



CENSIS

I CANTIERI PER LA SANITÀ DEL FUTURO

***Vision e progetti per un Servizio
sanitario di eccellenza ovunque***

Report Finale

Roma, 22 giugno 2021

Indice

1. Cantieri, ragioni ed esiti attesi	4
1.1. Perché aprirli	4
1.2. Idee per costruire bene	5
2. Su cosa si può contare	8
2.1. La <i>pietra d'angolo</i>	8
2.2. La nuova sanità per i cittadini	9
2.2.1. Idee precise condivise	9
2.2.2. Il senso delle opinioni	10
2.3. Qualcosa, per fortuna, è già cambiato	11
2.3.1. Finalmente le risorse ci sono	11
2.3.2. La fiducia rinsaldata	12
2.3.3. Il tempo dei bravi manager	12
3. Le stanze nuove o in ristrutturazione	14
3.1. Un sistema in sofferenza da tempo	14
3.2. Cosa ci vuole e perché	15
3.3. I format di prossimità tra iniziative regionali, Pnrr e necessità di una sintesi	17
3.3.1. L'iniziativa delle Regioni	17
3.3.2. Missione Sanità nel <i>Pnrr</i>	18
3.3.3. Memo per una buona sintesi	19
3.4. Digitale: valore e rischi da evitare	20
3.4.1. Strumento, non soluzione	20
3.4.2. Che l'umanità prevalga sempre	20
3.4.3. Digitalizzazione sanitaria di massa dal basso	21
4. Ok alle Regioni, ma devono cooperare	22
4.1. Cosa ne pensano gli italiani	22
4.2. La cooperazione indispensabile	22
4.3. Il senso <i>attualissimo</i> della Conferenza Stato-Regioni	23



5. Viaggiare dialogando nelle sanità regionali	24
5.1. Note per un' Agenda trasversale	24
5.2. Fare presto perché la nuova emergenza è già qui	26
 Tabelle e figure	 27



1. CANTIERI, RAGIONI ED ESITI ATTESI

1.1. Perché aprirli

Dopo sedici mesi di passione tra contagi, *lockdown* e restrizioni, vi è ora la concreta possibilità di andare oltre, perché il sollievo estivo questa volta non sarà temporaneo, grazie alla diga della vaccinazione via via più solida fino a diventare insormontabile per il virus.

È il tempo della ripartenza ed è anche il *tempo dei cantieri*, quello cioè per costruire, ristrutturare e migliorare gli edifici sociali così importanti per le nostre vite. Cantiere per eccellenza sarà la sanità, sia perché è stato l'edificio sociale più esposto nella pandemia, sia perché tutti finalmente ne capiscono la centralità, ovvero il suo essere pietra angolare della società migliore che gli italiani si aspettano.

La sanità non è un edificio da costruire ex novo, perché ha dato buona prova di sé anche di fronte ad un nemico sconosciuto, subdolo, capace di colpire in progressione generando fabbisogni di cura ad altissima intensità in tempi strettissimi.

Tuttavia occorre avviare un cantiere, perché sono cambiati i bisogni di chi vive e frequenta l'edificio sanitario ed occorre quindi adeguarne composizione ed estetica: di alcuni nuovi bisogni si sapeva da tempo, dall'invecchiamento alle cronicità, di altri lo si è appreso a caro prezzo in questi mesi, ovvero le emergenze pandemiche.

Ecco *I cantieri per la sanità del futuro*. Non una progettazione distante, dall'alto, a tavolino, di un modello che si presume ottimale, ma laboratori fondati sul dialogo aperto con i protagonisti delle sanità concretamente esistenti, cioè:

- i costruttori, cioè le donne e gli uomini che fanno la sanità, dai responsabili ai vari livelli a quelli sulle linee dei servizi finalmente usciti dall'ombra a cui erano stati costretti per troppo tempo, in prima linea in questi terribili mesi, nel ritorno alla ordinaria quotidianità e anche nelle tante sperimentazioni innovative nei laboratori di fatto che sono state e sono le sanità regionali;
- i cittadini, con fabbisogni, aspettative, valori, che da sempre hanno nel Servizio sanitario un riferimento istituzionale primario, catalizzatore della loro fiducia, da cui si attendono non solo servizi e



prestazioni, ma anche un senso di sicurezza, protezione che nell'epoca dell'incertezza dispiegata è risorsa decisiva.

Saranno i protagonisti anche della nuova sanità in costruzione, il cui profilo migliore è impressivamente sintetizzato dal termine *prossimità*, nel senso alto di una sanità che va verso i cittadini e ai quali vuole essere vicina, raggiungendoli anche a domicilio se necessario.

1.2. Idee per costruire bene

Più efficienza, più umanità, più spazio alla responsabilità dei cittadini e più collaborazione tra pubblico e privato, non profit e volontariato: ecco la sostanza delle idee dei cittadini sulla sanità del futuro.

Ora che i Cantieri per la nuova sanità sono, di fatto, già aperti, è importante partire da quel che i cittadini hanno maturato e da come si intreccia con le iniziative che dalle Regioni al *Piano Nazionale di resilienza e rilancio* (Pnrr) sono partite o partiranno.

Sanità di prossimità e sanità digitale sono gli ingredienti che, in tempi brevi, se opportunamente mixati nella giusta ricetta potrebbero rispondere alle aspettative dei cittadini e, al contempo, dare soluzione a criticità e *defaillance* emerse.

Sarà un processo non semplice, anche se supportato da un portafoglio finanziario finalmente cospicuo, che dovrà partire dalle sanità regionali e locali concretamente esistenti che, come rilevato, pur nelle difficoltà di questi anni sono stati veri laboratori di sperimentazione di progetti e servizi innovativi, in cui discernere il meglio in una più generale valorizzazione di soggetti, risorse ed esperienze utili per *un Servizio sanitario più vicino ai cittadini, con un accesso semplice e possibile, sempre e comunque*.

Perché questo avvenga sono fondamentali almeno altre quattro cose, emerse in questo intenso dialogo costruito nel viaggio ideale nelle sanità di Piemonte, Veneto, Lazio e Puglia:

- *centralità del fattore umano*. Che siano i responsabili, gli operatori o il contenuto del rapporto tra cittadini e servizi, guai a declassare sia il valore di capacità e competenze specifiche delle persone sia l'umanità, l'empatia, la qualità della relazione rispetto ad altri aspetti pur rilevanti, come le tecnologie. La buona sanità è data ancora e comunque in primo luogo dagli uomini e dalle donne della sanità



competenti ed empatici, che riscuotono una fiducia eccezionale dagli italiani;

- *è tempo di digitalizzare servizi e competenze, non più di giustapporre ad un mondo analogico servizi digitali.* La pandemia ha svelato che, a fronte delle opportunità straordinarie del digitale, a cui gli italiani hanno ricorso spontaneamente in massa per resistere in ogni ambito, in sanità prevale ancora o l'assenza di digitalizzazione pura e semplice o la frammentazione delle soluzioni persino negli stessi territori o, soprattutto, la persistenza di logiche, competenze e anche personale analogiche. Il salto di qualità sta nel rendere il digitale il linguaggio del pensare, agire e relazionarsi della sanità, come del resto sta accadendo nelle vite delle persone. Sarà così possibile *fare meglio con meno*, usare con intelligenza la massa di dati rilevati per migliorare tutto dai processi gestionali alle cure, promuovere servizi e prestazioni innovative;
- *riconoscimento della sanità come ecosistema.* La sanità moltiplica la sua capacità di rispondere ai fabbisogni laddove si riconosce come ecosistema, cioè come un insieme di attori diversi che devono interagire tra loro e con attori di altri mondi. In fondo, il meglio delle soluzioni alla pandemia è venuto dalla capacità del sanitario di proporsi come motore di mobilitazione di soggetti, competenze, risorse, progettualità di altri mondi. La sanità deve essere per tutti, garantendo a tutti, a partire dai più fragili, risposte appropriate, ma per fare questo non può più essere un sistema chiuso autosufficiente come in altri tempi, ma motore virtuoso delle mobilitazioni locali delle risorse dei tanti attori e mondi con cui si relaziona. Durante la pandemia significativo è stato il rapporto con le imprese del farmaco e di altri settori, e ne sono uscite partnership di grande impatto;
- *far prevalere la cooperazione in ogni ambito e per ogni problema.* Ciò dovrà avvenire a livello istituzionale, dove l'apprezzamento dei cittadini per la responsabilità regionale in sanità si accompagna alla richiesta che le Regioni cooperino sia tra loro sia con il centro, per evitare diversità inutili e frammentazioni che in molti ambiti costano caro a imprese e cittadini. E in fondo la Conferenza Stato-Regioni è il luogo di questa cooperazione istituzionale. Altrettanto dovrà avvenire a livello di programmazione e implementazione dei nuovi servizi di prossimità sui territori, in cui è indispensabile aprire ad attori non esclusivamente o rigorosamente afferenti alla rete dei servizi e delle strutture interne al Servizio sanitario. Fermo restando i ruoli di orientamento programmatico del pubblico, nei territori è



importante riconoscere uno spazio adeguato anche ai soggetti privati della sanità e di altri mondi, facendo tesoro del già citato contributo rilevante messo in campo dai diversi settori e dalle imprese del farmaco nel periodo pandemico. Molti sono gli esempi, come i servizi di consegna di farmaci e dispositivi medici, la telemedicina e anche donazioni di vario tipo. Per una buona sanità la logica prevalente deve essere quella della valorizzazione di chi dispone di energie, competenze, risorse da mettere in campo con progetti e servizi di vario tipo. È anche così che la sanità diventa magnete e motore di mobilitazione di energie sui territori.

L'intenso viaggio ideale nelle quattro sanità regionali ha certificato la vitalità dell'ecosistema sanitario italiano che, senza dubbio alcuno, merita il persistente apprezzamento degli italiani, che lo considerano come istituzione decisiva del buon vivere italiano.



2. SU COSA SI PUÒ CONTARE

2.1. La pietra d'angolo

Un cantiere ha bisogno di idee, lavoro, materiali, competenze e soldi per finanziare il tutto. Sono risorse in questa fase disponibili per la sanità eppure la pietra angolare che idealmente sorregge tutta la costruzione è la consapevolezza collettiva, conquistata a duro prezzo, che la sanità non potrà più essere a parole lodata e nei fatti relegata in fondo alle priorità.

La *pietra d'angolo* sta allora nelle modalità concrete con cui si esprime questa consapevolezza, ovvero:

- nella scelta molto pragmatica di investire in sanità, facendo affluire in essa ingenti risorse finanziarie aggiuntive che, poi in vario modo, finanzieranno i cantieri della nuova sanità e l'ordinario svolgersi delle sue attività. Le risorse in più non potranno risolversi in una sorta di *una tantum* per investimenti, ma dovranno avere continuità colmando così anche il gap di spesa pubblica per la salute dell'Italia rispetto a tanti paesi Ue;
- nella rinnovata centralità delle persone che fanno la sanità e che, anche al tempo del digitale necessario, continuano a fare la differenza;
- nella voglia di innovare, senza però buttare a mare il meglio di quel che c'è. Creando quindi un ambiente che valorizza competenze, professionalità e al contempo genera cose nuove, *fa accadere il cambiamento*;
- nel riconoscere alla sanità un ruolo che va oltre la cura, perché è un formidabile motore di sviluppo. *Curare presto, bene, tutti* è una sfida dagli effetti potenziali paragonabile al progetto Luna degli inizi anni Sessanta, con in più effetti diretti e immediati sulla qualità della vita di tutti.



2.2. La nuova sanità per i cittadini

2.2.1. Idee precise condivise

Troppo spesso il dibattito pubblico sulla sanità post-pandemia e sulla destinazione degli investimenti stenta a trovare la giusta misura tra i necessari grandi principi e l'operatività quotidiana.

Per uscire dalle ambiguità, ancora una volta, è utile partire dalle persone, anche perché a questo stadio il trauma di questi mesi, seppur sperimentato con diversa intensità tra le comunità, ha chiarito che gli italiani:

- non abbasseranno facilmente l'attenzione sulla sanità;
- si sono fatti idee precise sulla sanità, a partire dalle quali è possibile capire quale Servizio sanitario si aspettano.

La graduatoria delle cose che si aspettano di vedere nella nuova sanità del prossimo futuro è emblematica delle nuove consapevolezza collettive. Infatti, dai dati emerge che (fig. 1):

- il 52% si attende di vedere più efficienza, cioè che si faccia di più e meglio su liste di attesa, strutture, servizi;
- il 33,2% più umanità, maggiore attenzione al malato come persona, più ascolto, dialogo, empatia;
- il 33% più responsabilizzazione dei cittadini, in primo luogo sul fatto che anche la sanità pubblica ha un costo, poi nell'assunzione di stili di vita adeguati, in relazione ai comportamenti da tenere nelle varie situazioni;
- il 30,8% più collaborazione tra i diversi soggetti della sanità, ovvero pubblico, privato, non profit, volontariato, cittadini ecc.
- il 26% più equità, cioè che l'accesso alla sanità sia garantito in modo eguale al di là di residenza, ceto, sesso, età, nazionalità.

Sono idee:

- semplici, delineate con nettezza, non contraddittorie e che rinviano al carattere sociale molteplice del Servizio sanitario, che lo rende istituzione generale, cardine del welfare e della protezione soggettiva, produttore di servizi essenziali per un bene essenziale come la salute;



- al contempo preziose, perché proprio sulla sanità si gioca un pezzo importante del recupero di fiducia nelle istituzioni e nell'agire collettivo.

2.2.2. Il senso delle opinioni

La sanità è un sistema altamente complesso che:

- utilizza risorse pubbliche e ne mette in moto altre private;
- al suo interno operano soggetti pubblici, for profit e non profit;
- vi fanno capo filiere rilevanti di produzione con relativa occupazione, quasi sempre di alto livello, che siano del farmaco o dei dispositivi medici o delle tante tecnologie o della ricerca e sperimentazione;
- ragioni che la rendono, in estrema sintesi, un *ecosistema nel senso più profondo e vero del termine*.

Al momento della sua istituzione e per molto tempo dopo è stato un grande sistema ed uno dei silos del welfare per poi diventare, con l'evoluzione della società, del welfare e soprattutto degli stili di vita e di lavoro, un ecosistema con coesistenza di soggetti dai profili diversi e relativa relazionalità tra loro, sia all'interno del Servizio sanitario sia tra i suoi attori e altri mondi.

Ecco l'universo sanitario che i cittadini vivono e in cui hanno maturato le idee su cosa vorrebbero trovare e su come vorrebbero fossero affrontate e risolte le loro esigenze.

Guai a semplificare o sottovalutare il significato del rapporto dei cittadini con la sanità, magari pensando di poter trasferire alle camere stagne del sapere esperto l'individuazione di soluzioni.

Meglio unire la rilevazione certificata del punto di vista dei cittadini sulla realtà e il sapere esperto: esito è la necessità che cooperino i tanti e diversi attori interni del Servizio sanitario e questi con attori di altri mondi, mediante meccanismi relazionali veloci e affidabili che moltiplicheranno risorse e soluzioni, rendendo così possibile rispondere alla triplice sfida di acuzie, cronicità ed emergenze.



2.3. Qualcosa, per fortuna, è già cambiato

2.3.1. Finalmente le risorse ci sono

I finanziamenti sono la prima prova che qualcosa è cambiato: solo nel 2020 sono stati attivati 5,6 miliardi di euro e nel Pnrr sono circa 20 i miliardi di euro resi disponibili.

Un primo passo a cui ne dovranno seguire molti altri, visto che il rapporto spesa sanitaria pubblica/pil dovrà salire ancora e di molto, sia perché inferiore alla media della Ue sia perché dovrà coprire i costi dell'evoluzione dei fabbisogni sanitari e delle attese innovazioni diagnostiche, terapeutiche e in generale tecnologiche.

In tal senso, se si volesse portare la spesa sanitaria nel nostro Paese al pari del valore della spesa sanitaria procapite della Danimarca (4.400 euro, mentre in Italia è 2.000 euro), che è in cima alla graduatoria dei paesi Ue, occorrerebbero circa 150 miliardi di spesa sanitaria pubblica in più, arrivando ad un totale complessivo di 260 miliardi di euro.

Prendendo invece come parametro di riferimento l'incidenza sul pil della spesa sanitaria, per portare l'Italia allo stesso valore della Germania (pari al 10% del Pil, mentre in Italia è 7,5%) che ha il valore più alto nella Ue, occorrerebbero circa 55 miliardi di spesa sanitaria pubblica in più, per un totale complessivo di 170 miliardi di euro di spesa sanitaria pubblica.

Numeri rendono evidente che i soldi sono ancora una priorità e che gli incrementi sinora praticati, pur benvenuti, dovranno essere l'inizio di un trend di lungo periodo: un aspetto che emerge chiaramente anche dalle opinioni delle persone che più utilizzano la sanità, come malati cronici e anziani, che insistono particolarmente sulla necessità di aumentare le risorse ed il personale del Servizio sanitario.

In ogni caso, tra gli italiani è forte la convinzione che non ci dovrà mai più essere *shortage* di risorse pubbliche per la salute, così come di personale. Su quest'ultimo aspetto, però, notoriamente pesa l'età media di medici e, in parte, degli infermieri e le farraginosità varie legate ai processi di inserimento dei giovani che dovrebbero sostituire nei prossimi anni gli attuali professionisti destinati alla pensione.



2.3.2. La fiducia rinsaldata

Sono 685 mila le persone che lavorano nel Servizio sanitario nazionale, 42.500 sono i medici di medicina generale ed oltre 100 mila gli occupati nella sanità privata (accreditata e non accreditata): un universo di persone dedite per professione alla tutela della salute dei cittadini ma di cui ci si era dimenticati negli anni passati, tra piante organiche svuotate, blocchi di turn over e flessibilità contrattuali ben oltre il confine della precarietà.

Figure decisive, che negli anni hanno visto il loro valore non sempre adeguatamente riconosciuto, come ad esempio rivela la remunerazione dei medici del Servizio sanitario, ben al di sotto della media della Ue: infatti, fatto il 100 la retribuzione media dei medici italiani, a parità di potere d'acquisto quella di un omologo in Germania è 182, nel Regno Unito è 161, in Spagna il dato è 102, in Francia 101.

Con la pandemia non solo è stata riaffermata la centralità degli operatori ma è stata anche confermata la fiducia che da sempre gli italiani hanno nelle donne e negli uomini della sanità: infatti, è plebiscitario il giudizio positivo degli italiani, visto che ben il 96% dichiara di avere fiducia nel personale del Servizio sanitario delle Regioni, dai medici agli infermieri fino alle tante figure ausiliare che la buona stampa ha raccontato nel loro silenzioso quotidiano eroismo durante la pandemia.

La fiducia rilevata è essenziale perché è da tempo nella società una risorsa scarsa, in particolare quella nei confronti di professioni che incarnano sapere esperto e delle istituzioni.

Invece il personale del Servizio sanitario, ancora alle prese nella lotta corpo a corpo con il virus, ha rinsaldato in questi sedici drammatici mesi la fiducia di cui tradizionalmente beneficia.

2.3.3. Il tempo dei bravi manager

La tenuta del Servizio sanitario non è stata solo il portato dell'eroismo individuale e collettivo di infermieri, medici, ausiliari, ma anche del troppo poco raccontato sforzo di chi gestisce la sanità, ovvero i manager ai vari livelli, che detengono le chiavi dell'organizzazione concreta, quotidiana, che d'improvviso sono stati chiamati ad inventare soluzioni per far fronte alle situazioni più inattese, improbabili, inedite.

Infatti, sanità è anche *management*, capacità organizzativa, arte di individuare e mettere insieme le risorse umane, motivarle, farle lavorare



bene, valorizzarle al massimo, tanto più nel fuoco dell'emergenza e della pressione incontenibile del quotidiano pandemico.

Per troppo tempo i manager sanitari sono stati inchiodati alla rappresentazione pubblica di cinghie di trasmissione della politica a sovranità limitatissima, e troppo spesso sono stati chiamati a gestire rattappimenti e rattoppi piuttosto che sviluppi.

Nell'emergenza, anche nelle comunità più ferite, hanno messo in campo energie ed inventiva individuando soluzioni praticabili, pur nella estrema difficoltà del momento.

Pensando alla sanità del prossimo futuro, alla complessa gestione di nuovi servizi, in cui professionalità e tecnologie dovranno trovare una nuova alchimia per star dietro a esigenze e aspettative delle persone, il 73% degli italiani è convinto che solo responsabili e dirigenti con elevate competenze manageriali potranno consentire al nostro paese di avere la sanità desiderata.



3. LE STANZE NUOVE O IN RISTRUTTURAZIONE

3.1. Un sistema in sofferenza da tempo

Molteplici sono i fenomeni che evidenziano come nel tempo la sanità italiana sia stata indebolita, cosa diventata evidente con la pandemia. Pochi numeri sono sufficienti:

- la spesa sanitaria pubblica procapite è diminuita in dieci anni del 3,6%: nel Lazio il calo è stato del -15,5%, in Puglia del -7,9%, in Piemonte del -3,7%, mentre in Veneto è aumentata del +2,3%.
- nel periodo 2010-2018 i posti letto nei reparti ad alta intensità assistenziale sono passati dall'essere 3,51 per 10 mila abitanti a 3,04;
- nel 2010-2019 le persone che si spostano in altre regioni per curarsi tra i residenti nel Nord sono passate dall'essere 5,9 per 100 dimissioni a 7,3, nel Centro da 7,4 a 8,9, nel Mezzogiorno da 9,2 a 10,8;
- nel decennio il numero di dipendenti del Servizio sanitario è diminuito di circa 39.000 unità, con un taglio di medici (-5.000), infermieri (-7.700) e delle altre figure professionali (-26.300 unità). La diminuzione dei medici a livello nazionale, (-4,3% la variazione percentuale e un numero di abitanti per medico passato da 512 a 532) si è mossa con diverse intensità nelle Regioni: nel Lazio si ha -11,6% e un numero di abitanti per medico passato da 582 a 681 persone (+99 persone), in Piemonte -6,6% e una media di 486 persone per medico (+22), in Puglia -4,8% di medici e 574 persone per medico (+7), in Veneto -1,2% e 596 persone per medico (+7).
- il 55,8% dei medici, considerando pubblico e privato ha più di 55 anni: dato più alto in Europa, che ci colloca distanti sia dalla media Ue (38,2%) sia da paesi omologhi quali Germania (44,9%), Francia (44,6%), Spagna (33,4%) e Regno Unito (14,7%);
- l'età media resta alta anche tra i 12 mila medici e pediatri dipendenti del Servizio sanitario, considerato che circa la metà è un over 55: l'esito non potrà che essere l'ulteriore svuotamento degli organici, visto che andranno in pensione nei prossimi anni 6.500 medici. Ed il 34% dei medici di medicina generale ha oltre 1.500 assistiti, con un



boom rispetto al 2005 quando la quota era il 15,9%: nelle regioni del Nord si è passati dal 17,9% del 2005 al 46,9% nel 2018, nel Centro dall'11,2% al 30,6%, nel Mezzogiorno dal 16,3% al 21,3%.

Ecco allora che in pandemia, dai vertici ai front office, persone e strutture della sanità si sono ritrovati indeboliti di fronte ad un nemico arrivato a sorpresa, sconosciuto e ferocemente abile che, concentrando l'attenzione della sanità, ha aggiunto alle criticità esistenti anche gli esiti della sanità non erogata. Ad esempio, nell'ultimo anno:

- a livello nazionale gli *screening* oncologici sono diminuiti del -42,3% ed in Piemonte la riduzione è stata del -50,7% (oltre 214 mila screening oncologici in meno in termini assoluti), in Veneto del -28,6% (-223.670), nel Lazio del -53,6% (-271.143), in Puglia del -45,1% (-90.521);
- i carcinomi diagnosticati sono diminuiti del 51,8% in Piemonte (oltre 2.000 in meno in termini assoluti), del -27,4% in Veneto (-1.569), del -57,1% nel Lazio (-2.192), del -48,7% in Puglia (-211), mentre il dato medio a livello nazionale segna -43,1%.

A fronte di un simile indebolimento strutturale, pur nelle tante difficoltà e *defaillance*, è comunque emersa la straordinaria adattabilità delle sanità regionali, con l'apprendimento forzato indotto dall'emergenza che ha evidenziato una grandissima flessibilità operativa e di soluzioni.

3.2. Cosa ci vuole e perché

Per capire cosa dovrà essere la sanità nel prossimo futuro, in particolare le parti nuove o da ristrutturare dell'edificio è importante partire da esigenze e aspettative di chi ne beneficia: i cittadini.

Una prima ragione di innovazione ineludibile viene dalla demografia, con i numeri che mostrano la dinamica crescente di invecchiamento associata alla cronicità.

Infatti, i dati indicano che in Italia al 2040 ci saranno oltre 19 milioni di anziani e 28 milioni di cronici, con incrementi nel ventennio rispettivamente del +38,5% (+5,4 milioni di anziani) e del +12% (+3 milioni di cronici).

Guardando alle Regioni, il numero di anziani nel prossimo ventennio:



- in termini percentuali nel Lazio crescerà del +45,8%, in Veneto del +44%, in Puglia del +36,8% e in Piemonte del +28,7%;
- in valori assoluti, ci sarà un incremento di anziani nel Lazio di +590 mila unità per un totale di circa 1,9 milioni di over 65, nel Veneto di +503 mila unità per quasi 1,7 milioni di over 65, in Puglia di +332 mila unità per un totale di circa 1,2 milioni ed in Piemonte di +319 mila over 65 per un totale di circa 1,4 milioni.

Per quanto riguarda i malati cronici, nel prossimo ventennio si prevede che l'incremento nel Lazio sarà del +13% e in Puglia del +17%, con un incremento in ciascuna regione di quasi 300 mila cronici in termini assoluti, in Piemonte l'aumento sarà del +12% e +215 mila cronici in più, in Veneto del +4% e +80 mila cronici.

Ecco allora che sarà decisiva la prevenzione, con stili di vita salutari e controlli per diagnosi precoci. Pertanto, saranno obiettivi:

- spingere in alto la quota di persone in buona salute, che oggi sono il 67,7% in Piemonte (-0,5% la differenza percentuale tra 2010-2020), il 70,8% in Veneto (-0,4%), il 69,1% nel Lazio (-0,7%), il 68,5% in Puglia (-0,9%), mentre il dato medio nazionale è pari al 68,8% (-0,5%);
- operare tramite l'intervento sul territorio, fino al domicilio delle persone, per spingere più in alto la quota di cronici in buona salute che ad oggi in Italia sono il 43,1% (+2,7% la differenza percentuale) e sono il 42,2% in Piemonte (con un incremento del +1,8% nel decennio), il 46,4% nel Veneto (+1,3%), il 42,6% nel Lazio (+0,9%) ed il 40% in Puglia (+7,8%).

Oltre ai fabbisogni legati a invecchiamento e cronicità, altra grande esigenza è quella legata alla gestione delle pandemie, come nel caso di virus ad alta contagiosità che impongono sia una capacità di monitorare per prevenire sia rigore e flessibilità nella gestione della resistenza alla diffusione del contagio.

In generale, in questi 16 mesi è emersa come decisiva la necessità di avvicinare la sanità ai cittadini, facilitarne l'accesso e renderlo possibile ovunque e comunque.

Per gli italiani è diventato vitale poter contare in ogni situazione, ordinaria o eccezionale, sugli interlocutori giusti per avere risposte appropriate e personalizzate, per essere guidati con opportune indicazioni.



Il trauma dell'assenza di interlocutori soprattutto nella primissime fasi dell'emergenza e, in alcune situazioni anche in seguito, impone di organizzare le sanità locali affinché non saltino le giunture che tengono insieme il complesso sistema, nel rapporto con i cittadini e nelle relazioni tra le unità del sistema.

È anche questo il senso della sanità di prossimità nei vari format possibili che rinviano sempre e comunque ad una serie di attori variamente combinati e organizzati, quali i medici di medicina generale, gli infermieri di comunità, le strutture territoriali di riferimento per le cure primarie, l'Adi digitale e le strutture intermedie tra ospedali e territorio.

Un aggregato di soggetti che dovrà in vario modo cooperare nel quotidiano e che beneficerà trasversalmente delle opportunità del digitale.

3.3. I format di prossimità tra iniziative regionali, Pnrr e necessità di una sintesi

3.3.1. L'iniziativa delle Regioni

Sbaglierebbe chi pensasse che la sanità italiana prima della pandemia fosse uno stagno fermo, un contesto annichilito dal definanziamento pubblico della spesa.

Infatti, le sanità regionali, seppur con modalità diverse, sono state laboratori con una proliferazione di progetti nuovi, sperimentali, originali anche sui pilastri della sanità verso la quale ci si muoverà nel prossimo futuro ovvero:

- la sanità di prossimità, quella del territorio e della continuità assistenziale, attraverso progetti di integrazione sociosanitaria e socioassistenziale, che prevedono diverse forme di assistenza domiciliare integrata per cronici o per malati deospedalizzati in follow up o, ancora, per non autosufficienti. Ulteriore tassello del territorio è poi l'intermedio tra ospedale e domicilio, con la moltiplicazione di strutture dalle caratteristiche diversificate per pazienti non in condizioni di rientrare a domicilio ma non gravi al punto da necessitare di un ricovero ospedaliero prolungato. E ancora innovazione nelle figure professionali e nei servizi, in linea con la normativa nazionale, mediante l'introduzione di infermiere di



comunità, farmacie dei servizi ecc. Uno sforzo non indifferente, che è reso molto difficile dalla dimensione dei fabbisogni da soddisfare;

- la sanità digitale, a partire da quella per pazienti a domicilio, con una proliferazione infinita di piattaforme, centraline, progetti, sperimentazioni, con esito una babele infinita di software, device, tecnologie. Uno sforzo economico e di risorse umane rilevante e una intenzionalità virtuosa, tuttavia con risultati non sempre egregi.

La pandemia ha sfidato ciascuna sanità regionale: in primo luogo sulla territorialità dell'offerta, mettendo in luce qualche punto di forza, ma in generale segnalando la necessità di compiere un *upgrading* sostanziale mediante opportuni investimenti e un format riconoscibile e semplice per i cittadini, in relazione ai servizi per l'accesso e per la presa in carico.

Del digitale è emersa la fragilità e, ad oggi, l'incapacità di informare di sé la sanità perché in troppi casi si è constatata l'insufficiente digitalizzazione o l'altrettanto pericolosa *digitalizzazione dell'analogico* che finisce per generare più danni che benefici.

3.3.2. Missione Sanità nel Pnrr

Il Pnrr è un colossale programma di rilancio del nostro paese articolato in sei Missioni. Quella della salute è la Missione 6, a sua volta suddivisa in due componenti:

- reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale per potenziare le prestazioni sul territorio potenziando presidi territoriali, assistenza domiciliare, telemedicina e integrazione sociosanitaria;
- innovazione, ricerca e digitalizzazione, con il potenziamento del ricorso al Fascicolo sanitario elettronico, facilitando l'accesso alle informazioni ogni volta che ce ne sarà bisogno e ovunque. In questo ambito si inserisce anche il potenziamento delle competenze digitali del personale.

Nel complesso, dei 16 miliardi in totale assegnati alla Missione Salute circa 10 miliardi saranno dedicati alla prossimità, al digitale e alle relative competenze. Ci sono poi ulteriori risorse delle altre Missioni che comunque contribuiranno allo sforzo per migliorare le sanità.



3.3.3. Memo per una buona sintesi

Il format delle sanità di prossimità disegnato dal Pnrr dovrà misurarsi con il consolidato e le novità delle sanità regionali. E' nel rapporto tra queste due dimensioni che si giocherà gran parte della concreta implementazione delle indicazioni del Pnrr, che potrà avere varianti regionali, purché in linea con l'esigenza di base da tutti condivisa: attivare la sanità di prossimità attesa dai cittadini.

Sarà un gioco ad incastri delicato ma potenzialmente virtuoso, in cui decisiva sarà la collocazione dei medici di medicina generale singoli ed associati, degli infermieri di comunità e delle farmacie dei servizi e, più in generale, la concreta filiera territoriale che per i cittadini dovrà essere connotata dalla distintività del punto di accesso, da una presa in carico sostanziale e dalla messa a disposizione di una assistenza a domicilio integrata e digitalizzata.

Ancora oggi, infatti, i cittadini nel caso di sintomi preoccupanti o non conosciuti o per puro scopo precauzionale, laddove sono spinti a cercare con urgenza un interlocutore si rivolgerebbero (fig. 2):

- nei giorni feriali, il 56% al medico di medicina generale, il 33% al Pronto Soccorso, il 22% alla Guardia Medica, il 12% ad un medico di conoscenza;
- nei giorni festivi, il 54% alla guardia medica, il 46% al Pronto soccorso, il 13% al medico di medicina generale, l'11% ad un medico amico.

Il ricorso al Pronto soccorso è significativo nei giorni feriali, lievita nei week end e nei giorni di festa e presumibilmente decollerebbe di nuovo fino al rischio dell'incontenibilità nelle emergenze.

Anche per rispondere a questo persistente rilevante rischio è urgente avviare le sanità di prossimità che saranno anche un meccanismo trasparente, semplice, di facile accesso di presa in carico vicino al cittadino, che pratica triage alla fonte e smista le persone verso i servizi appropriati.



3.4 Digitale: valore e rischi da evitare

3.4.1 Strumento, non soluzione

Esiste una mistica del digitale che tende a richiamarlo come una sorta di panacea di ogni male, considerando che il semplice comparire di una connessione e qualche *device* risolva i problemi. Se poi non accade, la colpa è del residuo di analogico che persiste nella realtà.

Il digitale può fare la differenza purché:

- sia ben incastonato nel senso profondo della sanità, chiamata ad erogare prestazioni per diagnosi o cure, attività che coinvolgono corde profonde delle persone, dai pazienti e familiari agli operatori;
- disponga di un habitat adeguato, di tecnologie connettive efficienti, di competenze conseguenti con persone in grado di utilizzarla bene, così da rendere la sanità un ecosistema intelligente connesso che rileva sistematicamente i dati a beneficio di cure migliori e per la sostenibilità del sistema.

Condizioni basilari per una sanità digitale realmente integrata con strutture, processi, soggetti, rendendo immediatamente evidente il vantaggio competitivo che il digitale, se adeguatamente utilizzato, offre anche nel sanitario.

3.4.2. Che l'umanità prevalga sempre

Operatori e cittadini, pur diversi per età, genere, titolo di studio, territorio di residenza e poi funzione svolta e condizione economica, sono tuttavia uniti dal considerare il digitale in sanità utile, purché non si pensi di poter rinunciare o declassare il fattore umano.

Infatti, la relazionalità medico-paziente resta decisiva, così come la persistenza di una certa dose di attività in compresenza fisica per un buon rapporto empatico tra pazienti e operatori e tra questi ultimi.

Non è un caso che nell'indicare le cose che si aspettano nella sanità del futuro gli italiani abbiano indicato dopo l'efficienza proprio l'umanità, che significa prestare maggiore attenzione al malato come persona, mettendo un *di più* di ascolto, dialogo, empatia.

Pertanto, il tecno-entusiasmo deve misurarsi con lo specifico sanitario, che ne ha certamente bisogno e ne trarrà giovamento, ma al contempo ha suoi



codici e un Dna da cui occorre sempre e comunque partire e in cui la relazionalità umana gioca un ruolo decisivo: d'altronde, oltre il 91% degli italiani dice ok all'uso della telemedicina purché resti centrale il rapporto diretto medico-paziente.

3.4.3. Digitalizzazione sanitaria di massa dal basso

Nel periodo pandemico è decollata l'alfabetizzazione digitale di massa e il ricorso ai tanti diversi servizi che il web consente: infatti, *lockdown*, paura del contagio e poi il protrarsi delle restrizioni hanno imposto la scoperta del remote.

Nel caso della sanità le ragioni erano moltiplicate, tanto più che le strutture sanitarie sono diventate le più difficilmente accessibili al pubblico.

Così addirittura 8 famiglie italiane su 10 in pandemia hanno utilizzato il web per questioni relative alla salute ed al rapporto con la sanità: il ritmo rallentato della digitalizzazione sanitaria dei tempi precedenti la pandemia è diventato un vorticoso andare verso il digitale dal basso, con i cittadini pronti a utilizzare il remote per ogni evenienza.

Ma cosa vogliono gli italiani dalla sanità digitale prossima futura? Chiare le aspettative che emergono dai dati, perché (fig. 3):

- l'86,5% richiama il poter prenotare prestazioni sanitarie direttamente da smartphone, pc, laptop;
- l'86,6% l'aver accesso alla cartella sanitaria ovunque e in modo semplice.

Richieste *basic* ormai mature, vista la digitalizzazione spinta, che mettono in rilievo che il *digital* è ben visto laddove facilita l'accesso alle strutture ed ai servizi, rendendo disponibili il totale delle informazioni relative ad una persona in ogni contesto in cui servono, consentendo interventi appropriati.

Altra dimensione, da valorizzare e far conoscere è quella dell'intelligenza della sanità che è possibile costruire tramite rilevazione, elaborazioni e poi utilizzo sistemico dei dati prodotti, base materiale per il salto di qualità della sanità in termini di efficienza operativa ed efficacia delle cure.



4. OK ALLE REGIONI, MA DEVONO COOPERARE

4.1. Cosa ne pensano gli italiani

Dopo sedici mesi di pandemia, e a quasi trent'anni dalle riforme del 1992-1993 ed a venti dalla riforma del Titolo V, come sta il regionalismo sanitario italiano? L'attribuzione della responsabilità primaria alle Regioni della governance sui servizi sanitari come è valutata dai cittadini in questa fase storica?

Il 61,3% esprime un giudizio positivo, il 38,7% un giudizio negativo. Più favorevoli sono nel Nord Est (76,2%), le donne (65,9%), adulti (64,2%), malati cronici (61,7%) (tab. 1)

Tra chi è favorevole, il 51,7% motiva la propria posizione con l'idea che la responsabilità regionale crea una sanità più vicina alle comunità locali, il 23,6% perché responsabilizzerebbe i soggetti locali della sanità ed il 24,7% perché rispecchia la realtà di sanità e regioni diverse (fig. 4).

I contrari invece mettono l'accento in primo luogo sull'ampliamento delle disparità territoriali (60,5%), il 24,1% è convinto che le regioni deboli non ce la faranno, il 15,4% reputa alto il rischio che si finirà per imporre elevati costi a carico di cittadini delle regioni più deboli (fig. 5).

4.2. La cooperazione indispensabile

Troppo si è spinto in questi anni sul termine competizione in relazione all'ambito sanitario, con effetti poi di erosione dei legami e via via di pericolosa frammentazione. È evidente che il tempo della cooperazione è arrivato: ciò non esclude forme di sana competizione, ma sempre e comunque dentro il quadro della cooperazione, indispensabile per la natura dei processi che si fronteggiano.

Sul piano istituzionale la cooperazione consentirà di valorizzare anche il meglio della responsabilità regionale in sanità che si è visto essere molto apprezzata dagli italiani. Infatti, sono convinti che sia il modo migliore per costruire sanità legate ai fabbisogni locali e al contempo rendere più responsabili gli attori locali.



Cooperazione dunque non come ricentralizzazione, ma come metodo contemporaneo, efficace, ad alto consenso sociale di far operare sistemi complessi composti da attori diversi e ispirati ad una architettura orizzontale e diffusa.

Vale per le istituzioni e vale per la concreta produzione dei servizi.

4.3. Il senso *attualissimo* della Conferenza Stato-Regioni

Tema centrale da sempre è quello del rapporto tra Centro e Regioni in sanità. Per questo sono da valorizzare le sedi del confronto istituzionale, in cui da tempo si sperimenta una governance condivisa dentro una architettura istituzionale adeguata alla complessità della società e, in questo caso, della sanità.

Esempio eclatante è la *Conferenza Stato-Regioni* chiamata a favorire la cooperazione tra Stato e Regioni, luogo di scambio dei punti di vista sulle questioni di competenza regionale.

Una istituzione che, per mission e pratica, tiene insieme le necessità:

- di avere mediazioni efficaci tra tante diverse esigenze sociali, territoriali, di gruppi sociali e professionali, ognuno in cerca di riconoscimenti e rappresentanza;
- di decisioni condivise e concretamente implementabili in tempi appropriati.



5. VIAGGIARE DIALOGANDO NELLE SANITÀ REGIONALI

5.1. Note per un'Agenda trasversale

La programmazione sanitaria nazionale e regionale e il materiale documentario Pnrr sono più che sufficienti per delineare il *design* delle nuove sanità regionali, dalla prossimità al digitale alla qualificazione del personale.

Il presente progetto invece è un dialogo aperto sui temi del Servizio sanitario di eccellenza con i veri protagonisti delle sanità regionali, proprio sui temi chiave del nostro tempo quali sanità di prossimità e sanità digitale, che peraltro sono intrecciati.

Per questo nel trimestre avviato da marzo 2021, sono stati realizzati un ampio e variegato set di incontri, scambi, dibattiti con responsabili e operatori delle sanità di Piemonte, Veneto, Lazio e Puglia, con una vera e propria immersione nelle rispettive sanità.

Sono quattro sanità diverse tra loro e diversamente sfidate dalla pandemia e i suoi effetti. Tuttavia, ci sono trasversalità comuni che è opportuno fissare ed, in particolare:

- la consapevolezza che nei prossimi anni sarà indispensabile *operare con logica da ecosistema*, costruendo luoghi e forme di una relazionalità tra i tanti attori della sanità e tra questi e gli altri mondi. Alla logica di sistema che esclude chi non è nei confini o conforme a codici statici si va sostituendo (ed è opportuno che si sostituisca) quella da ecosistema, che mette in movimento quando servono tutte le risorse disponibili utili per ottimizzare le soluzioni per i cittadini. L'esperienza di pandemia e vaccinazione sono state eloquenti: il Servizio sanitario moltiplica la sua potenza operativa laddove si pone non come un fortino chiuso ma come motore di mobilitazione di soggetti e processi nei suoi ambiti e oltre i suoi ambiti;
- nell'estrema differenziazione delle sanità di prossimità regionali, trovare una sintesi praticabile tra il rischio da un lato di imposizione dall'alto e dall'altro quello di un eccesso di frammentazione. E' indispensabile avviare la costruzione di piattaforme regolatorie, di riferimento organizzativo e strutturale comune tra le Regioni per le tante dimensioni analoghe con cui sono confrontate. È una priorità



altrimenti si moltiplicano i costi aggiuntivi in capo ai cittadini e, più ancora, alle imprese fornitrici delle sanità regionali, con un danno netto per la società;

- l'importanza decisiva delle persone, sia perché portatrici di competenze e professionalità sia perché dotate di quella umanità che tanto ha giocato nel periodo pandemico e che è così apprezzata dai cittadini. Alta è la condivisione del convincimento che la buona sanità la fanno in primis le persone, i professionisti, competenti e empatici;
- la presa d'atto dell'importanza dell'infrastruttura intermedia della sanità, quella di Asl, dipartimenti regionali, direttori generali, funzionari, ovvero il *middle* e *high management* quasi sempre bistrattato e che invece in questi mesi ha fatto uno scatto di orgoglio e di qualità, inventando soluzioni non banali, non standardizzate, con un pensiero laterale decisivo per la tenuta anche nei momenti più cupi;
- la necessità di rendere la digitalizzazione un *atout* vero, uscendo dalla frammentazione di piattaforme che non si parlano, dal dotarsi di *device* obsoleti già prima di essere acquistati, dal profluvio di inglesismi a cui non seguono mai effetti concreti sulla qualità delle prestazioni. Il digitale su cui puntare è fatto di cose molto concrete, di cui esempi sono il fascicolo sanitario elettronico sempre accessibile, le piattaforme di prenotazione, le centrali di contatto, telemedicina e teleconsulti, la verifica in remote di parametri vitali dei pazienti tramite il telemonitoraggio, la digitalizzazione dei rapporti tra le diverse unità del Servizio sanitario ecc. Affinché i fabbisogni semplici siano soddisfatti, anche nel digitale è forte l'esigenza di costruire un lessico e infrastrutture con un minimo comun denominatore entro le sanità regionali e tra loro.
- l'attenzione alle condizioni per una implementazione concreta dei precetti del Pnrr e delle loro varianti regionali. Ad esempio, dagli incontri emerge chiaro che nelle sanità regionali non ci sarà sanità digitale senza personale digitalizzato e che non ci sarà sanità di prossimità senza le logistiche appropriate, ad esempio quelle che devono garantire la disponibilità nelle farmacie di farmaci e dispositivi medici irrinunciabili;
- la volontà di lasciare aperte porte e finestre delle sanità regionali alle competenze e risorse di altri settori e soggetti. Emerge trasversalmente alle differenze regionali una voglia di cooperare,



- collaborare, aprirsi a soggetti e mondi che possono apportare innovazione, risorse, skill, competenze qualificate;
- la percezione netta che resta irrisolto il grande tema del medico di medicina generale, singolo o associato che in alcune regioni è esplicitamente riconosciuto, al di là del Pnrr, come il referente primo del territorio, in altre resta comunque decisivo. In ogni caso esso è, oggi più che mai, per gli italiani il soggetto di riferimento per la propria salute. Difficile sarà trovare la quadra del format di territorio senza sciogliere la questione di ruolo e relazionalità del medico di medicina generale.

5.2. Fare presto perché la nuova emergenza è già qui

Accelerare l'evoluzione della sanità con impulso a quella di prossimità ed alle opportunità del digitale: sono priorità indotte non tanto dallo stimolo dei finanziamenti, ma da quel che sta per affrontare la nostra sanità. Nel periodo pandemico c'è stato un taglio drastico di prestazioni di ogni tipo, nella logica della concentrazione sul Covid-19.

Ora via via la sanità non erogata tornerà nella forma di una domanda sanitaria di prestazioni più ampia e intensa, perché esito di patologie in stato più avanzato con relativi più alti fabbisogni assistenziali.

Non c'è tempo per attendere la prossima pandemia, perché la pressione emergenziale è iniziata e crescerà man mano che scema la pressione indotta dal Covid-19.

Per affrontarla senza tornare in troppe regioni a vedere allungare a dismisura le liste di attesa decisiva è l'accelerazione verso la sanità di prossimità e l'uso intenso del digitale.

Sanità non erogata e fabbisogni di cronicità da affrontare a domicilio dei cittadini: ce ne è abbastanza per capire che la sintesi tra le iniziative regionali e le prescrizioni del Pnrr sono una priorità.

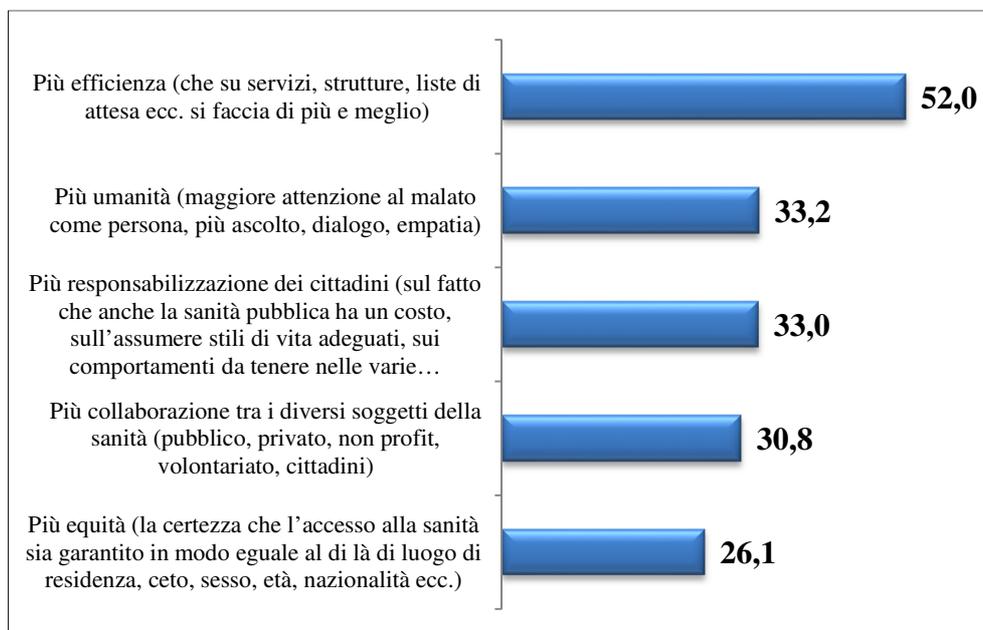
Ed è decisiva la capacità di mobilitare soggetti e risorse aggiuntive rispetto a quelle pubbliche, cospicue ma non abbastanza visti i fabbisogni.



TABELLE E FIGURE



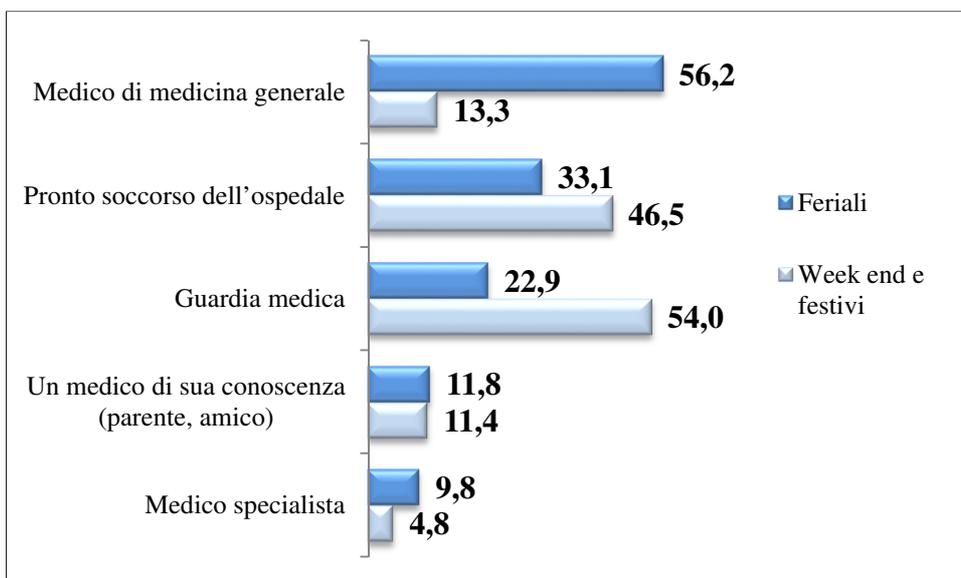
Fig. 1 – Graduatoria delle principali cose che gli italiani si aspettano in sanità nel post Covid-19 (val. %)



Fonte: indagine Censis 2021



Fig. 2 - Principali figure a cui i cittadini si rivolgerebbero in caso di sintomi preoccupanti o non conosciuti nei giorni feriali e nei week-end e festivi (*) (val.%)

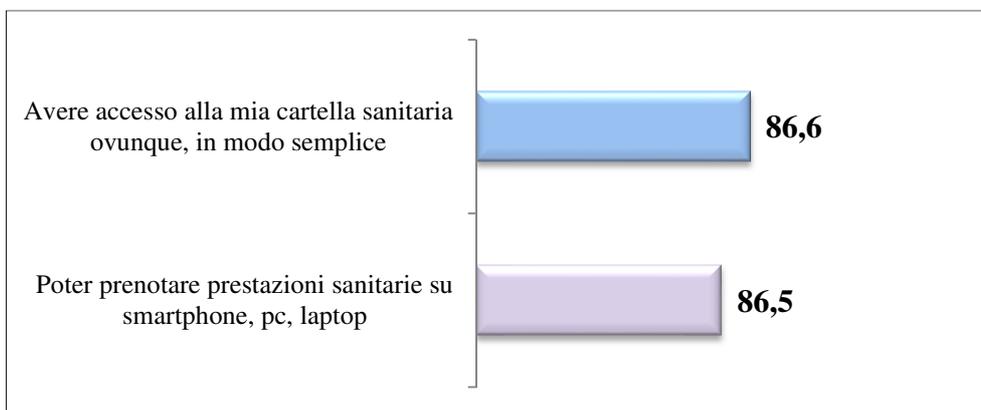


*Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte

Fonte: indagine Censis 2021



Fig. 3 – Cose che gli italiani si aspettano dall'avvento del digitale in sanità nel post Covid-19 (val. %)



Fonte: indagine Censis 2021



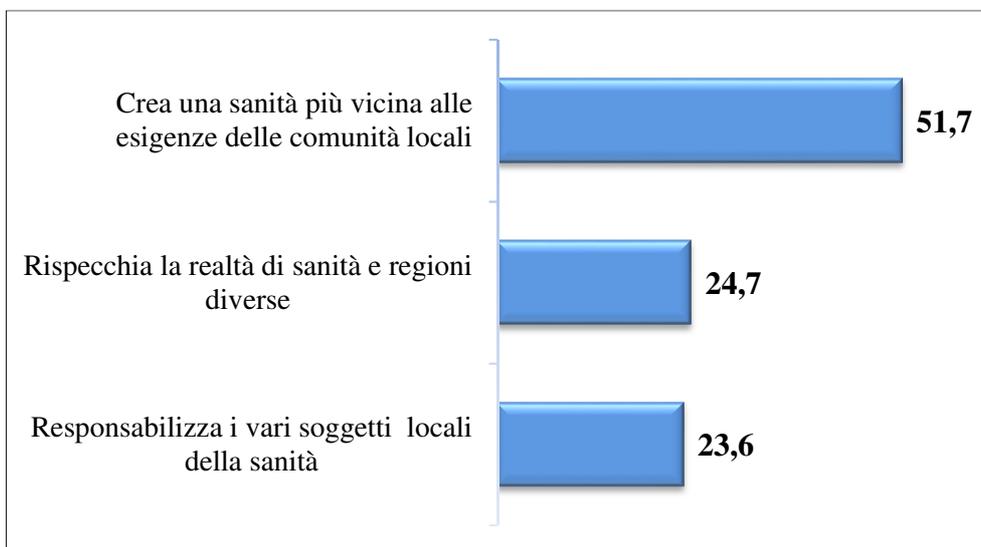
Tab. 1 – Opinioni degli italiani sull’attribuzione di poteri e responsabilità alle Regioni in sanità, per area geografica (val. %)

<i>Sull’attribuzione delle principali responsabilità sulla sanità alle Regioni Lei è:</i>	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Favorevole	61,6	76,2	55,8	55,5	61,3
Contrario	38,4	23,8	44,2	44,5	38,7
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis 2021



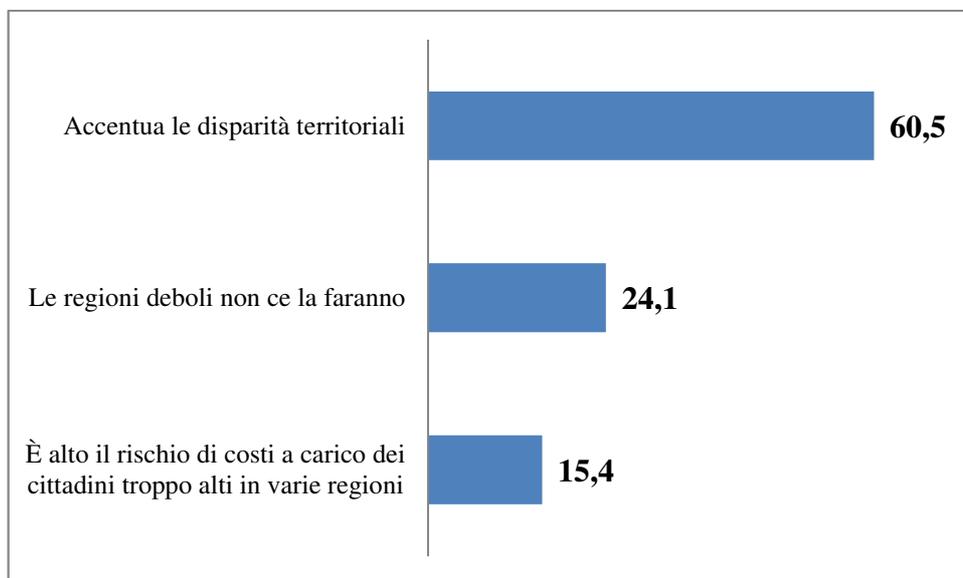
Fig. 4 – Motivazioni per cui gli italiani sono favorevoli all’attribuzione di poteri e responsabilità alle Regioni in sanità (val. %)



Fonte: indagine Censis 2021



Fig. 5 – Motivazioni per cui gli italiani sono contrari all’attribuzione di poteri e responsabilità alle Regioni in sanità(val. %)



Fonte: indagine Censis 2021

