



MEDICINA TERRITORIALE

Work in progress

Il convegno promosso dall'Ordine dei Medici
Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Firenze

**Medicina territoriale:
work in progress**
Gli atti del convegno del
19 dicembre 2025

A cura di: Ordine dei Medici Chirurghi e
Odontoiatri della Provincia di Firenze

Sede: Via Giulio Cesare Vanini 15 - Firenze

Dicembre 2025

Nota metodologica

Questo documento raccoglie e riorganizza i principali contenuti emersi durante il confronto del 19 dicembre 2025, promosso dall'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Firenze, dedicato al tema della sanità territoriale e dell'evoluzione del modello delle Case della Comunità.

Non si tratta di una trascrizione integrale né di un documento programmatico: è una restituzione editoriale costruita per mettere nero su bianco il confronto avvenuto durante il convegno, mantenendo fedeltà ai concetti e alle posizioni espresse dai relatori, ma trasformando il linguaggio orale in un testo chiaro e coerente.

L'obiettivo è offrire uno strumento di lavoro che consenta di:

- Fissare i punti di convergenza emersi;
- Evidenziare i nodi critici e le questioni aperte;
- Rendere più chiaro il passaggio dalla logica prestazionale alla presa in carico, con particolare attenzione all'integrazione socio-sanitaria e al rapporto tra territorio e ospedale.

Premessa

Pietro Dattolo

presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Firenze

La sanità territoriale è oggi il punto in cui si gioca il futuro del Servizio sanitario pubblico.

È sul territorio che emergono i bisogni reali delle persone, è lì che si misura la capacità del sistema di prendersi cura della cronicità, della fragilità, dell'invecchiamento della popolazione. Ed è sempre lì che si manifestano, con maggiore evidenza, le conseguenze di un'organizzazione non ancora pienamente integrata tra sanitario e sociale.

L'incontro del 19 dicembre 2025 nasce dalla consapevolezza che non è più sufficiente limitarsi all'analisi delle criticità. Occorre mettere a confronto istituzioni, professionisti, mondo accademico e rappresentanze del sistema sanitario per costruire una visione condivisa e, soprattutto, per individuare percorsi concreti di cambiamento.

Come Ordine, sentiamo forte la responsabilità di favorire questo confronto. Non per proporre soluzioni preconfezionate, ma per creare uno spazio di riflessione qualificata, capace di tenere insieme il punto di vista clinico, organizzativo e sociale. Il territorio non è un livello "minore" del sistema: è il luogo in cui la medicina ritrova la sua funzione primaria di prossimità, continuità e presa in carico.

Dai contributi raccolti emerge un quadro complesso ma chiaro: il

cambiamento è necessario, possibile, ma richiede governo, coraggio e responsabilità condivisa. Le Case della Comunità, l'integrazione socio-sanitaria, il lavoro in équipe, la formazione e l'innovazione tecnologica sono strumenti potenti solo se inseriti in un disegno coerente, orientato alla qualità delle cure e alla sostenibilità del sistema.

Questo libretto non ha l'ambizione di fornire risposte definitive. Vuole piuttosto restituire il senso di un confronto aperto e franco, mettendo in evidenza nodi, convergenze e priorità. Un contributo utile per continuare a lavorare insieme, con l'obiettivo comune di rafforzare la sanità pubblica e renderla sempre più vicina ai cittadini.

Il contesto

Perché il territorio è diventato centrale

Negli ultimi decenni il contesto demografico, sociale ed epidemiologico del Paese è cambiato in modo radicale. L'aumento dell'aspettativa di vita ha portato con sé una crescita significativa della popolazione anziana e, con essa, delle patologie croniche, degenerative e invalidanti. A questo si aggiunge una progressiva riduzione della speranza di vita in buona salute, con un impatto rilevante soprattutto sulle donne.

Parallelamente, si sono trasformati i bisogni sociali: famiglie più piccole, maggiore solitudine, difficoltà economiche diffuse e una ridotta capacità di assorbire al proprio interno il carico assistenziale. In questo scenario, la distinzione rigida tra bisogni sanitari e bisogni sociali si è rivelata sempre meno aderente alla realtà delle persone.

Il sistema sanitario, tuttavia, è rimasto in larga parte ancorato a un modello prestazionale, efficace in una fase storica caratterizzata da una popolazione più giovane e da bisogni prevalentemente acuti, ma oggi sempre più inadeguato a rispondere a bisogni complessi e continuativi.

La conseguenza è una pressione crescente sugli ospedali, con un elevato numero di accessi impropri ai pronto soccorso, ricoveri evitabili e difficoltà nella continuità delle cure. Il territorio, invece di funzionare come filtro e luogo di presa in carico, è spesso percepito come debole o frammentato.

È in questo quadro che la sanità territoriale torna al centro del dibattito, non come alternativa all'ospedale, ma come asse portante di un sistema che deve ricostruire integrazione, prossimità e responsabilità condivisa. Le Case della Comunità, i nuovi modelli organizzativi e l'evoluzione normativa rappresentano una risposta possibile, ma non automatica: il loro successo dipende dalla capacità di ripensare ruoli, processi e relazioni tra tutti gli attori coinvolti.

La visione istituzionale

Governare la trasformazione insieme

Monia Monni, Assessora regionale al Diritto alla Salute e al Sociale

Attraversiamo una fase di trasformazione profonda e complessa del nostro sistema di welfare. Una trasformazione strutturale, destinata a durare, che richiede guida politica e capacità di governo. Soprattutto, richiede una direzione condivisa, perché i cambiamenti che abbiamo davanti incidono sulla vita quotidiana delle persone e sulla tenuta stessa del sistema pubblico.

La popolazione invecchia, aumentano le fragilità sanitarie e sociali, cresce la povertà, e molte famiglie vivono una fatica crescente nel sostenere da sole il lavoro di cura. In questo quadro, il bisogno cambia forma: diventa più cronico, più multidimensionale, più esigente in termini di continuità. La risposta, per essere efficace, deve diventare più integrata, più prossima, più capace di accompagnare nel tempo.

È per questa ragione che, quando mi è stato proposto di assumere questo incarico, ho chiesto con determinazione che sanità e sociale tornassero sotto un'unica regia politica. Ho voluto ricomporre, dentro le istituzioni, la stessa integrazione che le persone portano con sé nella vita reale. I bisogni non si presentano separati, ma intrecciati e complessi. Richiedono risposte multidisciplinari, accessibili, continue. Ed è sul territorio che questi bisogni emergono con maggiore evidenza, così come è sul territorio che devono trovare risposte adeguate.

La sanità territoriale rappresenta il vero banco di prova del futuro del nostro sistema sanitario pubblico. Per molti anni è stata indicata come una necessità; oggi entra in una fase diversa, quella della costruzione concreta. Le Case della Comunità costituiscono il primo snodo di questo processo: il luogo in cui l'organizzazione dei servizi diventa prossimità, accesso, presa in carico.

Entro il 31 marzo 2026 apriranno 70 Case della Comunità finanziate dal PNRR. Questa scadenza ha un valore preciso: imprime un'accelerazione, impone scelte organizzative rapide, rende visibile il passaggio dalla programmazione all'attuazione. Non si tratta di un traguardo conclusivo, ma di un punto di avvio. Le strutture finanziate dal PNRR rappresentano l'innescio di un percorso più ampio, destinato a proseguire oltre il Piano, sia sul piano quantitativo sia, soprattutto, sul piano della maturazione dei modelli organizzativi.

I tempi del PNRR richiedono che una parte delle Case della Comunità avvii l'attività inizialmente in modalità "spoke", con una dotazione di servizi e orari ancora parziale. Questa scelta consente di rispettare le scadenze e, allo stesso tempo, di rendere operative le strutture. Dal 31 marzo si apre una fase decisiva: quella dell'implementazione progressiva, del rafforzamento delle funzioni, dell'evoluzione verso modelli "hub", capaci di garantire risposte integrate, continuative e appropriate ai bisogni sanitari e sociali delle persone.

In questo quadro, le Case della Comunità vanno lette come parte di una strategia complessiva di riorientamento del sistema verso il territorio. La loro efficacia dipende dalla capacità di essere luoghi vissuti, riconoscibili, abitati dalle professioni sanitarie e sociali, in

grado di costruire percorsi di presa in carico e di offrire un punto di riferimento stabile per i cittadini.

Dentro questo nuovo assetto, il ruolo dei medici di medicina generale è centrale. Le Case della Comunità devono essere luoghi realmente operativi, capaci di funzionare solo se abitati dal lavoro quotidiano delle professioni. La collaborazione dei medici di famiglia rappresenta una leva decisiva per trasformare una riorganizzazione in una capacità concreta di risposta ai bisogni. Il territorio funziona quando lavora in équipe, quando integra competenze, quando costruisce percorsi condivisi.

Questo passaggio riguarda direttamente anche il pronto soccorso, che oggi rappresenta la porta di accesso più certa e più immediata al sistema sanitario. I pronto soccorso registrano una prevalenza di accessi classificati come “impropri”. Nella sostanza, molti di questi accessi rispondono a bisogni necessari, perché diventano l'unica possibilità di risposta quando il territorio non è ancora organizzato per intercettare e accompagnare quel bisogno in modo appropriato. La pressione sul pronto soccorso racconta quindi un dato organizzativo, prima ancora che clinico.

Dove il territorio è strutturato, dove il medico di medicina generale lavora in équipe ed è affiancato da altre professionalità, emergono risultati concreti: una presa in carico più efficace, una maggiore appropriatezza delle risposte, una riduzione della pressione sul pronto soccorso, una migliore qualità del lavoro clinico. È in questi contesti che si vede la direzione del cambiamento.

Il percorso che stiamo costruendo richiede lavoro di squadra e un'e-

voluzione culturale. Ospedale e territorio sono nodi di una rete unica, interconnessa e responsabile. La continuità delle cure si fonda su un'organizzazione capace di accompagnare le persone nel tempo, lungo i passaggi tra bisogni sanitari e sociali, tra acuzie e cronicità. Oggi questo carico grava troppo spesso sulle famiglie e sui singoli professionisti; una riforma efficace redistribuisce questa responsabilità dentro un sistema che la rende sostenibile.

La posta in gioco è alta. Le risorse per la sanità pubblica sono limitate e vincolate. In questo contesto, la capacità di utilizzare al meglio competenze, strumenti e organizzazione diventa decisiva. Rafforzare il servizio pubblico significa renderlo più vicino, più equo, più capace di prendersi cura delle persone nella loro globalità, indipendentemente dal reddito e dalla condizione sociale.

Governare una trasformazione di questa portata richiede un metodo chiaro. La scelta politica che rivendico è quella di costruire un dialogo stabile, continuo e strutturato con il mondo medico e con tutti i professionisti della sanità. Un dialogo fertile, capace di costruire insieme il cambiamento, di orientare le scelte, di correggerle quando necessario, di consolidarle quando funzionano.

Questo dialogo rappresenta anche la condizione per dare piena attuazione a un principio ordinatore delle politiche sanitarie: l'umanizzazione delle cure. Umanizzare significa prendersi cura delle persone nella loro interezza, a partire dai pazienti, e significa anche avere cura di chi cura. La qualità dell'assistenza cresce insieme alla qualità del lavoro, all'organizzazione dei tempi, al riconoscimento delle competenze, alla tutela del benessere professionale e umano.

Avere cura di chi cura è una responsabilità pubblica. In questa consapevolezza si colloca l'azione di governo: costruire un sistema sanitario pubblico capace di tenere insieme appropriatezza clinica, equità, prossimità e dignità del lavoro. È su questo terreno che il cambiamento può diventare concreto, condiviso e duraturo.”

Il quadro normativo e l'evoluzione della medicina generale

Dalla prestazione alla presa in carico

Elisabetta Altì, Vice Presidente Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Firenze

La medicina generale nasce nel 1978, con l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, come diritto universale: ogni cittadino ha accesso a un medico di riferimento. È stata una conquista fondamentale, che spesso diamo per scontata, ma che in molti Paesi non esiste ancora. Lo vediamo ogni giorno quando incontriamo pazienti provenienti da altri sistemi sanitari, privi di un punto di riferimento stabile e di un accesso gratuito alle cure.

Quel modello, però, si è sviluppato in un contesto demografico e sociale profondamente diverso da quello attuale. All'epoca la popolazione era più giovane, i bisogni erano prevalentemente acuti e il modello prestazionale riusciva a rispondere in modo efficace. La prossimità del medico di medicina generale, il rapporto fiduciario e la capillarità territoriale garantivano una risposta adeguata.

Oggi lo scenario è radicalmente cambiato. La popolazione è invecchiata, una quota significativa ha più di 75 anni e presenta più patologie croniche, spesso concomitanti. Le donne mostrano un carico di multimorbilità ancora maggiore, la salute mentale è peggiorata

e la cronicità è diventata la norma, non più l'eccezione. A questo si aggiungono disuguaglianze territoriali e carenze di personale che mettono sotto pressione l'intero sistema.

A fronte di questa trasformazione, i servizi sono rimasti a lungo solo parzialmente integrati e disomogenei. Tuttavia, la medicina generale non è rimasta ferma. Negli anni ha avviato un percorso di riorganizzazione importante: dalle forme associative alle Aggregazioni Funzionali Territoriali, fino ai Dipartimenti di Medicina Generale. In Toscana questo percorso rappresenta un'esperienza avanzata anche a livello nazionale, con strumenti di coordinamento e interlocuzione che in molte altre regioni non esistono.

Questo cammino si è innestato sulle più recenti evoluzioni normative, in particolare sul Decreto Ministeriale 77, che ridisegna l'assistenza territoriale attraverso le Case della Comunità, gli Ospedali di Comunità e le Centrali Operative Territoriali. A livello regionale, queste indicazioni sono state declinate con atti che definiscono in modo più chiaro ruoli, funzioni e responsabilità.

Un passaggio centrale è l'introduzione del ruolo unico del medico di medicina generale, che supera la storica separazione tra assistenza primaria e continuità assistenziale. Questo consente una reale continuità delle cure, una migliore organizzazione del lavoro e una presenza strutturata nelle Case della Comunità, a beneficio sia dei professionisti sia dei cittadini.

L'accordo integrativo regionale definisce in modo puntuale le attività legate alla presa in carico della cronicità, all'assistenza domiciliare, agli ambulatori tematici e alla sanità di iniziativa. Viene rafforzato

il lavoro in équipe e l'integrazione con il personale infermieristico e amministrativo, elementi indispensabili per rendere sostenibile il carico assistenziale.

Il passaggio decisivo è quello della prestazione alla presa in cura. Significa superare la frammentazione degli interventi, costruire percorsi assistenziali continui e personalizzati, sostenuti da una sanità connessa, digitale e realmente integrata. È questa la direzione necessaria per rispondere ai bisogni di oggi e garantire la tenuta del sistema pubblico nel tempo.

Dal dm 77 alla medicina di popolazione

Dalla prestazione al percorso di salute

Simona Bennati, Medico di Medicina Generale e consigliera dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Firenze

Il Decreto Ministeriale 77 rappresenta un passaggio fondamentale perché nasce da una visione della salute più ampia rispetto al passato. Non si limita alla dimensione strettamente sanitaria, ma tiene insieme fattori ambientali, sociali e comunitari. È una visione che altri sistemi sanitari più evoluti hanno già adottato e che consente di allineare anche il nostro Paese a un approccio realmente moderno.

Alla base di questo impianto ci sono due riferimenti chiari. Da un lato, una concezione olistica della salute, che considera la persona nel suo contesto di vita. Dall'altro, il principio costituzionale che tutela la salute come diritto fondamentale e impone risposte uniformi, accessibili e garantite su tutto il territorio nazionale.

Il decreto interviene in un contesto segnato da una crisi demografica profonda. La popolazione invecchia, aumentano le patologie croniche e il modello prestazionale tradizionale non è più sostenibile. Continuare a rispondere ai bisogni solo attraverso singole prestazioni significa rincorrere i problemi senza governarli.

Per questo il DM 77 introduce il concetto di medicina di popolazione, orientata alla prevenzione, alla promozione della salute e alla

presa in carico strutturata della cronicità. L'obiettivo non è solo curare, ma mantenere le persone in buona salute il più a lungo possibile e accompagnarle in modo continuo quando la malattia diventa cronica.

In questo quadro, l'assistenza primaria viene ridefinita come un insieme di servizi integrati, centrati sulla persona e prossimi alla comunità. Il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta restano i referenti principali, grazie al rapporto fiduciario con i cittadini, ma operano all'interno di équipe multidisciplinari. Il lavoro non è più individuale, ma orientato alla costruzione di veri e propri progetti di salute.

Il passaggio chiave è l'abbandono della prestazione isolata a favore di percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali. Questi percorsi si basano sulla stratificazione del rischio e dei bisogni: non tutti i cittadini hanno bisogno dello stesso livello di intervento. Il sistema deve essere capace di modulare le risposte, dalla promozione della salute nella popolazione sana fino alla presa in carico delle fasi più avanzate della malattia.

La sanità digitale diventa uno strumento centrale per rendere possibile questo modello. Telemedicina, telemonitoraggio e Fascicolo Sanitario Elettronico consentono di accorciare le distanze, garantire continuità assistenziale e migliorare il coordinamento tra i professionisti. La tecnologia non è un fine, ma un mezzo per rendere il sistema più accessibile ed efficace.

Dal punto di vista organizzativo, il DM 77 prevede un'articolazione territoriale basata sui distretti e sulle Case della Comunità, distin-

guendo tra strutture “hub” e “spoke”. La fase attuale va letta come un punto di partenza: molte Case della Comunità operano ancora con servizi ridotti, ma l’obiettivo è una progressiva implementazione delle funzioni previste.

Un aspetto ormai imprescindibile è la diagnostica di primo livello nella medicina generale. Non è più pensabile una presa in carico efficace senza strumenti diagnostici adeguati. Allo stesso modo, il rafforzamento del personale infermieristico e amministrativo è una condizione necessaria per sostenere il carico assistenziale crescente.

Elemento di raccordo dell’intero sistema è la Centrale Operativa Territoriale, che ha il compito di coordinare i servizi, garantire l’accessibilità e mantenere una visione complessiva del percorso di cura. Accanto a questa, il numero 116117 rappresenta uno strumento strategico per intercettare i bisogni urgenti a bassa intensità, offrendo risposte alternative al pronto soccorso.

Il modello delineato dal DM 77 può funzionare solo se resta ancorato ai principi di prossimità e capillarità. Non esiste una soluzione unica valida ovunque: i modelli devono adattarsi alle specificità dei territori. La vera sfida non è costruire nuove strutture, ma far funzionare un sistema integrato, realmente centrato sulle persone e sui loro bisogni.

Cronicità e governo clinico

Integrare territorio e ospedale per evitare la frammentazione

Sergio Baglioni, presidente Commissione Albo Medici dell’Ordine di Firenze

Il tema della cronicità mette in evidenza, più di ogni altro, i limiti dell’attuale organizzazione delle cure. I pazienti cronici e complessi aumentano, le risorse crescono poco o nulla e il sistema continua a funzionare per compartimenti stagni. Ospedale e territorio restano troppo spesso mondi separati, con il risultato di percorsi discontinui, ripetitivi e clinicamente poco governati.

Oggi il cittadino affetto da cronicità affronta una sequenza frammentata di prescrizioni, con altrettanti accessi al CUP e prestazioni non coordinate. Manca una regia clinica chiara che permetta una presa in carico reale, senza soluzioni di continuità. Il percorso si costruisce per sommatoria di atti amministrativi invece che per un disegno assistenziale condiviso.

Questo modello produce due effetti evidenti. Da un lato, la frustrazione dei professionisti, schiacciati da adempimenti burocratici che sottraggono tempo alla relazione clinica e che non hanno la certezza di portare l’assistito all’obiettivo. Dall’altro, il disagio dei pazienti, che faticano a orientarsi in percorsi spesso a ostacoli, che non riescono a capire le priorità né a riconoscere un referente responsabile del loro percorso di cura. Anche gli specialisti ospedalieri si trovano

spesso a erogare prestazioni inappropriate per mancanza di un confronto strutturato con la medicina generale.

Le Case della Comunità rappresentano un'opportunità importante, ma non possono essere considerate una soluzione esaustiva: occorre qualcos'altro. Se il cambiamento riguarda solo il territorio e non coinvolge anche l'organizzazione ospedaliera, il rischio è di spostare i problemi in una terra di nessuno senza risolverli. L'integrazione deve essere bidirezionale e reale.

Serve un cambio di paradigma nei percorsi complessi. La proposta è chiara: rendere prioritario il confronto diretto tra professionisti prima della prescrizione. Nei casi di cronicità e complessità, il passaggio obbligato e impersonale dal CUP non può essere il fulcro del sistema. Il confronto clinico tra medico di medicina generale e specialista consente di definire percorsi appropriati, programmare le prestazioni necessarie, ridurre duplicazioni e ridondanze, prevenire i ritardi e le instabilità che riempiono Pronto soccorso ed ospedali.

Questo significa invertire l'ordine tradizionale: prima il confronto clinico, la consulenza, poi – se necessario – la prestazione. Il CUP torna così alla sua funzione corretta, utile per gli accessi non inseriti in un percorso, occasionali, come pure il Pronto soccorso, ridedicandolo a quanto di imprevedibile con la riduzione delle latenze assistenziali e con i ricoveri concordati. La gestione della cronicità si fonda su relazioni professionali strutturate, riconoscibili e responsabili.

In questo quadro, il Day Service territoriale rappresenta uno snodo strategico di integrazione tra ospedale e territorio. Consente di in-

tercettare bisogni complessi, effettuare approfondimenti diagnostici e terapeutici mirati a ridurre il ricorso al ricovero ospedaliero, mantenendo la presa in carico in un contesto appropriato.

La gestione della cronicità richiede percorsi condivisi, basati su criteri clinici chiari e su una responsabilità reciproca, nota, condivisa e programmata senza iati tra i diversi livelli di cura, compresi quello domiciliare e gli ospedali di comunità. Non si tratta di difendere competenze o spazi organizzativi, ma di costruire reti cliniche reali, capaci di tenere insieme competenze, informazioni e decisioni lungo tutto il percorso assistenziale.

Il punto conclusivo è semplice ma non negoziabile: senza un cambiamento di mentalità e di pratiche organizzative, ogni intervento rischia di restare episodico. Governare la cronicità significa superare la logica della prestazione isolata e assumersi la responsabilità condivisa di tutto il percorso di cura delle persone.

Formare i professionisti che servono oggi

Università, orientamento e specializzazione delle cure primarie

Andrea Galli, direttore Soc Gastroenterologia all'ospedale di Careggi e professore di Gastroenterologia all'Università di Firenze

Dal punto di vista dell'Università, la riorganizzazione della sanità territoriale non può funzionare se non viene affrontato in modo serio il nodo della formazione. Il problema non è semplicemente numerico. Non è vero che "mancano i medici" in senso generico: mancano medici formati, orientati e motivati verso alcune aree strategiche del sistema, in particolare la medicina generale e la medicina d'urgenza.

A livello nazionale assistiamo a un paradosso evidente. I posti nelle scuole di specializzazione ci sono, ma molti restano vacanti. Questo significa che la pianificazione del fabbisogno, da sola, non basta. Se non accompagniamo i numeri con un lavoro serio di orientamento e con percorsi formativi coerenti con la realtà del lavoro, continueremo a produrre squilibri.

A Firenze abbiamo deciso di intervenire a monte, ripensando il corso di laurea in Medicina e Chirurgia con un'impostazione più professionalizzante fin dai primi anni. Abbiamo introdotto precocemente competenze pratiche, lavorato sulle soft skills, dato spazio

all'insegnamento strutturato della deontologia medica. L'obiettivo è semplice: far capire agli studenti, il prima possibile, cosa significa davvero fare il medico oggi.

Un passaggio decisivo è stato l'inserimento strutturato di esperienze in medicina generale e in medicina d'urgenza all'interno del percorso universitario. Non esperienze marginali o opzionali, ma tirocini valutativi negli ultimi anni del corso. Questo ha permesso agli studenti di conoscere direttamente questi ambiti, superando pregiudizi e stereotipi che spesso nascono proprio dalla mancanza di contatto con la realtà.

I risultati sono stati chiari. Abbiamo registrato un aumento delle domande, una maggiore copertura dei posti disponibili e un interesse crescente verso percorsi formativi che prima venivano percepiti come meno attrattivi. Questo dimostra che, se si fa vedere cosa c'è davvero dietro una professione, le scelte diventano più consapevoli.

C'è poi un tema strutturale che non possiamo più rinviare: la trasformazione del corso di formazione in medicina generale in una vera e propria scuola di specializzazione. Questo passaggio consentirebbe di garantire standard formativi omogenei su tutto il territorio nazionale, sistemi di valutazione chiari, maggiore mobilità degli specializzandi e un riconoscimento economico adeguato.

La formazione è uno degli snodi decisivi per il successo della sanità territoriale. Senza professionisti preparati, motivati e orientati, nessuna riforma organizzativa può reggere nel tempo. Le strutture si possono costruire, le norme si possono scrivere, ma sono le persone a far funzionare davvero il sistema.

Ospedale e territorio: i numeri della crisi

Accessi impropri, costi e responsabilità

Gerardo Anastasio, segretario generale Anaa Assomed Toscana

Stiamo sul terreno dei numeri, perché senza i dati rischiamo di parlare per percezioni. E i dati ci dicono una cosa molto semplice: quando il territorio è fragile, l'ospedale va in sofferenza.

In Toscana, come nel resto del Paese, una quota rilevante degli accessi al pronto soccorso riguarda casi a bassa complessità. Persone che non avrebbero bisogno dell'ospedale, ma che finiscono lì perché non trovano risposte alternative sul territorio. Questo vale nei giorni feriali come nei festivi, con percentuali elevate di codici minori che intasano il pronto soccorso.

Le differenze territoriali sono evidenti. Dove esiste una sanità urbana più organizzata, gli accessi impropri sono più contenuti. In altre aree, invece, il fenomeno esplode. Questo dimostra che non è un destino inevitabile, ma il risultato di come il territorio è strutturato e governato.

Lo stesso discorso vale per i ricoveri. Una parte consistente delle degenze ospedaliere riguarda pazienti che avrebbero potuto essere gestiti in setting alternativi: ospedali di comunità, percorsi territoriali strutturati, assistenza domiciliare integrata. Ogni ricovero improprio genera costi elevati e sottrae risorse a chi ha davvero bisogno

dell'ospedale.

C'è poi un altro aspetto che non possiamo ignorare: la pressione legale. Il contenzioso sanitario si concentra in modo nettamente prevalente sull'assistenza ospedaliera. Questo accade perché l'ospedale è il punto di arrivo di percorsi disordinati, di dimissioni non governate, di mancanza di continuità assistenziale. Il territorio, al contrario, registra un livello di conflittualità molto più basso.

Parliamo anche di costi. In Toscana una giornata di degenza ospedaliera costa mediamente circa 600 euro. Se moltiplichiamo questo dato per le giornate di degenza impropria, emerge un potenziale recupero di risorse enorme. Risorse che potrebbero essere reinvestite proprio dove oggi mancano: nel rafforzamento dell'assistenza territoriale e nella presa in carico della cronicità.

Le soluzioni non sono teoriche. Le abbiamo già sul tavolo: potenziare l'assistenza integrata, programmare le dimissioni, rafforzare gli ospedali di comunità, costruire una vera integrazione informatica tra ospedale e territorio. Anche la telemedicina può essere uno strumento fondamentale, ma solo se inserita in percorsi chiari, presidiati e regolati. Le scorciatoie, soprattutto cliniche, aumentano il rischio invece di ridurlo.

Il punto finale è questo: un territorio debole produce inevitabilmente un ospedale in crisi. Rafforzare l'assistenza territoriale non è un costo aggiuntivo, ma una scelta obbligata se vogliamo garantire sostenibilità, qualità delle cure e sicurezza per i pazienti e per i professionisti.

Oltre le strutture: il modello territoriale

Case della Comunità, integrazione e bisogni reali

Monica Marini, Dirigente Assistenza sanitaria territoriale, coordinamento dei processi di programmazione Direzione Sanità, Welfare e Coesione Sociale Regione Toscana

Vorrei riportare il dibattito su un punto che considero decisivo: la sanità territoriale non può essere letta come una semplice somma di strutture, né come un processo di accentramento delle funzioni. La vera sfida non è aprire edifici, ma costruire modelli organizzativi capaci di rispondere ai bisogni reali delle persone.

Le Case della Comunità non devono diventare luoghi di erogazione frammentata di prestazioni. Se così fosse, non aggiungerebbero nulla a un sistema già fortemente prestazionale. Il valore del modello territoriale sta invece nell'integrazione: tra professionisti, tra sanitario e sociale, tra cura clinica e accompagnamento della persona.

Il bisogno che oggi emerge raramente è solo sanitario. È quasi sempre un bisogno complesso, multidimensionale, che intreccia fragilità cliniche, condizioni sociali, solitudine, povertà relazionale. Per questo la lettura dei bisogni non può che essere integrata, e le risposte devono essere costruite in modo coordinato, superando la logica dei compartimenti stagni.

In Toscana esistono già esperienze significative in questa direzione.

Anche in contesti difficili, come nel caso di Pistoia dopo la riorganizzazione di alcune funzioni ospedaliere, il superamento di una visione puramente strutturale ha permesso di sviluppare modelli capaci di rispondere in modo più efficace ai bisogni della popolazione. Questo dimostra che il cambiamento è possibile, se accompagnato da una visione chiara.

Restano però forti disomogeneità territoriali. Alcune realtà hanno già avviato percorsi avanzati di integrazione, mentre altre restano ancorate a una logica per silos, in cui i servizi coesistono ma non dialogano. Se non affrontiamo questo nodo, il rischio è che le Case della Comunità diventino contenitori vuoti, incapaci di incidere davvero.

Un altro tema centrale è la comunicazione. Spesso diamo per scontato che cittadini e comunità comprendano i contenuti delle riforme, ma non è così. Serve un linguaggio meno specialistico, più vicino alle persone, capace di spiegare non solo cosa cambia, ma perché cambia e quali benefici concreti comporta nella vita quotidiana.

In questo quadro assumono un ruolo fondamentale i modelli di auto-cura supportata e di partecipazione attiva della comunità. In molte situazioni, il bisogno che emerge non è immediatamente clinico, ma sociale: la necessità di relazione, di orientamento, di appartenenza. Integrare queste dimensioni significa rafforzare davvero la sanità territoriale, rendendola più umana, più accessibile e più efficace.

Dalla prestazione alla presa in carico

Il ruolo dell'azienda sanitaria e il governo dei percorsi

Lorenzo Roti, Direttore Sanitario Azienda USL Toscana Centro

C'è un punto che considero decisivo per il futuro della sanità territoriale: questo sistema non può funzionare se continua a essere organizzato attorno alla logica della prestazione. Il cambiamento richiesto è prima di tutto culturale, e solo in seconda battuta organizzativo. È necessario passare dalla produzione di prestazioni alla presa in carico delle persone.

Nel tempo, pur dichiarando la centralità della medicina generale, il sistema sanitario ha progressivamente indebolito la dimensione distrettuale e territoriale. Ne è derivato un paradosso evidente: una sanità formalmente fondata sul territorio, ma concretamente incapace di governarlo. Abbiamo moltiplicato risposte puntuali senza costruire percorsi, lasciando i cittadini soli di fronte alla complessità dei bisogni.

In questo quadro, le Case della Comunità non possono essere intese come semplici strutture fisiche o come contenitori neutri di servizi. Possono esistere e funzionare solo se diventano luoghi abitati da una comunità professionale riconoscibile, responsabile di una popolazione definita. Senza questa responsabilizzazione, il rischio è

quello di replicare al loro interno la stessa frammentazione che oggi caratterizza il sistema.

Se le Case della Comunità si limitano a offrire singole prestazioni, il cittadino continuerà a muoversi per richieste isolate e il professionista a rispondere in modo episodico. In questo scenario non c'è presa in carico, non c'è continuità, non c'è governo dei bisogni. La sfida, invece, è costruire percorsi condivisi, basati su relazioni professionali stabili e su una visione complessiva della persona.

Ho voluto inoltre sottolineare la necessità di affrontare senza ipocrisie il tema del privato. Ignorare il suo ruolo crescente significa rinunciare a governare una parte rilevante del sistema. La questione non è contrapporre pubblico e privato, ma stabilire regole di integrazione che permettano di mantenere nel patrimonio informativo del territorio anche le prestazioni erogate fuori dal servizio pubblico.

Un ulteriore nodo riguarda l'alfabetizzazione sanitaria dei cittadini. Per troppo tempo si è dato per scontato che le persone sapessero orientarsi nel sistema, mentre l'educazione alla salute è stata progressivamente trascurata. Senza cittadini informati e consapevoli, qualsiasi modello territoriale rischia di funzionare solo parzialmente.

La conclusione è chiara: la sanità territoriale richiede un cambio di paradigma. Serve un'organizzazione capace di costruire percorsi e non solo risposte puntuali. Serve una governance che tenga insieme professionisti, cittadini e istituzioni. E serve il coraggio di superare definitivamente una visione produttivistica della sanità, per tornare a mettere davvero al centro le persone.

Prevenzione di prossimità

Screening oncologici e sanità che va incontro alle persone

Roberto Gusinu, Direttore Sanitario Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica di Firenze (Ispro)

Ritengo che la prevenzione oncologica possa funzionare davvero solo se è accessibile, vicina alle persone e pienamente integrata nel sistema territoriale. Parlare di prevenzione senza affrontare il tema dell'accessibilità rischia di ridurla a un principio astratto, lontano dalla vita concreta dei cittadini.

ISPRO, come nuova azienda del sistema sanitario regionale, nasce anche con questo obiettivo: rafforzare il legame tra prevenzione oncologica e medicina territoriale, superando un modello tradizionale che spesso costringe le persone a spostamenti lunghi, complessi e poco sostenibili, soprattutto nelle aree più fragili o rurali.

L'idea di fondo è semplice, ma strategica: portare la prevenzione dove vivono le persone, e non il contrario. In questa direzione si colloca il lavoro di integrazione tra le unità mobili di screening e le Case della Comunità. Avvicinare i programmi di prevenzione ai luoghi della quotidianità significa intercettare fasce di popolazione che oggi rischiano di rimanere escluse, riducendo disuguaglianze che non sono solo sanitarie, ma anche sociali.

Il contesto in cui ci muoviamo rende questa scelta non solo opportuna, ma necessaria. Il progressivo depauperamento di alcune

aree del territorio, l'invecchiamento della popolazione e le difficoltà economiche e sociali che attraversano molte famiglie rendono sempre più complesso l'accesso ai servizi sanitari tradizionali. In questo scenario, la sanità pubblica continua a rappresentare un presidio fondamentale di equità e coesione.

Il multiscreening di prossimità diventa così uno strumento avanzato di sanità pubblica. Non si limita a individuare precocemente la malattia, ma contribuisce a costruire fiducia, continuità e relazione tra cittadini e sistema sanitario. È un investimento che produce benefici nel tempo, riducendo i costi clinici e sociali legati alla diagnosi tardiva.

Si tratta di un progetto che richiede risorse e visione di medio-lungo periodo. Accanto agli investimenti regionali, è possibile attivare anche opportunità di finanziamento europeo, riconoscendo alla prevenzione un ruolo centrale nelle politiche sanitarie contemporanee.

Infine, considero essenziale mantenere uno sguardo aperto al confronto internazionale. Il modello toscano è avanzato, ma può ulteriormente crescere dialogando con altri sistemi sanitari europei, in particolare sul tema delle reti integrate di prevenzione e cura e dei Comprehensive Cancer Centers. Confrontarsi significa rafforzare ciò che già funziona e individuare nuove strade per rendere la sanità pubblica sempre più vicina alle persone.

Medicina generale e comunità

Cambiare è difficile, ma necessario

Alessio Nastruzzi, Medico di Medicina Generale

So bene che il cambiamento, nella sanità come in molti altri ambiti, non è mai indolore. Ogni trasformazione reale incontra resistenze, diffidenze, paure. È sempre stato così. È successo con l'informatizzazione delle prescrizioni, con la dematerializzazione dei certificati, con l'introduzione degli strumenti digitali nella pratica quotidiana. All'inizio sembravano ostacoli insormontabili; oggi nessuno tornerrebbe indietro.

Lo stesso vale per il modello delle Case della Comunità. Siamo di fronte a un cambiamento profondo, che non può essere giudicato nell'immediato e che va governato nel tempo. Pensare che una riforma di questa portata possa funzionare senza difficoltà iniziali è semplicemente irrealistico. La vera sfida non è evitare il cambiamento, ma accompagnarlo, giorno dopo giorno, con pazienza e coerenza.

Un punto per me centrale è questo: le Case della Comunità funzionano solo se la comunità ne diventa parte attiva. Non possono essere luoghi frequentati da utenti passivi che cercano singole risposte. Devono diventare spazi condivisi, in cui le persone siano informate, coinvolte e messe nelle condizioni di comprendere cosa offre il sistema, quali sono i suoi limiti e quali opportunità apre.

Questo passaggio richiede una comunicazione efficace, che oggi manca. Il racconto pubblico della sanità è quasi sempre sbilanciato

sul negativo. La cosiddetta "mala sanità" fa notizia; la buona sanità quotidiana, quella che ogni giorno garantisce cure, ascolto e continuità, resta invisibile. Eppure è proprio quella a tenere in piedi il sistema.

Spiegare ai cittadini i propri diritti è fondamentale, ma non basta. È necessario chiarire anche i doveri, i percorsi corretti, le modalità con cui orientarsi all'interno di un sistema che cambia. Senza questa consapevolezza, ogni innovazione rischia di essere percepita come una sottrazione, come una perdita di qualcosa che c'era prima, anziché come un'evoluzione.

Il modello ideale delle Case della Comunità è quello di un team multidisciplinare reale, non solo dichiarato. Medici di medicina generale, specialisti, infermieri, assistenti sociali, psicologi, personale amministrativo devono lavorare insieme, in modo coordinato e riconoscibile. Luoghi che producano salute, certo, ma anche relazione, fiducia e continuità.

Allo stesso tempo, i cittadini non devono essere lasciati soli. Gruppi di auto-aiuto, percorsi di cittadinanza attiva, reti associative e sindacali possono diventare strumenti fondamentali per facilitare il rapporto tra le persone e il sistema sanitario. Costruire comunità significa anche questo: accompagnare, spiegare, sostenere.

Cambiare è difficile. Ma restare fermi, oggi, sarebbe molto più pericoloso.

Il nodo irrisolto: famiglia e non autosufficienza

Il vero banco di prova del sistema socio-sanitario

Massimo Martelloni, consigliere dell' Ordine di Firenze, presidente Comitato Ordini Professionali di Firenze e consulente medico legale dell'Organismo toscano per il governo clinico

Se vogliamo capire davvero dove il sistema socio-sanitario regge e dove invece si rompe, dobbiamo guardare alla famiglia. È lì che emergono tutte le fragilità che troppo spesso preferiamo ignorare.

In Toscana una quota rilevante della popolazione anziana vive da sola(37%), con redditi medi contenuti(37000 euro) e con un carico assistenziale che, nei fatti, ricade quasi interamente sulle famiglie. Quando il sistema pubblico non riesce a garantire una presa in carico efficace e continuativa, il peso si trasferisce sui caregiver informali. Nella maggior parte dei casi sono donne, spesso anch'esse anziane, che suppliscono a ciò che il sistema non riesce a fare.

Questo non è un problema solo sanitario. È un problema profondamente socio-sanitario. La mancanza di percorsi integrati produce effetti a cascata: ricoveri impropri, dimissioni difficili, rientri ripetuti in ospedale, contenziosi legali e un utilizzo inefficiente delle risorse pubbliche. Tutto ciò che non governiamo a monte, ci esplosa addosso a valle.

Per questo è indispensabile normare e rafforzare i percorsi socio-sa-

nitari, superando frammentazioni organizzative e ostacoli burocratici che oggi rallentano o impediscono risposte efficaci. Ospedali di comunità, dimissioni protette, assistenza domiciliare strutturata non sono soluzioni opzionali o sperimentali, costituiscono strumenti indispensabili se vogliamo evitare che l'ospedale diventi l'unica risposta possibile ai bisogni delle famiglie, bisogni oltretutto che ospedali non sono.

Centrale, in questo quadro, è il tema della non autosufficienza e delle politiche nazionali sugli anziani. Le scelte operate a livello statale, in particolare sull'utilizzo del Fondo per la non autosufficienza(270 milioni di euro per assumere il personale dell'INPS) e sui criteri di accesso alle prestazioni, stanno producendo distorsioni evidenti. Criteri eccessivamente restrittivi per la prestazione universale di 800 euro, valutazioni parziali delle condizioni di fragilità e una lettura riduttiva degli atti della vita quotidiana, letti come solo intradomiciliari in contrasto con gli indirizzi della giurisprudenza,(sentenze della Corte di Cassazione che indica a riferimento atti della vita quotidiana come intradomiciliari ed extradomiciliari che rendono la vita dignitosa), stanno lasciando fuori migliaia di persone che avrebbero diritto a un sostegno, non in grado di sostenere un contenzioso legale.

Il rischio è duplice. Da un lato si impoveriscono ulteriormente le famiglie più fragili, costrette a sostenere costi economici e umani insostenibili. Dall'altro si disperdono risorse pubbliche in contenziosi, inefficienze e interventi tardivi, che costano molto più di una presa in carico tempestiva e adeguata.

Serve una strategia condivisa tra Stato e Regioni, capace di riconoscere la complessità delle condizioni di fragilità e di rispondere in modo coerente e continuo, anche attraverso la introduzione nelle Regioni di Sistemi di Valutazione Multidimensionale allargata/unificata in ambito sociale e medico-legale per gli ultra70enni (art.27, comma7, D.lgs 29/2024), prevedendo un approdo legislativo per gli atti della vita quotidiana come la giurisprudenza e la Corte Costituzionale indicano. Senza una vera integrazione socio-sanitaria e senza un sostegno concreto alle famiglie, qualsiasi riforma della sanità territoriale rischia di restare incompleta e di venir meno al principio di solidarietà ed ai generali principi di giustizia sociale.

I punti fermi emersi

Cosa abbiamo capito (davvero) sulla sanità territoriale

Dal confronto tra professionisti, istituzioni e operatori sanitari emergono alcuni punti fermi che non sono più opinioni, ma dati di realtà condivisi.

Il primo è che la sanità territoriale non può più essere una somma di servizi. Il modello basato sull'erogazione frammentata di prestazioni non risponde ai bisogni attuali, soprattutto in presenza di cronicità, fragilità sociali e invecchiamento della popolazione. La risposta deve essere integrata, continuativa, orientata alla presa in carico.

Il secondo punto fermo riguarda le Case della Comunità. Non possono diventare mini-ospedali o semplici poli ambulatoriali. Devono essere luoghi abitati da professionisti che lavorano insieme, con responsabilità condivise su una popolazione di riferimento. Senza questo passaggio, il rischio è replicare gli stessi problemi in spazi nuovi.

Terzo elemento: l'ospedale da solo non regge più il carico. Gli accessi impropri al pronto soccorso, i ricoveri evitabili e le degenze inappropriate non sono una colpa dei cittadini, ma il risultato di un sistema che non intercetta i bisogni prima. Il territorio deve diventare il primo filtro clinico e organizzativo.

Quarto punto fermo: la prevenzione funziona solo se è prossima. Screening, monitoraggi e interventi precoci devono raggiungere le

persone, soprattutto nelle aree periferiche e rurali. Portare i servizi verso i cittadini non è un costo aggiuntivo, ma un investimento in sostenibilità.

Infine, emerge con forza un nodo trasversale: la comunicazione. Senza un racconto chiaro del cambiamento, senza alfabetizzazione sanitaria e senza coinvolgimento attivo delle comunità, anche le riforme migliori rischiano di fallire. Le persone devono capire cosa cambia, perché cambia e cosa possono aspettarsi.

Questi punti costituiscono una base comune. Non risolvono tutto, ma indicano una direzione che non è più rimandabile.

Una trasformazione che richiede coraggio e responsabilità

Dagli interventi emerge con chiarezza che la trasformazione della sanità territoriale non è soltanto una questione organizzativa, ma un cambiamento culturale profondo. Cambiano i modelli di cura, cambiano i luoghi, cambiano i ruoli professionali e, inevitabilmente, cambiano anche le aspettative dei cittadini.

Questo processo non è indolore. Ogni cambiamento genera resistenze, timori, conflitti. È accaduto in passato con l'informatizzazione, con la riorganizzazione dei servizi, con l'evoluzione del ruolo del medico di medicina generale. Accade oggi con le Case della Comunità, con l'integrazione socio-sanitaria, con il superamento della logica esclusivamente prestazionale.

La discussione ha evidenziato come il rischio principale non sia il cambiamento in sé, ma un cambiamento incompleto o mal governato: strutture nuove che riproducono vecchie frammentazioni, servizi formalmente integrati ma di fatto separati, cittadini lasciati soli a interpretare un sistema complesso.

Per questo la sfida non è solo "aprire" nuove strutture, ma renderle vive, riconoscibili, responsabili verso una comunità definita. Le Case della Comunità non possono essere semplici contenitori di servizi: devono diventare luoghi di presa in carico reale, di lavoro di squadra, di prossimità concreta, capaci di rispondere a bisogni sanitari e sociali intrecciati.

In questo scenario, emerge con forza anche il ruolo della comunicazione e dell'alfabetizzazione sanitaria. Senza una cittadinanza informata, consapevole dei propri diritti ma anche dei limiti del sistema, nessuna riforma può funzionare davvero. Il territorio non si governa solo con atti amministrativi, ma con relazioni di fiducia, chiarezza e continuità.

Dal confronto a un'agenda di lavoro

Dal confronto del 19 dicembre emerge un quadro condiviso di priorità operative che delineano una possibile agenda di lavoro per la sanità territoriale. Non una lista di principi astratti, ma una serie di nodi concreti su cui intervenire.

1. Dalla prestazione alla presa in carico

La frammentazione delle prestazioni è uno dei principali fattori di inefficienza del sistema. La sanità territoriale deve orientarsi verso modelli di presa in carico continuativa, capaci di accompagnare le persone lungo percorsi di cura differenziati in base ai bisogni, in particolare per la gestione della cronicità e della fragilità.

Anticipare il bisogno significa ridurre accessi impropri, duplicazioni diagnostiche e ricoveri evitabili.

2. Integrazione strutturale tra sanitario e sociale

I bisogni che arrivano ai servizi sono sempre più complessi e multidimensionali. Separare sanitario e sociale produce scarico di responsabilità, disorientamento per i cittadini e carico eccessivo sulle famiglie.

L'integrazione deve essere organizzativa, operativa e non solo dichiarata, a partire da una governance territoriale condivisa e da strumen-

ti comuni di valutazione e intervento.

3. Case della Comunità come luoghi di responsabilità

Le Case della Comunità rappresentano un'opportunità solo se diventano punti di riferimento reali per una popolazione definita.

Non semplici contenitori di servizi, ma luoghi di coordinamento, presa in carico e lavoro in équipe, con responsabilità chiare verso i cittadini e capacità di risposta ai bisogni sanitari e sociali del territorio.

4. Nuovo equilibrio tra ospedale e territorio

L'ospedale non può restare l'unica porta di accesso al sistema. Servono percorsi strutturati di dimissione programmata, continuità assistenziale e utilizzo pieno degli ospedali di comunità come alternativa alla degenza ospedaliera non necessaria.

Territorio e ospedale devono funzionare come parti di un unico sistema, non come livelli separati.

5. Lavoro in équipe e sostenibilità professionale

Il cambiamento organizzativo richiede équipe multiprofessionali stabili: medici di medicina generale, specialisti, infermieri, assistenti sociali, personale amministrativo.

Ruoli chiari, strumenti adeguati e tempi sostenibili sono condizioni essenziali per evitare burnout, demotivazione e perdita di efficacia del sistema.

6. Formazione, orientamento e valorizzazione delle competenze

La formazione iniziale e continua deve essere coerente con i modelli organizzativi che si vogliono costruire.

Orientare i professionisti, valorizzare le competenze territoriali e rendere attrattivi i percorsi di lavoro nella sanità pubblica è una condizione indispensabile per garantire continuità e qualità delle cure.

7. Famiglie e caregiver come parte del sistema

Il carico assistenziale ricade sempre più sulle famiglie, spesso in modo informale e non riconosciuto.

Servizi di supporto, sollievo e accompagnamento devono essere parte integrante dei percorsi di cura, per evitare che la fragilità sanitaria si trasformi in fragilità sociale.

8. Prevenzione e prossimità

La prevenzione, in particolare quella oncologica, e gli interventi di prossimità rappresentano leve fondamentali per ridurre disuguaglianze e intercettare precocemente i bisogni.

Unità mobili, integrazione con la medicina territoriale e programmi di screening devono essere rafforzati e resi accessibili anche nelle aree più periferiche.

9. Tecnologia come strumento, non come fine

Telemedicina, fascicolo sanitario elettronico, intelligenza artificiale e sistemi di monitoraggio possono migliorare l'accesso e liberare

tempo clinico, ma solo se inseriti in percorsi chiari, governati e presidiati.

Senza regole condivise, il rischio è aumentare frammentazione e carico burocratico.

10. Misurazione, dati e trasparenza

Senza indicatori condivisi e monitoraggio degli esiti non è possibile valutare l'efficacia delle scelte.

Appropriatezza, riduzione dei ricoveri impropri, qualità delle cure e sostenibilità economica devono diventare criteri ordinari di valutazione.

11. Comunicazione e alfabetizzazione sanitaria

Il cambiamento organizzativo richiede una cittadinanza informata e consapevole.

Spiegare il funzionamento dei servizi, i diritti e i limiti del sistema è parte integrante della riforma, non un elemento accessorio.

Convegno realizzato con il contributo non condizionante di
Menarini Group