

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% partì 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 sostenibilità** 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 «**straparliamo**» 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

maggiore 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, DISUGUAGLINZE 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

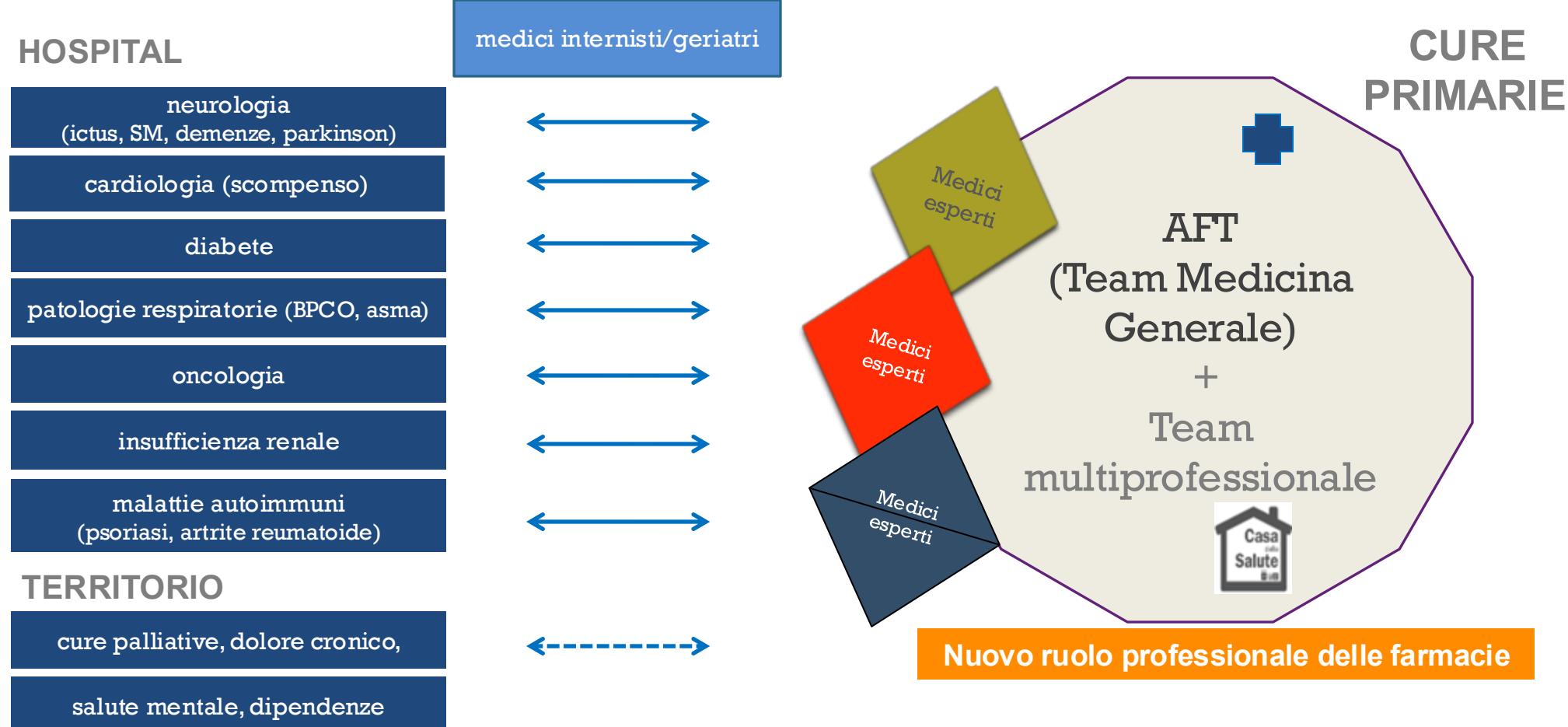
prossimità

proattività

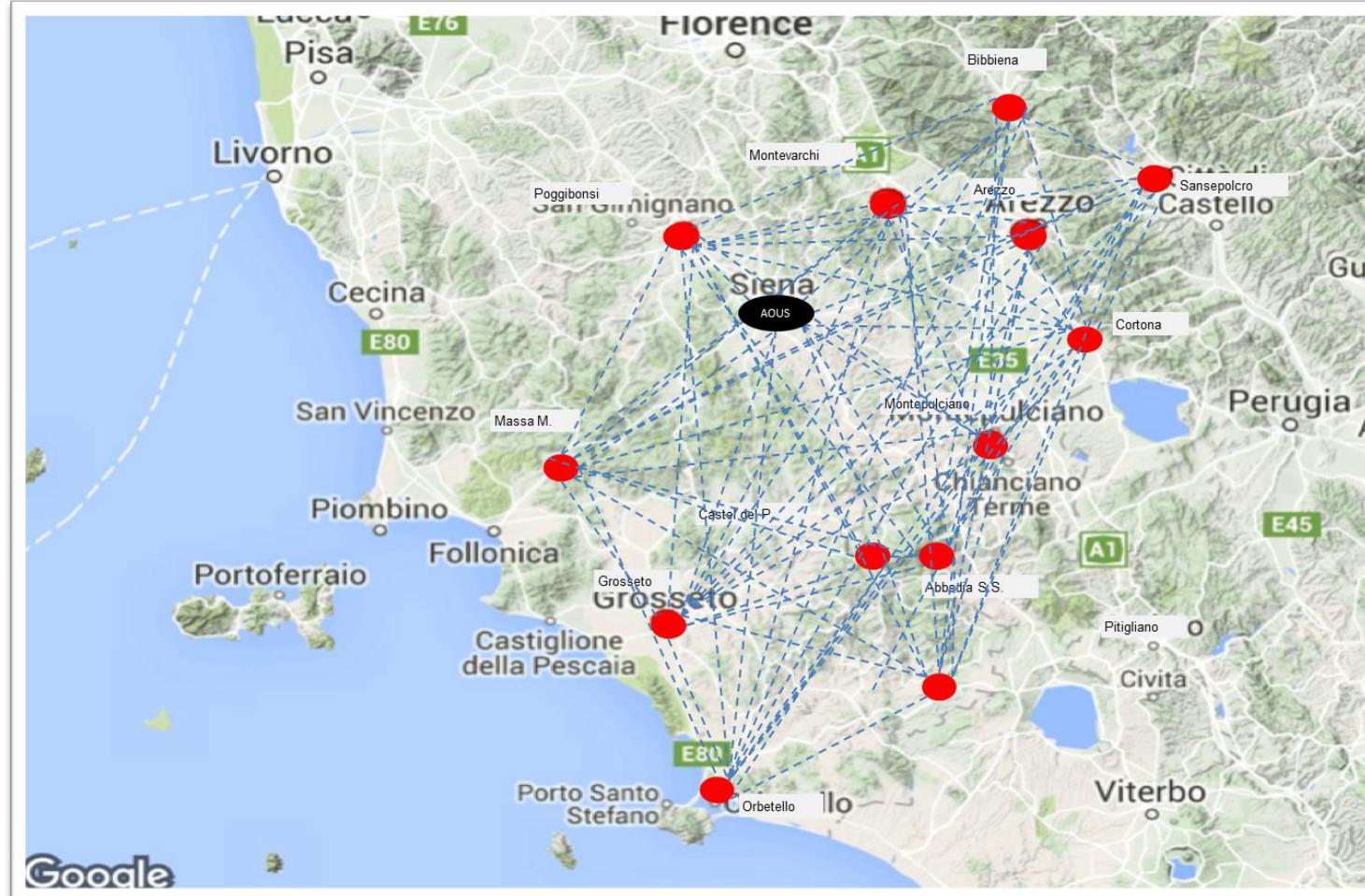
personalizzazione

partecipazione

Per ogni Zona Distretto RETI CLINICHE INTEGRATE E STRUTTURATE



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



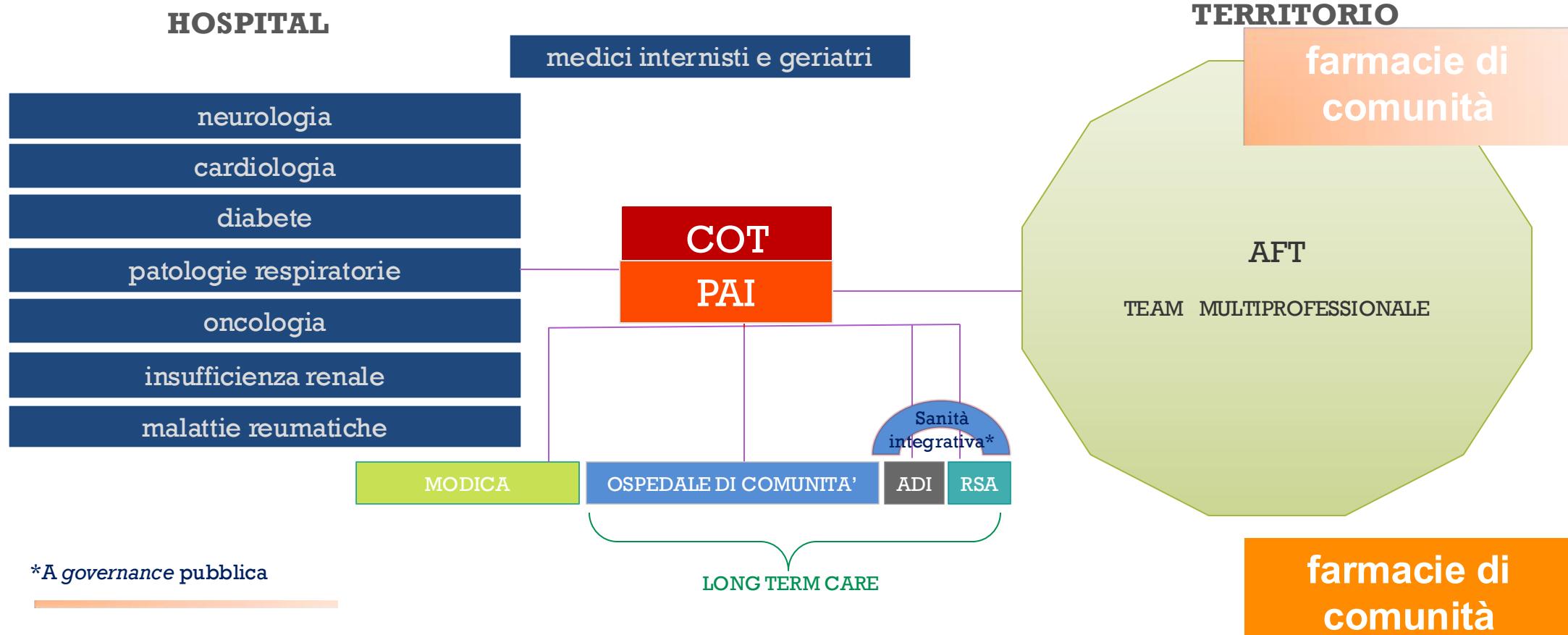
CARDINI: dalle reti “spontanee” alle reti “strutturate” per l’equità e il superamento dei «silos» AUTOREFERENZIALI

RETE ORIZZONTALE TRA GLI OSPEDALI e tra i PROFESSIONISTI che:

- superà 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**

INTEGRAZIONE OSPEDALE → TERRITORIO

(apice della piramide)



«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-divisione 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** *proportion 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 soli (+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 COMUNITÀ – CURE INTERMEDIATE

per potenziare la risposta territoriale (PNRR)

- Le **AFT** (aggregazioni funzionali mono-professionali), costitute da MMC - 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 intermediate** (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 !**

*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

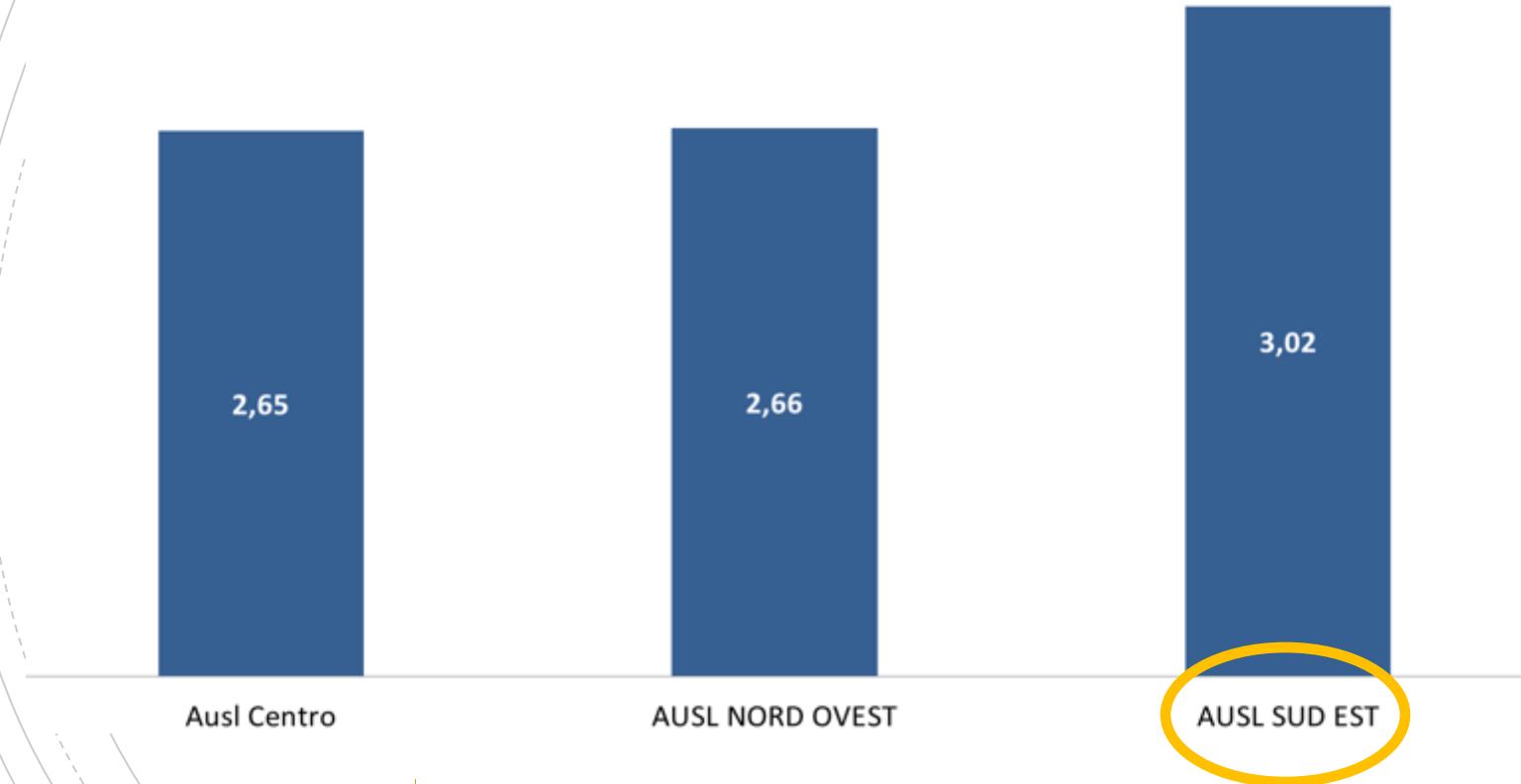
indagine Politecnico di Milano (2013), dati 2009-2011 «pre-post comparison - group study»

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



....e un costante pareggio di bilancio....

...ma senza tagli...

LEAVE NO ONE BEHIND

WHO