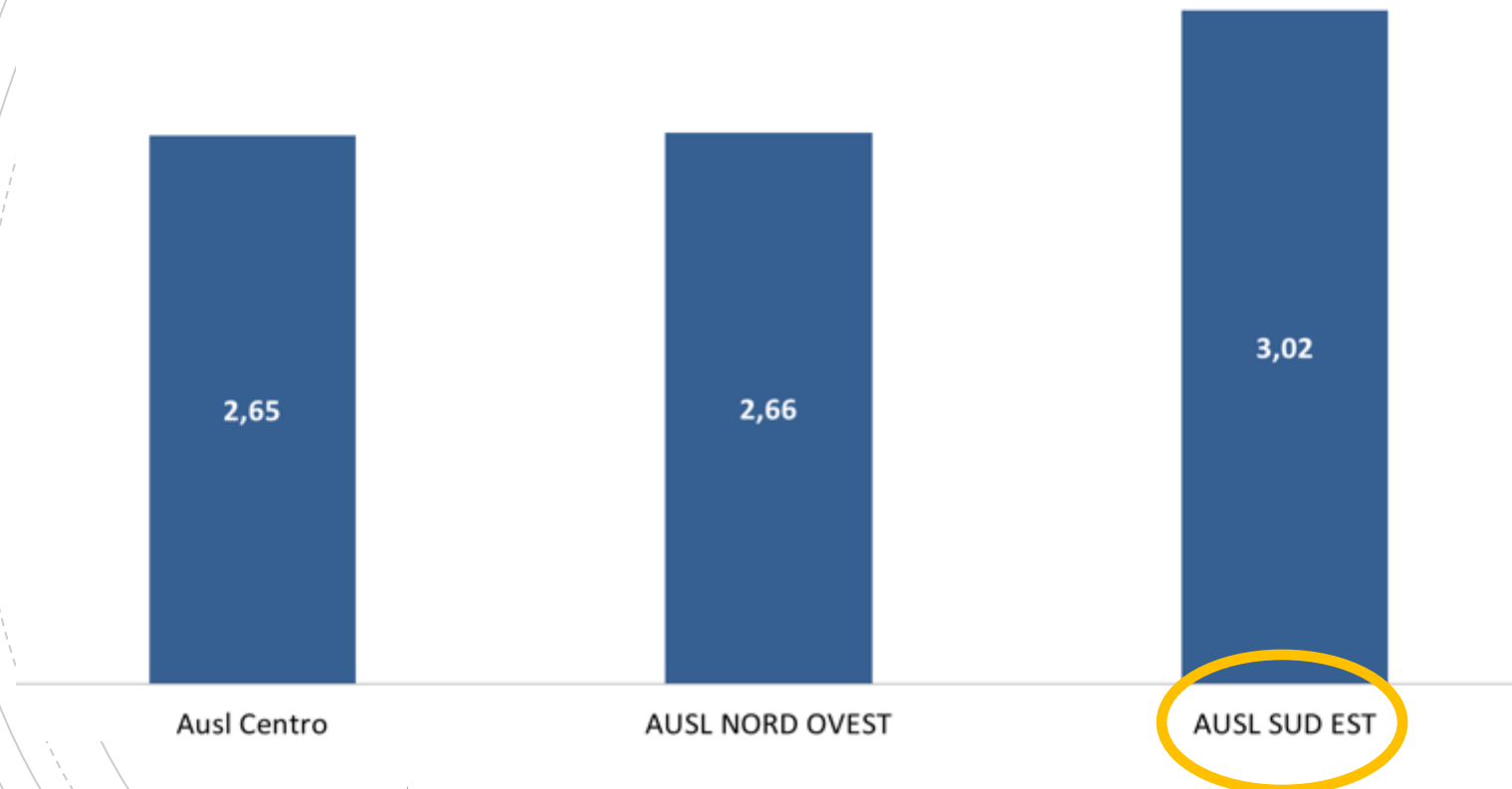
**indagine Politecnico di Milano** (2013), dati 2009-2011 «*pre-post comparison - group study*»

**Nel** complesso gli assistiti dei medici m. g. che hanno aderito:

- ✓ - 22 % ricoveri ordinari
- ✓ - 11% accessi al PS
- ✓ - 16% esami diagnostica pesante
- ✓ - 7% ricoveri ripetuti
- ✓ + 17% esami di laboratorio
- ✓ - 9% durata della degenza (grazie alla nascita di Mo.Di.Ca)

# VALUTAZIONE DELLA AUSL SUD EST SECONDO IL SISTEMA PERFORMANCE DEL SISTEMA SANITARIO R. Toscano

BERSAGLIO MES (2018): PUNTEGGIO MEDIO CONSEGUITO





**Forum Risk Management**

obiettivo sanità & salute

**25-28 NOVEMBRE 2025**  
**AREZZO** FIERE E CONGRESSI

**20** Years  
2006-2025

....e un costante pareggio di bilancio....  
*...ma senza tagli...*

#ForumRisk20

DAL PROGETTO  
PER I NUOVI PERCORSI DI CURA  
ALLA LORO PRATICA ATTUAZIONE

**RETI CLINICHE INTEGRATE  
E STRUTTURATE**

Un modello di attuazione  
del Piano Nazionale della Cronicità

Enrico Desideri  
Esperto



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



# LEAVE NO ONE BEHIND

WHO