

Anna Lisa Mandorino

Per le cittadine e i cittadini italiani la sanità pubblica è la casa comune. Una casa edificata più di quarant'anni fa, attraverso la nascita del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), per garantire cure uguali e gratuite per tutti, in ogni angolo del Paese. Sono casa gli studi dei medici di medicina generale, così familiari specie per chi ha una malattia cronica e così prossimi a dove viviamo, e gli infermieri e gli altri operatori sanitari che si occupano dell'assistenza al nostro domicilio. Sono casa i Consultori, i Centri vaccinali, le farmacie di prossimità sempre aperte al pubblico, i letti delle cure palliative dove abbiamo visto morire i nostri cari.

Ma soprattutto sono casa gli ospedali dove siamo stati ricoverati, operati, rimessi in salute. Sono casa i reparti di ginecologia nei quali hanno visto la luce i nostri figli e le ostetriche che li hanno aiutati a nascere. È casa il Pronto Soccorso in cui tante volte ci siamo recati per un'emergenza, senza mai trovarlo chiuso.

Perché è casa il luogo che ti accoglie, ti cura, ti protegge. Il luogo di cui ciascuno è padrone, perché ha a disposizione, che sia povero o che sia ricco, quello che serve per curare un malanno ma anche farmaci e tecnologie innovative, spesso molto costose, per curare un tumore o diagnosticare una malattia rara. In assenza di un modello di assistenza territoriale diffuso ed efficiente, gli ospedali sono stati identificati come la porta d'accesso principale alla sanità pubblica ed è rispetto a essi, alla loro qualità, al loro grado di accessibilità, in alcune zone del Paese alla loro rarefazione, che il cittadino ancora oggi valuta il funzionamento del Servizio sanitario nazionale e ha modo di maturare il proprio punto di vista, inteso come punto di osservazione, rispetto alle criticità e/o ai punti di forza della nostra sanità.

Introduzione

In premessa giova ricordare che la nostra casa comune, rappresentata dal Servizio sanitario pubblico, universale, equo, solidaristico, è in pericolo ed è urgente intervenire.

Per anni il nostro SSN è stato privato di risorse; spesso anzi è stato considerato l'unico ambito da cui attingere per ripianare i conti. Per decenni si sono ridimensionate e diradate le strutture sanitarie e, soprattutto, si è ostacolato ogni investimento sulle professioni sanitarie. Per decenni si sono imposti tagli lineari in tutti gli ambiti, dalla sicurezza degli edifici sanitari ai farmaci. E neanche si è puntato sulla prevenzione, da sempre la cenerentola della sanità pubblica, che produrrebbe salute liberando, quindi, risorse economiche.

Poi la pandemia. Tutte le cittadine e i cittadini hanno capito quanto fosse importante la sanità e quanto fosse fondamentale la capacità del SSN di assicurare risposte rapide, di prossimità, e la necessità che sul territorio vi fossero strutture di riferimento e tanti operatori in campo.

Oggi però, a pochi mesi dall'attenuarsi dell'emergenza, nell'agenda e nelle scelte di politica pubblica, questi sembrano ricordi sbiaditi mentre la valanga di scelte improvvise che durano da decenni si abbatte sempre di più sulla nostra carne viva: pronto soccorso allo stremo, medici di medicina generale assenti in molte aree non per nulla definite "deserti sanitari", professioni sanitarie come quella infermieristica che risultano poco attrattive persino in un Paese con alti livelli di disoccupazione come il nostro.

Nessun cambio di rotta deciso sembra esserci sulla prevenzione, sull'educazione sanitaria, sugli screening e i vaccini di cui il nostro Paese ha coperture molto basse, per i primi soprattutto al Sud e per i

secondi soprattutto al Nord. Eppure, tante prestazioni perse durante il periodo della pandemia rischiano di provocare altrettante malattie diagnostiche tardivamente, come il cancro o le patologie acute del cuore.

Un po' ovunque lunghe, lunghissime liste d'attesa, nonostante i Piani e i fondi stanziati, con un'organizzazione dei servizi che rende vani i discorsi sui percorsi del paziente, sulla presa in carico dei suoi bisogni, sull'integrazione delle cure.

Il ricorso alla spesa privata aumenta ed è incompatibile con un sistema universalistico, oltre a essere possibile solo laddove le condizioni economiche dei singoli lo permettano. Per molte cittadine e molti cittadini l'attesa si è trasformata in rinuncia.

Per tutte queste ragioni occorre che le cittadine e i cittadini italiani diventino custodi della salute pubblica, poiché loro più di tutti, vivendola sulla propria pelle, hanno chiara l'urgenza delle questioni della nostra sanità. È importante che siano loro a proclamare questa volta, all'indomani della pandemia, lo stato di emergenza sanitaria, da sciogliere quando si avrà la prova concreta che le scelte e le politiche stanno andando nella direzione di rafforzare la sanità pubblica governando quella convenzionata, che ci sono all'orizzonte investimenti sufficienti a finanziare le riforme già previste, che si intende accantonare l'idea dell'asimmetria tra i cittadini del nostro Paese, che Stato e Regioni intendono stringere un Patto per la salute con l'unico obiettivo di mettere al centro il diritto costituzionale di ogni individuo e della collettività, a partire dalla riforma dell'assistenza territoriale prevista dal Piano nazionale ripresa resilienza (PNRR) e dalla sua integrazione con i servizi, anche ospedalieri, già esistenti.

Una sanità pubblica ospedalocentrica?

Ogni anno Cittadinanzattiva, attraverso le segnalazioni ricevute e gestite dai punti di tutela, assistenza e intervento del suo Tribunale per i diritti del malato presenti su tutto il territorio nazionale, elabora in un report i *trend* delle criticità che le vengono segnalate dai cittadini per evidenziare quelli che sono i punti di debolezza e le aree di miglioramento del nostro SSN. Vengono considerati nella redazione del Report anche quelli che Cittadinanzattiva chiama "eventi-sentinella", episodi cioè che si sono verificati poche volte o anche una soltanto, ma che in genere solo rilevatori di criticità emergenti e, per l'esperienza dell'organizzazione, destinate a manifestarsi diffusamente in seguito qualora non si riesca ad arginarli per tempo.

Ne emerge un quadro interessante tanto più quando in contraddizione con la narrativa dominante e con alcune false prospettive che, complice una comunicazione pubblica spesso polarizzata, diventano dominanti. L'esempio più emblematico riguarda proprio il tema degli ospedali nella misura in cui, durante il periodo pandemico e immediatamente dopo, si è parlato del nostro Sistema sanitario come di un sistema ospedalocentrico. Questo termine, usato per rimarcare l'assenza di un vero sistema di assistenza diffuso sul territorio e capace di prendersi carico della prevenzione e della cronicità come negli ospedali ci si prende cura dell'acuzie, può aver ingenerato due tipi di malintesi: il fatto che gli ospedali italiani siano stati al centro degli investimenti, e che quindi dal punto di vista del cittadino risultino funzionali ed efficaci; e il fatto che ci sia una relazione lobotomica fra l'ospedale e il territorio, come se l'ospedale non dovesse essere anch'esso all'interno di una logica territoriale e conformarsi all'ottica del cittadino che ha bisogno di una presa in carico integrata e continuativa rispetto ai suoi bisogni di salute, che ha bisogno di percorsi di assistenza e di cura unitari e organizzati. Risponde dunque al vero l'idea che l'ospedale sia stato al centro dell'investimento in sanità pubblica e che sia perciò un *setting* di cura che funziona? Sembrerebbe di no, guardando la [Figura 23.1](#).

Il *trend* delle segnalazioni elaborate dal Pit Salute negli ultimi sette anni (2015-2022), mostra il consolidarsi, quale oggetto delle segnalazioni più ricorrenti, del tema dell'accesso alle prestazioni (con una forchetta di percentuale che varia dal 30,5% del 2015 al 29,6% nel 2022) e di quello dell'assistenza ospedaliera, intesa come segnalazioni riguardanti il Pronto soccorso, il ricovero e le dimissioni (si passa dal 10,2% del 2015 al 15,8% nel 2022), seguiti da prevenzione (scende al 15,2% nel 2022, era al 19,7% nel 2021) e assistenza territoriale (la forchetta percentuale varia dall'11,5% del 2015 al 14,8% nel 2022).

Ancora a seguire, ma con uno stacco significativo in termini di punti percentuali, si collocano le segnalazioni relative a sicurezza delle cure (la forchetta di percentuale varia dal 14,6% del 2015 al 8,5% nel 2022), accesso alle informazioni (variazione dall'11,4% del 2015 al 4,5% nel 2022) e relazione e umanizzazione (variazione dal 3,6% nel 2015 al 2,6% nel 2022).

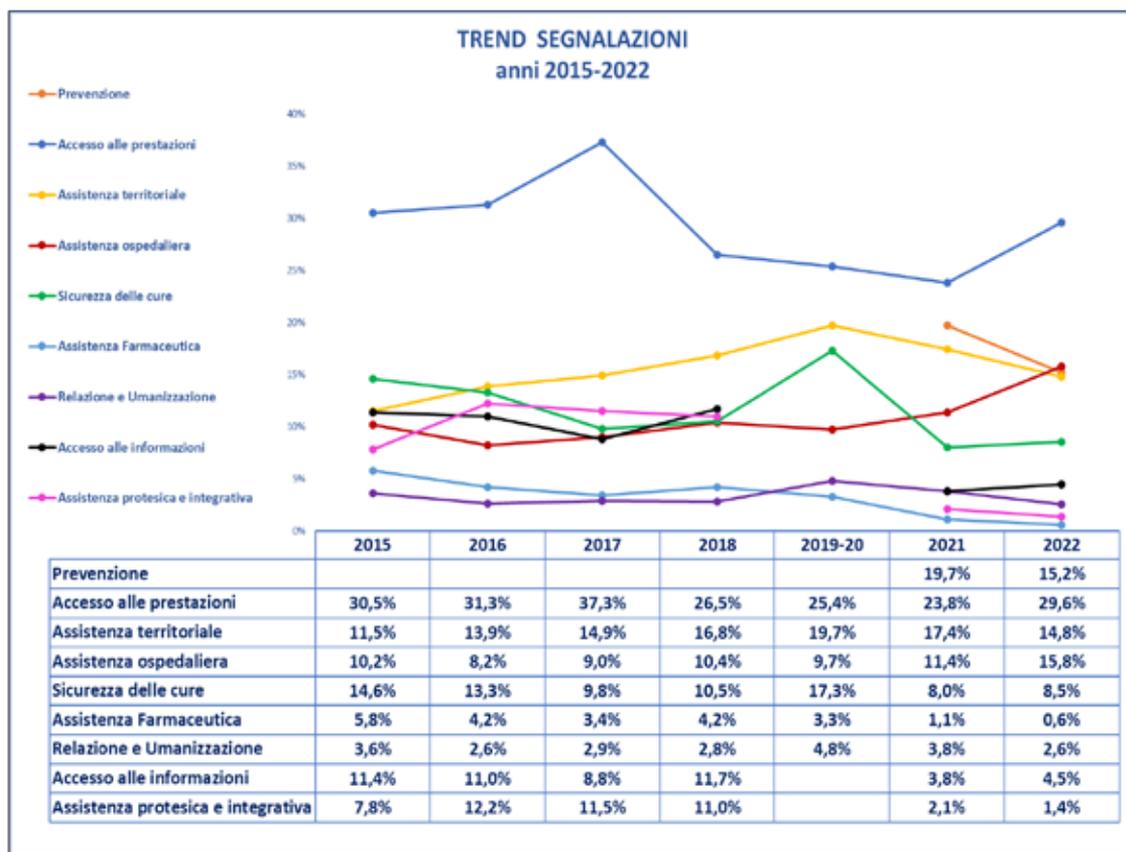


Figura 23.1 Fonte: *Rapporto Pit Salute 2023* – Elaborazione Agenzia Valutazione Civica – Cittadinanzattiva.

In considerazione del significato da sempre attribuito alle segnalazioni quali “termometro” delle criticità con le quali si misurano i cittadini nel loro rapporto quotidiano con il Servizio Sanitario, possiamo affermare che questi quattro comparti della sanità (accesso alle prestazioni, assistenza ospedaliera, prevenzione e assistenza territoriale), sono quelli nei quali negli ultimi anni il sistema ha mostrato tutta la sua fragilità trascinandosi dietro questioni irrisolte sulle quali non si è intervenuti tempestivamente. Non essere intervenuti in maniera decisa in questi settori ha provocato inevitabili ripercussioni sull’intero SSN (inappropriati accessi ai Pronto Soccorso, lunghe liste di attesa, ricorso alla sanità privata, rinuncia alle cure).

In linea con il *trend* degli ultimi anni l’accesso alle prestazioni si conferma il settore più critico per i cittadini anche nel 2022 e colpisce il fatto che, pur essendo l’emergenza pandemica rientrata soprattutto negli ultimi mesi dell’anno, ciò non sia bastato a far diminuire le criticità e le difficoltà di accesso ai servizi del SSN da parte dei cittadini. Ma, a fare da “contraltare” alle segnalazioni sull’accesso alle prestazioni in generale, quelle sull’assistenza ospedaliera (voce che si riferisce ai Pronto soccorso, ai ricoveri e alle dimissioni) si confermano in tutta la loro urgenza: i cittadini, non trovando risposte nel territorio e non riuscendo ad accedere alle prestazioni in maniera “ordinaria”, spesso si rivolgono al Pronto Soccorso anche quando esso non è il *setting* di cura appropriato. Nel 2022 restano molte le segnalazioni relative al sovraffollamento dei Pronto Soccorso, alla carenza di personale e alla scarsa qualità e umanizzazione delle prestazioni erogate. La situazione dei Pronto Soccorso, anzi, è stata spesso al centro delle cronache nel 2022 a causa di gravissimi episodi in cui è stato aggredito il personale sanitario in servizio: si tratta di episodi deprecabili e non giustificabili in alcun modo che sono, tuttavia, lo specchio di una situazione ormai “al limite” all’interno dei nostri ospedali e delle strutture di Emergenza-urgenza.

All’assistenza ospedaliera fanno riferimento anche alcune delle altre voci oggetto di segnalazioni dei cittadini e, prima fra tutte, la sicurezza delle cure. La voce va ricondotta a presunta *malpractice*, alle infezioni,

alle condizioni delle strutture, allo stato dei macchinari e rappresenta ancora uno dei nervi più scoperti e più sensibili del SSN. In particolare, quando parliamo di malpractice medica si fa spesso riferimento da parte dei cittadini non solo agli eventi in cui si insinua un sospetto riguardo all'atto del medico o alla presa in carico del paziente dal punto di vista clinico, ma soprattutto al perpetrarsi di una serie di comportamenti scorretti o inopportuni, disattenzioni, condizioni organizzative frammentate e disumanizzanti dei nostri presidi medico-sanitari, spesso frutto del poco tempo a disposizione, della riduzione o della mancata valorizzazione degli operatori sanitari, insomma del disinvestimento che non ha certo risparmiato l'assistenza ospedaliera.

I tre momenti cruciali dell'assistenza ospedaliera: l'Emergenza-urgenza, i ricoveri, le dimissioni

L'assistenza ospedaliera, con il 15,8% delle segnalazioni sul totale di quelle ricevute dal servizio di intervento e tutela *Pit*, si colloca al secondo posto nel numero di segnalazioni ricevute da Cittadinanzattiva e si conferma dunque, contraddicendo la narrazione che sembra attribuire un riconoscimento particolare e significativo alla centralità degli ospedali, anch'essa un'area critica rispetto alla tenuta del Servizio sanitario nazionale.

Come detto in premessa, il tema dell'assistenza ospedaliera rappresenta un importante banco di prova per la valutazione delle capacità dell'intero Sistema: l'assenza di una sanità di territorio ma, contemporaneamente, la contrazione del numero e della capacità ricettiva degli ospedali hanno indebolito il servizio pubblico nella sua generalità e lasciato scoperte intere zone del Paese che vengono definite "marginali" non certo perché residuali, rappresentano anche per la conformazione geografica del nostro Paese la maggior parte del territorio nazionale, quanto per essere state sottoposte a fenomeni progressivi di desertificazione dei servizi, che risultano così erogati in ritardo o addirittura negati a moltissime cittadine e moltissimi cittadini italiani. È emblematico, sotto questo aspetto, che per valutare e misurare la marginalità dei luoghi si ricorra proprio ai tempi di attesa di un'ambulanza o al numero di ricoveri considerati inappropriati.

In ambito ospedaliero le segnalazioni ricevute da Cittadinanzattiva riguardano per l'appunto l'Emergenza-Urgenza e il Pronto Soccorso per il 77,3%, i ricoveri per il 13,1% e le dimissioni per 9,7%, come la **Figura 23.2** riporta.



Figura 23.2 Fonte: *Rapporto Pit Salute 2023* – Elaborazione Agenzia Valutazione Civica – Cittadinanzattiva.

Nel 2022 il tema dell'Emergenza e dei Pronto soccorso ha rappresentato una forte criticità per i cittadini che si sono rivolti al Tribunale per i diritti del malato di Cittadinanzattiva segnalando, in particolare, il sovraffollamento degli spazi dei Pronto Soccorso, le lunghe ore d'attesa, la disorganizzazione nella gestione delle priorità e la carenza di personale.

Si tratta di situazioni in cui i cittadini effettivamente si confrontano con l'organizzazione dei servizi, in primis con la gestione delle urgenze e poi con la successiva presa in carico a livello ospedaliero con tutte le specificità del caso. Nel settore dell'assistenza ospedaliera, da anni urge una riforma del sistema di Emergenza-Urgenza che vada di pari passo con la riforma dell'assistenza territoriale e di prossimità. La carenza di personale, il ritardo nell'impiego dei fondi del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e la pandemia appena conclusa hanno ridotto quasi al "collasso" un settore già di per sé molto critico.

Pronto soccorso – Emergenza-urgenza (77,3%)

Una segnalazione ricevuta

Scrivo per raccontare cosa è successo al Pronto Soccorso di un ospedale emiliano.

Domenica scorsa, dopo una gita in gommone e un'onda presa male, mia sorella (56 anni) ha avuto un fortissimo dolore lombare che le impediva di camminare e reggersi in piedi. Siamo andati al P.S. Dopo sette ore di attesa, l'hanno dimessa con prescrizione di un potente antidolorifico. Dopo tre giorni, i dolori aumentavano e la tormentavano giorno e notte, anche da ferma o sdraiata. Siamo tornati al P.S. e, dopo ancora otto ore di attesa, una radiografia ha evidenziato la frattura della vertebra L1. Mi chiedevo se fosse possibile "liquidare" un paziente in quelle condizioni senza fare nessun accertamento radiografico e mi chiedo anche cosa sarebbe successo se non l'avessimo riportata per la seconda volta al Pronto Soccorso.

Le segnalazioni dei cittadini si sono concentrate in maniera massiccia sui Pronto Soccorso/Emergenza-Urgenza.

Il quadro che emerge dal dettaglio delle segnalazioni riguardanti il Pronto Soccorso rappresenta un "fermo immagine" di quello che è molto frequente trovare nelle strutture di Emergenza-Urgenza dislocate nelle Regioni italiane.

Le segnalazioni più ricorrenti riguardano l'affollamento del Pronto Soccorso (15,4%), una carente informazione al paziente e/o al familiare (9,8%), l'eccessiva attesa per completare il percorso- dal triage al ricovero/dimissioni (9,5%), l'eccessiva attesa prima di effettuare il triage (9,4%), la mancanza di posti letto in reparto per ricovero (9,2%), la mancanza di personale medico (8,7%), la condizione dei pazienti in sedia a rotelle /in barella lungo i corridoi per ore/giorni (7,5%).

L'organizzazione delle strutture e l'affluenza elevata concorrono a creare attese interminabili e un trattamento non rispondente ai bisogni e alla dignità dei cittadini malati, con situazioni che si acuiscono ancora di più in periodi determinati dell'anno (quando aumentano i sintomi influenzali, ad esempio) o in particolari località (per esempio quelle di villeggiatura) e che abbassano fortemente lo standard medio di offerta dei servizi.

I tempi d'attesa estenuanti, la scarsa informazione da parte del personale sanitario in merito alle condizioni del paziente, addirittura la mancanza di barelle rendono sempre più spesso insopportabile l'esperienza dei cittadini e dei propri familiari presso i Pronto Soccorso, che pure rimangono una delle principali vie d'accesso al Servizio sanitario (**Figura 23.3**).

Ricoveri (13,1%)

Una segnalazione ricevuta

Mia madre ha ottanta anni, si è rotta il femore ed è stata operata presso un noto ospedale che si trova a Roma. L'operazione è riuscita ed ora deve iniziare la riabilitazione presso una struttura specializzata. Il trasferimento di mia madre presso altra struttura e l'individuazione della struttura stessa non dovrebbe essere a carico dell'ospedale presso il quale ha fatto l'intervento? Ci è stato riferito che dobbiamo occuparcene noi figli.

Nell'ambito dei ricoveri presso le strutture i cittadini hanno segnalato diverse criticità che, ancora una volta, ci restituiscono un quadro da cui emergono una scarsa organizzazione, la carenza di figure sanitarie e una qualità percepita come inadeguata nell'erogazione dei servizi.

In particolare, le segnalazioni riguardano il trasferimento in strutture specializzate non garantito o difficoltoso (34,3%), la scarsa assistenza infermieristica (23,3%), la scarsa assistenza medica (20%), il ricovero in un reparto inadeguato (16,2%).

Dimissioni (9,7%)

Una segnalazione ricevuta

Vi chiamo dall'ospedale XX, sono stata ricoverata per una semi-occlusione intestinale, ora risolta. Il medico mi ha detto che sarò dimessa oggi e dovrò continuare le terapie a casa. Ho 83 anni e vivo da sola, non ho nessuno che possa prendersi cura di me. Ho paura che non riuscirò a seguire le terapie, posso fare qualche cosa? Posso chiedere un aiuto?

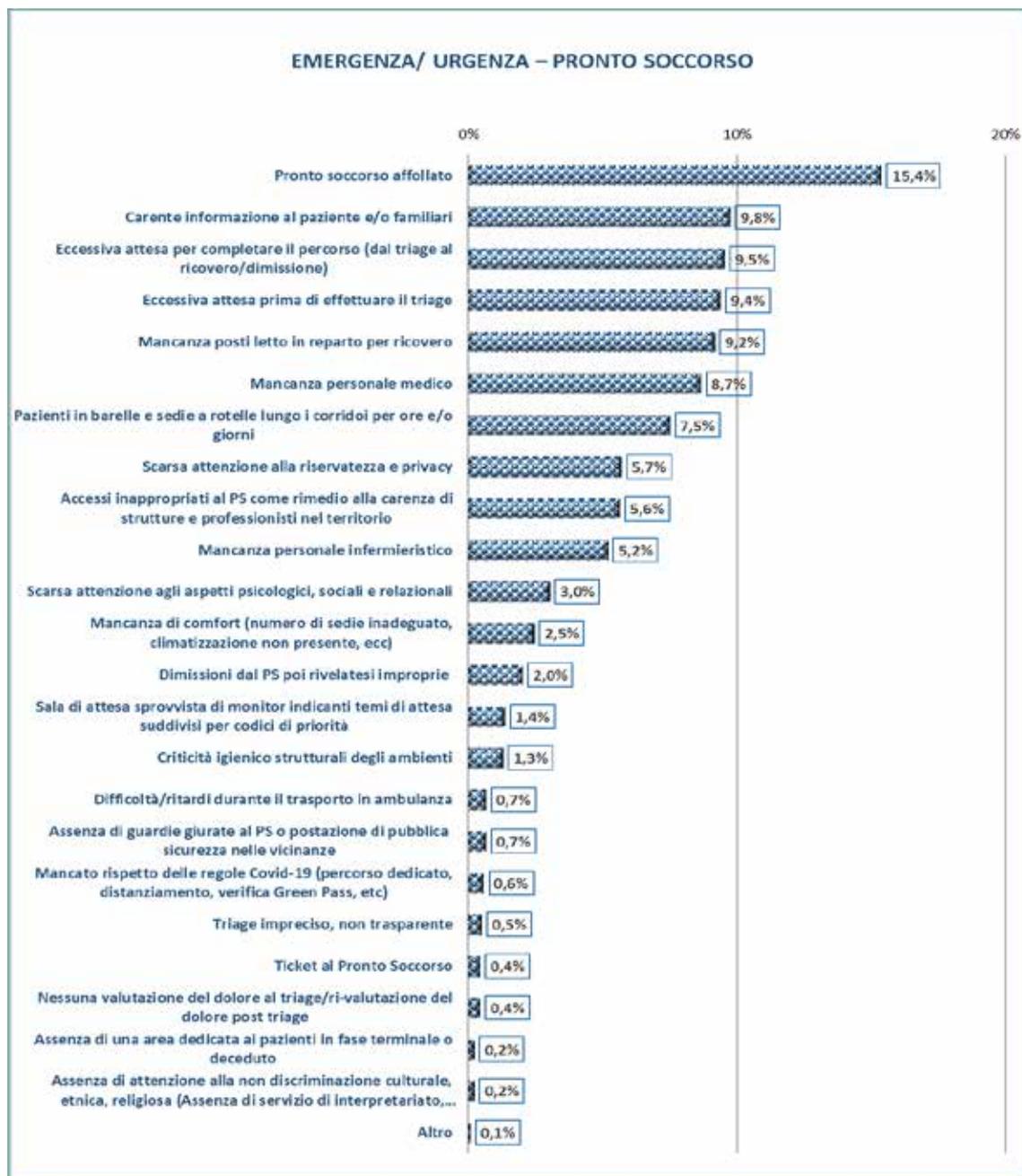


Figura 23.3 Fonte: *Rapporto Pit Salute 2023* – Elaborazione Agenzia Valutazione Civica – Cittadinanzattiva.

Le dimissioni sono il momento in cui la struttura ospedaliera termina il proprio compito, legato all'urgenza e alla gravità della situazione clinica, e rimanda il paziente alle cure territoriali, siano esse del medico di famiglia o delle strutture che offrono servizi specialistici (riabilitazione, approfondimento, controllo, servizi sociali).

Questa fase è particolarmente delicata perché è fondamentale che, al momento delle dimissioni, il paziente venga informato in maniera adeguata di tutte le terapie che dovrà seguire al proprio domicilio o che in alternativa, quando necessaria, gli venga garantita un'adeguata presa in carico da parte delle strutture territoriali.

Le segnalazioni relative alle dimissioni riguardano la carente valutazione dei fattori sociali (situazione economica e abitativa) e del contesto familiare/caregivers di riferimento (40,4%), la dimissione prematura rispetto alle condizioni (le cosiddette dimissioni forzate) (27,9%), lo scarso raccordo tra i diversi *setting* e/o le diverse professioni in fase di dimissioni (27,9%), altre criticità (3,7%).

Al di là dei casi estremi in cui il paziente viene dimesso in maniera prematura rispetto alle proprie condizioni, semplicemente per liberare il posto letto, negli altri casi evidenziati dalle segnalazioni emergono da un lato la totale assenza di una valutazione globale del paziente che vada oltre le condizioni cliniche e prenda in considerazione anche fattori economico-sociali, dall'altro lo scarso raccordo tra i diversi *setting* e professionisti nella fase di dimissioni.

Il quadro regionale

La provenienza delle segnalazioni relative all'assistenza ospedaliera è piuttosto equilibrata tra le Regioni (Figura 23.4), a riprova che le criticità sopra evidenziate sono presenti un po' in tutti i territori.

Spiccano per percentuali più alte le segnalazioni che provengono da Calabria (30%), Marche (26,6%), Basilicata (26,3%), Piemonte (24,9%),

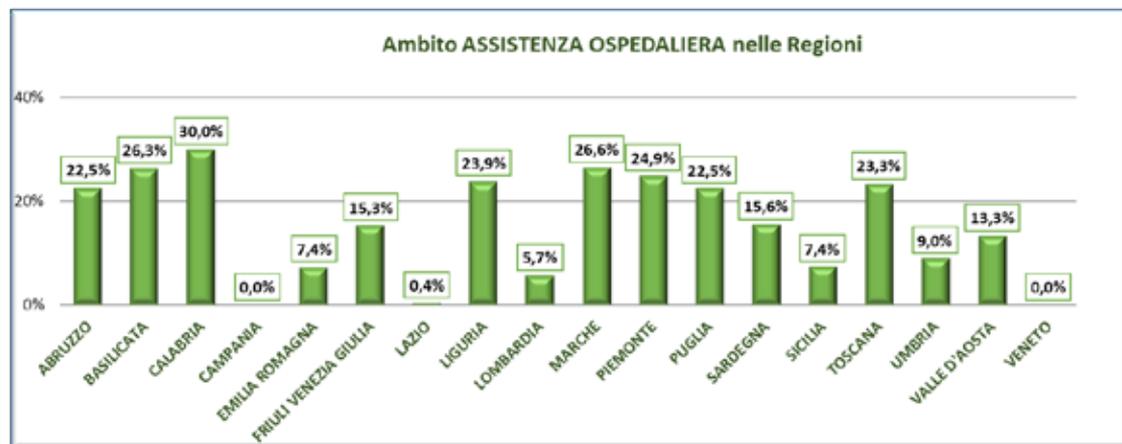


Figura 23.4 Fonte: *Rapporto Pit Salute 2023* – Elaborazione Agenzia Valutazione Civica – Cittadinanzattiva.

Tre qualità per un ospedale a misura di cittadino: il raccordo tra i professionisti, la sicurezza, l'umanizzazione dei percorsi e delle cure

Il raccordo tra i professionisti

Il raccordo di *setting* socio-assistenziali e di professionalità multidisciplinari è una formula organizzativa della presa in carico costruita sulla scorta di percorsi condivisi, capaci di mettere al centro il *continuum* di cura per il paziente non mancando di valorizzare i contributi dei vari attori professionali.

Gli obiettivi principali della gestione integrata di *setting* e professionalità sono quelli di:

- ottenere un miglioramento dello stato di salute del paziente;
- contenere/ottimizzare l'utilizzo delle risorse umane ed economiche;
- utilizzare strategie per modificare i comportamenti di pazienti e medici, da parte dei quali è spesso difficile perseguire, rispettivamente, un'adesione ai piani di cura e la condivisione e l'utilizzo di linee guida per la pratica clinica.

La gestione integrata è dunque un processo mirato al consolidarsi di una prassi di gestione condivisa tra il medico di medicina generale, che è il riferimento primario del paziente, la rete di professionisti territoriali e ospedalieri coinvolti nelle varie tappe assistenziali, ma anche il paziente stesso che diventa attore protagonista del suo percorso di cura.

Le segnalazioni ricevute da Cittadinanzattiva e relative al raccordo tra i diversi *setting* assistenziali evidenziano chiaramente che ancora si è molto lontani dalla gestione coordinata del paziente e dall'attivazione e integrazione dei *setting* assistenziali.

Nel dettaglio i cittadini hanno segnalato appunto il mancato raccordo tra i diversi *setting*, ospedale, cure domiciliari, servizi territoriali, RSA (32,7%); il mancato raccordo tra professionisti, MMG, specialisti, ecc. (29,1%); la mancata integrazione tra interventi sanitari e socio-sanitari e sociali (20,9%); la mancanza di una figura o di un luogo di coordinamento della presa in carico (8,2%); la mancata o carente valutazione multidimensionale dei bisogni (7,3%).

La sicurezza delle cure

L'ambito della sicurezza delle cure, con l'8,5% delle segnalazioni complessive, ha fatto registrare un lieve aumento di segnalazioni (+ 0,5%) rispetto al 2021. Da sempre nella percezione dei cittadini quello della sicurezza è un settore estremamente "delicato" che merita grande attenzione poiché investe tanti aspetti: il diritto ad avere cure sicure vuol dire infatti strutture adeguate, macchinari efficienti, personale sanitario preparato e qualità nel percorso di cura.

Le segnalazioni ricevute da Cittadinanzattiva si concentrano, infatti, su presunti errori nella pratica medica (56,2%), macchinari inadeguati (18,2%), condizioni igienico-sanitarie degli ambienti non soddisfacenti (16,4%), infezioni contratte in strutture sanitarie (9,2%).

La voce più consistente per il 2022, in linea con gli anni precedenti, resta quella che rappresenta i presunti errori nella pratica medica: la mole delle segnalazioni che si concentrano in questo ambito indica un generale aggravarsi delle condizioni di erogazione dei servizi a discapito della qualità e dell'attenzione ai singoli pazienti. Va tenuto presente, tuttavia, che quando parliamo di malpractice medica facciamo riferimento non solo agli eventi in cui si insinua un sospetto riguardo all'atto del medico o alla presa in carico del paziente dal punto di vista clinico, ma anche a una serie di comportamenti, disattenzioni, disfunzioni organizzative dei presidi medico-sanitari che sono in grado comunque di minare lo stato di salute del paziente.

Si può trattare di problemi legati alla relazione medico-paziente, a ritardi diagnostici e terapeutici non tali da generare un danno quantificabile ma, ciononostante, delle conseguenze inaccettabili per la persona coinvolta, a documentazione clinica inadeguata (per esempio, cartelle cliniche incomplete o non compilate interamente, esami e certificazioni andate perse o non inserite). In altri casi è invece evidente rilevare un problema di *malpractice* "allargata", "di sistema": in questi casi non è il singolo operatore sanitario a commettere un errore, bensì l'intera organizzazione è incapace di individuare per tempo i rischi di gestione, dei turni di lavoro, degli eventi sentinella – e alimenta rischi o causa danni difficilmente esitabili in una richiesta di risarcimento del danno da parte dei cittadini, ma, come prima, egualmente inaccettabili dal punto di vista della persona malata.

Per quello che riguarda, invece, la malpractice in senso stretto gli errori più frequentemente segnalati nella pratica medica sono presunti errori diagnostici (38,8%) presunto errore durante lo svolgimento di interventi chirurgici (30,6%) gestione delle complicanze (22,4%), mancanza o inadeguatezza del consenso informato (10,2%). Nella prima voce rientrano non solo i casi relativi al mancato e/o errato inquadramento del caso clinico in presenza di uno o più sintomi di una malattia, ma anche l'omissione nel disporre controlli e accertamenti doverosi ai fini di una corretta formulazione della diagnosi. La seconda voce riguarda invece presunti errori che si sarebbero verificati durante gli interventi chirurgici con relative conseguenze per la salute del paziente. Le segnalazioni relative alla gestione di complicanze riguardano le lamentele da

parte dei cittadini che segnalano una scarsa attenzione e atteggiamenti “sbrigativi” al verificarsi di criticità nel percorso di cura. L'impatto ancora forte numericamente delle segnalazioni sulla mancanza o inadeguatezza del consenso informato denota quanto resti fondamentale, ma spesso disatteso, il fatto di dedicare spazio e tempo adeguato alla pratica del consenso affinché il paziente possa comprendere le informazioni dei medici, ma anche riferire a sua volta informazioni preziose per gli stessi medici.

Infatti, la mancanza di spazi e tempi idonei per la comunicazione da una parte fa sì che il cittadino non riesca ad essere adeguatamente informato su procedure sanitarie, eventi avversi e altre informazioni utili per prendere con consapevolezza le sue decisioni, come quella, ad esempio, di scegliere se sottoporsi o meno ad un certo tipo di intervento; dall'altra parte, può capitare che informazioni importanti, come quelle di patologie concomitanti o allergie, non vengano riportate in cartella clinica e quindi non vengano prese in considerazione con tutte le conseguenze del caso.

Le segnalazioni sui macchinari inadeguati (18,2%) si classificano al secondo posto tra le criticità dell'ambito sicurezza.

I dati relativi alle dotazioni tecnologiche delle strutture sanitarie sono spesso confermati dalle cronache quotidiane, nonché dai dossier istituzionali: vi sono reparti inutilizzati, macchinari in cantina e quelli in funzione sono talvolta vecchi e obsoleti. I cittadini segnalano che macchinari necessari per la fase diagnostica sono spesso in condizioni fatiscenti, o si guastano in maniera improvvisa e ripetuta. Per entrare maggiormente nel dettaglio, le criticità relative ai macchinari riguardano esami o visite annullati o spostati per macchinario non disponibile o non funzionante (45,5%), blocco prestazioni esterne per indisponibilità-malfunzionamento dei macchinari (28,8), numero insufficiente di macchinari (14,1%), macchinari palesemente obsoleti (8,3%), refertazione di bassa qualità (2,6%).

Le ripercussioni di queste circostanze sono a diretto carico del cittadino stesso, che è costretto ad una riprogrammazione del percorso di cura, con l'emergere di possibili rischi in termini di tempismo di diagnosi e di scelte cliniche successive.

Come noto, la Missione 6 del PNRR prevede un grosso investimento nei prossimi anni proprio sulle strutture e sui macchinari e sarà fondamentale monitorare, anche da parte di organizzazioni come Cittadinanzattiva, che i fondi siano impiegati per risolvere finalmente annose carenze strutturali.

In conclusione di questa breve analisi circa la percezione della sicurezza da parte del paziente in ambiente ospedaliero, giova ribadire che la raccolta delle segnalazioni sui casi di presunto errore medico va oltre le valutazioni medico-legali per risarcimento danni e, nella maggior parte dei casi, riguarda una condizione generale di mancata o insoddisfacente gestione della degenza in ospedale. È il caso dell'attenzione che i cittadini riservano, come ovvio, alle condizioni igienico-sanitarie degli ambienti ospedalieri sulle quali si riscontra il 16,4% delle segnalazioni inerenti l'ambito sicurezza. Con maggior livello di dettaglio le segnalazioni sulle condizioni igienico-sanitarie si riferiscono a condizione fatiscente degli arredi (42,4%), finestre rotte o mal funzionanti (25%), condizioni igieniche degli ambienti non appropriate (13,2%), bagni inaccessibili per le pessime condizioni igieniche (10,4%), rifiuti o altro materiale abbandonato (6,9%), presenza d'insetti (1,4%).

Non va dimenticato infine che, nell'ambito della sicurezza ospedaliera, resta oggetto rilevante di segnalazione il tema delle infezioni nelle strutture sanitarie, di tale portata da salire spesso alla ribalta delle cronache. Tali segnalazioni si riferiscono in particolare a infezioni nosocomiali (46,7%), infezioni da ferite post-intervento chirurgico (45,3%), Covid in strutture sanitarie (8%).

L'umanizzazione dei percorsi e delle cure

Una segnalazione ricevuta

Sono sconvolta da come mi ha trattata un medico. Nell'impegnativa c'era la richiesta per un esame ecotiroideo + visita. Ha dato un'occhiata veloce alla mia storia clinica, non mi ha fatto l'ecografia e quando gli ho chiesto se mi avrebbe almeno visitata ha risposto "Vuol essere toccata? Se vuol essere toccata mi deve pagare!"

Sebbene possa apparire meno rilevante in termini quantitativi, con il 2,8% delle segnalazioni complessive, il tema dell'umanizzazione delle cure è centrale per i soggetti organizzati come Cittadinanzattiva: dall'esperienza sul campo si percepisce, infatti, che il numero contenuto delle segnalazioni, piuttosto che

dei passi in avanti nella relazione fra paziente e operatore sanitario, potrebbe tradire purtroppo una certa rassegnazione nell'accettare anche modalità inadeguate o poco rispettose. Molto è stato fatto a diversi livelli per migliorare l'umanizzazione delle cure, in termini di trasparenza, coinvolgimento di nuove professionalità, formazione e aggiornamento degli operatori, ma sicuramente molte altre sfide devono essere superate, pur nel tempo via via ridotto che caratterizza il rapporto cittadini/operatori: la prima sfida è certamente quella della diffusione delle buone pratiche e della creazione di uno standard di presa in carico che sia il più possibile sensibile ed efficiente sul tutto il territorio nazionale. Nel 2022 le tre principali criticità nell'ambito dell'umanizzazione hanno riguardato la difficoltà a ricevere informazioni, a causa di spiegazioni non sufficienti o di un linguaggio utilizzato non comprensibile (28,9%), un tempo dedicato al paziente significativamente inadeguato (20,9%), una qualche indisponibilità nella relazione con il paziente da parte degli operatori sanitari e/o atteggiamenti non empatici (18,2%).

La **Figura 23.5** mostra gli ambiti in cui i cittadini hanno segnalato le criticità con gli operatori sanitari: ambito ospedaliero, assistenza territoriale, assistenza domiciliare.

Ambito:	%
Ospedaliero (durante ricoveri, Day Hospital o al Pronto Soccorso)	71,9%
Assistenza Territoriale (Poliambulatori, Studi MMG/PLS....)	26,2%
Assistenza Domiciliare	1,9%
	100%

Figura 23.5 Fonte: *Rapporto Pit Salute 2023* – Elaborazione Agenzia Valutazione Civica – Cittadinanzattiva.

Una prima riflessione sulla scorta dei dati

Il *Rapporto civico sulla salute* di Cittadinanzattiva ci restituisce ancora una volta l'immagine di un Paese in cui persistono forti diseguglianze e ostacoli per accedere ai servizi e alle prestazioni e di un Servizio sanitario nazionale fortemente indebolito, fragile e spesso inadeguato a fronteggiare i bisogni di salute dei cittadini. La pandemia ha confermato un "precario stato di salute" del SSN e ha fatto emergere un forte depauperamento del personale, oltre che la particolare, ma come detto non esclusiva, fragilità dell'intero comparto dell'assistenza territoriale. Le criticità evidenziate dallo stesso Rapporto negli anni prima della pandemia, del resto, facevano già presagire quelli che durante l'emergenza da coronavirus si sono mostrati definitivamente come i punti più "deboli" del nostro SSN.

Purtroppo, le scelte successive al periodo pandemico, anche in relazione alle priorità del dibattito, dell'agenda e degli orientamenti di politica pubblica, non sembrano andare nella direzione di superare l'*impasse* e di restituire centralità alla sanità, che resti equa, universale, eguale.

È imprescindibile e improrogabile, allora, per non perdere la preziosa infrastruttura per la salute pubblica che caratterizza il contesto italiano, avviare una riflessione che, prendendo le mosse proprio dai punti di debolezza palesemente emersi, ci consenta di ritornare intanto a garantire efficacemente la gestione ordinaria dei bisogni di salute delle persone, ma anche a rispondere al meglio a eventuali, nuove situazioni di emergenza, rendendo il nostro sistema sanitario più "resistente" e trasformando tutti i punti di debolezza in altrettanti aspetti di qualità.

Appare evidente l'urgenza di migliorare l'accesso alle cure per i pazienti sul territorio: occorre ripensare il ruolo di tutti gli attori coinvolti nell'assistenza sanitaria territoriale affinché ognuno di essi possa assumere nuovi e maggiori compiti e offrire risposte più adeguate ai bisogni dei cittadini e delle comunità. In questo modo, si raggiungerebbe anche l'obiettivo di rendere più leggero il carico delle strutture ospedaliere e del personale medico in esse operante, che potrà dedicarsi alla gestione dei casi acuti e complessi.

È necessario intervenire per migliorare la prevenzione, la sorveglianza e l'assistenza socio-sanitaria, intraprendendo nuove strade per rispondere alla domanda di salute della popolazione, e dotarsi delle tecnologie necessarie per gestire le emergenze utilizzando al massimo le opportunità che ci offrono gli strumenti digitali e l'uso dei dati.

Rimane urgente intervenire in maniera risolutiva sul tema della semplificazione e della burocrazia, anche essi filoni ricorrenti nelle segnalazioni dei cittadini: nel settore sanitario, più che in altri, il tema della semplificazione, dell'accesso e della digitalizzazione ha tardato a decollare e ha incontrato e incontra

un percorso ad ostacoli nella parcellizzazione del Sistema sanitario che risponde infatti con incertezza, in ordine sparso e con grande variabilità nelle diverse Regioni.

Ma nessun processo di riforma legato all'assistenza territoriale o alla transizione digitale potrà rivelarsi efficace se, di pari passo, non si investe sull'assistenza ospedaliera, ribaltando l'ottica settoriale e considerando l'ospedale stesso nel *continuum* di cura delle cittadine e dei cittadini, che passa dalla prevenzione, dalla diagnosi (e dalla diagnosi precoce) alla cura, all'assistenza, all'integrazione con le necessità di tipo sociale. Nel settore dell'assistenza ospedaliera da anni urge una nuova riforma di sistema, che si integri e vada di pari passo con la riforma dell'assistenza territoriale e di prossimità. La carenza di personale, il ritardo nell'impiego dei fondi del PNRR e nel ridisegno riequilibratore tra ospedale e territorio da esso previsto, la pandemia con le sue conseguenze solo in parte già emerse rischiano altrimenti di ridurre al "collasso" un settore già di per sé molto in sofferenza, come le segnalazioni dei cittadini non hanno mancato di evidenziare.

L'assistenza ospedaliera nel nuovo sistema di garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)

Dopo questa disamina dei dati ricostruiti a partire dalle segnalazioni e, dunque, dal punto di vista del cittadino, può essere utile riportare qui alcuni dati ufficiali che riguardano l'ambito ospedaliero e le scelte realizzate con riguardo a esso, partendo dalla valutazione dei LEA, che, come noto, rappresentano le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini in ogni area del nostro Paese. La nuova metodologia sperimentata per valutare i Livelli essenziali di assistenza considera distintamente le tre aree, prevenzione, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera, e attribuisce loro un valore compreso in un range 0-100. La garanzia di erogazione dei LEA si intende ottenuta qualora, entro ciascun livello, si sia raggiunto un punteggio pari o superiore a 60, e in modo da non consentire la compensazione tra livelli. Il punteggio di ogni area è determinato dalla media pesata dei 22 indicatori *core* (con un peso pari a 1 qualora la soglia è data dalla mediana dei valori regionali, e un peso pari a 2 se è fissato dalla normativa di riferimento). Per l'area dell'assistenza ospedaliera vengono definiti sei indicatori core:

- tasso di ospedalizzazione standardizzato rispetto alla popolazione residente;
- interventi per tumore maligno al seno eseguiti in reparti con volumi di attività superiore a 150 interventi annui;
- ricoveri a rischio di inappropriata;
- quota di colecistomie con degenza inferiore ai tre giorni;
- over 65 operati di frattura al femore entro due giorni;
- parti cesarei in strutture con più e meno di 1000 parti l'anno.

Come si può vedere dal dettaglio della **Tabella 23.1**, l'assistenza ospedaliera presenta punteggi generalmente sufficienti ma con un *trend* in peggioramento rispetto all'anno precedente in cui solamente due regioni non raggiungevano la soglia di sufficienza. Nel 2020 sono sei le regioni con valori ben al di sotto della sufficienza: Valle d'Aosta (59,1), Molise (41,94), Campania (59,08), Basilicata (51,9) e Calabria (48,44), Sardegna (59,26).

Tabella 23.1 I dati sulla assistenza ospedaliera, il nuovo sistema di garanzia LEA (Fonte: *Monitoraggio nuovo sistema di garanzia LEA - 2020*).

Regioni	Punteggio
Piemonte	75,05
Valle d'Aosta	59,71
Lombardia	75,59
Liguria	65,50
Veneto	79,67
P.A Trento	93,07
P.A Bolzano	66,89
FVG	74,06

Emilia Romagna	89,52
Toscana	80,00
Umbria	71,61
Marche	75,05
Lazio	71,76
Abruzzo	63,47
Molise	41,94
Campania	59,09
Puglia	71,73
Basilicata	51,90
Calabria	48,44
Sicilia	69,26
Sardegna	59,26

Il sistema di Emergenza-urgenza negli ultimi dieci anni

Il *trend* in peggioramento rivelato dal Sistema di garanzia dei LEA in materia di assistenza ospedaliera è purtroppo coerente con le scelte di politica pubblica realizzate nell'ultimo decennio e, soprattutto, con le segnalazioni sull'ospedale riportate nella prima parte di questo contributo e provenienti direttamente dai cittadini. Si ricorderà, per cominciare, che una delle aree segnalate come maggiormente critiche dai pazienti è quella dell'Emergenza-urgenza: il dato si rivela del tutto in linea con gli interventi realizzati, visto che negli ultimi dieci anni le strutture di emergenza sono diminuite in maniera piuttosto costante e in numero cospicuo, come la **Tabella 23.2** dimostra.

Tabella 23.2 Fonte: *Dossier sanità: Allarme Rosso, Gli effetti sul servizio sanitario nazionale di dieci anni di tagli*, Federazione CIMO, FESMED.

STRUTTURE DI EMERGENZA 2010, 2020	
- 61	Dipartimenti di emergenza
- 03	Pronto soccorso
- 10	Pronto soccorso pediatrici
- 35	Centri di rianimazione

Per quanto riguarda le strutture mobili di emergenza negli ultimi dieci anni abbiamo avuto una riduzione di 480 ambulanze di tipo B, un incremento di sole quattro ambulanze di tipo A (ma nel 2019 il decremento rispetto al 2010 era stato di 34 unità), un decremento di 19 ambulanze pediatriche e di 85 unità mobili di rianimazione (**Tabella 23.3**).

Tabella 23.3 Fonte: *Dossier sanità: Allarme Rosso, Gli effetti sul servizio sanitario nazionale di dieci anni di tagli*, Federazione CIMO, FESMED.

STRUTTURE MOBILI DI EMERGENZA 2010, 2020	
+ 4*	Ambulanze di tipo A
-480	Ambulanze di tipo B
-19	Ambulanze Pediatriche
- 85	Unità mobili di rianimazione

Nel 2019 erano -34

Allarme target, performance del Sistema 118

Andando ad analizzare un indicatore core del Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA, ovvero quello che monitora il tempo di risposta alle richieste di intervento sanitario che rivestono carattere di emergenza-urgenza, possiamo osservare notevoli differenze regionali in merito alla performance del Sistema 118. In generale l'efficienza del sistema di emergenza sanitaria territoriale negli anni ha subito graduali, ma significativi segni di peggioramento; e vi sono alcune realtà in cui la tempestività dell'arrivo dei mezzi di soccorso è peggiorata significativamente e presenta valori davvero preoccupanti. È il caso della Calabria, dove il mezzo di soccorso arriva mediamente in 27 minuti, della Basilicata in 29 minuti e della Sardegna in 30 minuti, quando la media nazionale è di circa 20 minuti.

Il quadro attuale sull'offerta di servizi per l'emergenza

Per completare con altri dati l'analisi dell'offerta di servizi per l'emergenza, dall'Annuario statistico del Ministero della salute relativo al 2021 è possibile osservare che il 52,6% degli ospedali pubblici risulta dotato nel 2021 di un Dipartimento di emergenza e oltre la metà del totale degli istituti (67,9%) di un Centro di rianimazione. Il Pronto soccorso è presente nel 79,5% degli ospedali e il Pronto soccorso pediatrico nel 17%.

Ma, venendo all'analisi dei dati Regione per Regione sull'offerta di servizi per l'emergenza, possiamo dire che, se nella media il 52,6% delle strutture ospedaliere pubbliche ha un Dipartimento di urgenza e il 79,5% ha un Pronto soccorso, vi sono delle Regioni con delle percentuali sicuramente più esigue e decisamente sotto la media per la presenza sia di DEA sia di Pronto soccorso. Sono i casi di Basilicata (22,2% di DEA e PS), Calabria (43,5% di DEA e 69,6% di PS), Molise (20% DEA e 60% PS).

Sui Pronto soccorso pediatrici la variabilità è ancora più marcata, con Puglia, Marche, PA di Trento e Bolzano con una sola struttura, Veneto con due strutture (8,7%), Calabria con due strutture (8,7%). Rispetto alle Rianimazioni, a fronte di una presenza media di Centri del 67,9%, la carenza è riscontrabile in particolare nella P.A di Trento (25%), in Basilicata (22,2%) e in Calabria (47,8%).

Attività di Pronto Soccorso nelle strutture pubbliche e private accreditate

Nel 2021 vi sono stati 14,5 milioni di accessi in Pronto soccorso, con una media di 246 accessi ogni 1000 abitanti. Nel confronto tra il 2019 (pre-pandemia) e il 2021 (fase pandemica), a fronte di una diminuzione di accessi cospicua (da 340 ogni 1000 abitanti a 246), vi è un aumento della percentuale di ricoveri da Pronto soccorso e ciò può essere spiegato con il fatto che ci si è rivolti al Pronto soccorso soltanto per casi più gravi, che perciò hanno necessitato più spesso di un ricovero (**Tabella 23.4**).

In Sardegna il numero di accessi è di molto inferiore alla media nazionale (190 x 1000 abitanti), ma la percentuale di ricoveri (21,4%) maggiore rispetto alla media nazionale (15,8%).

Al contrario il numero di accessi nella provincia di Bolzano è molto alto (394), ma la percentuale di ricoveri è al di sotto della media nazionale (12,8%): il dato suggerisce in questa Provincia la forte tendenza degli abitanti a rivolgersi in Pronto soccorso.

Posti letto e strutture sanitarie: il trend negli ultimi dieci anni (2010, 2019)

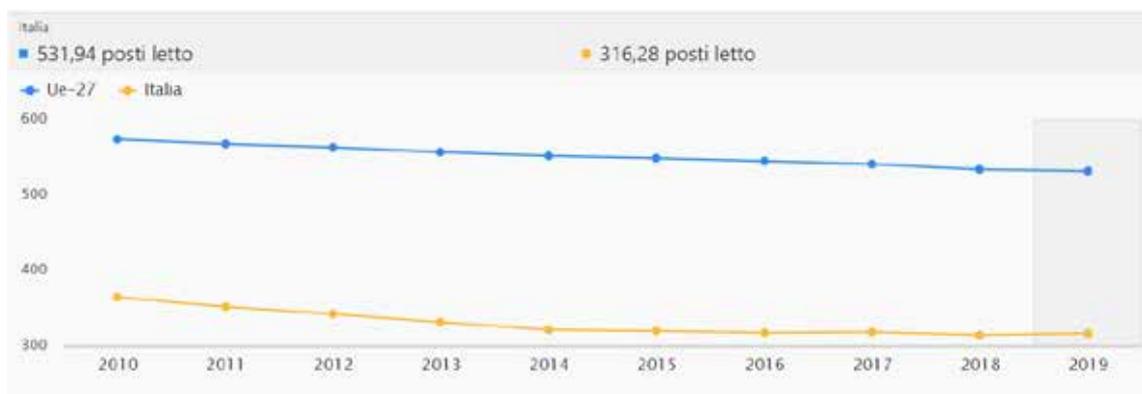
Il numero dei letti d'ospedale in Europa è progressivamente diminuito dal 2010 al 2019, stando all'ultimo aggiornamento Eurostat. Possiamo infatti osservare che, sia nel nostro Paese che nella media degli Stati Membri, in dieci anni la disponibilità si è fortemente ridotta. Nel 2010 in EU erano disponibili mediamente 5,7 posti letto ogni 1000 abitanti nelle strutture ospedaliere. Una cifra che in dieci anni è progressivamente diminuita, fino ad arrivare a 5,3 (con una differenza di oltre 42 letti ogni 100mila abitanti). Un andamento simile, ma partendo da una media ben più bassa, si è registrato anche in Italia dove da 3,6 letti nel 2010 si è passati a 3,1 nel 2019 (**Figura 23.6**).

Ad avere più letti a disposizione sono soprattutto alcuni paesi dell'Europa settentrionale e centro-orientale, ma non c'è una separazione tra la parte più ricca e più povera del continente: numeri più elevati li registrano Bulgaria e Romania, mentre i Paesi scandinavi si posizionano agli ultimi posti.

Tabella 23.4 Fonte: *Annuario statistico Ministero della salute 2021*.

Attività di pronto soccorso delle strutture di ricovero pubbliche e delle case di cura private accreditate anno 2021						
Numero pazienti					N° Accessi	
Regione	Ricoverati	Non ricoverati	Deceduti	Totale	% di ricoverati	x 1.000 abitanti
Piemonte	116.061	690.884	2.849	809.794	14,3	190
Valle d'aosta	6,456	28.520	36	35.012	18,4	284
Lombardia	402.443	2.327.285	8.656	2.738.384	14,7	275
Prov.Auton.Bolzano	26.952	182.892	86	209.930	12,8	394
Prov.Auton.Trento	21.624	142.203	174	164.001	13,2	303
Veneto	199.978	1.281.335	2.342	1.483.655	13,5	306
Friuli venezia giulia	50.660	280.769	896	332.325	15,2	278
Liguria	75.589	353.848	1.563	431.000	17,5	286
Emilia romagna	174.721	972.710	2.076	1.149.507	15,2	260
Toscana	170.194	936,399	2.951	1.109.544	15,3	303
Umbria	48.212	199.327	303	247.842	19,5	289
Marche	56.697	318.009	1.673	376.379	15,1	253
Lazio	224.379	1.054.961	6.411	1.285.751	17,5	225
Abruzzo	62.481	310.865	896	374.242	16,7	293
Molise	10.960	53.724	228	64.912	16,9	222
Campania	174.242	908.157	2.817	1.085.216	16,1	193
Puglia	148.989	686.265	2.082	837.336	17,8	213
Basilicata	24.715	103.763	140	128.618	19,2	238
Calabria	47.578	211.488	381	259.447	18,3	140
Sicilia	183.547	896.218	2.885	1.082.650	17,0	224
Sardegna	64.456	236.452	526	301.434	21,4	190
ITALIA	2.290.934	12.176.074	39.971	14.506.979	15,8	246

N.B.: L'Attività di pronto soccorso può comprendere anche quella di accettazione ASS_OSP.ATT_03

Figura 23.6 Fonte: *Openpolis*.

La variazione nel numero di posti letto in ospedale (in numeri assoluti) in UE, tra il 2010 e il 2019

Nel 2019, il Paese europeo che disponeva del numero più elevato di letti ospedalieri in rapporto alla popolazione era la Germania (7,9 posti ogni 1000 abitanti). La seguivano la Bulgaria (7,7) e l'Austria (7,1), mentre si posizionavano in fondo alla lista due paesi scandinavi. In generale, se si osservano i dati complessivi, il *trend* dei posti letto è risultato quasi ovunque in diminuzione; è possibile osservare che sono pochi gli Stati membri in cui invece la disponibilità è aumentata e, nello specifico, Irlanda, Bulgaria, Romania e Portogallo (Figura 23.7).

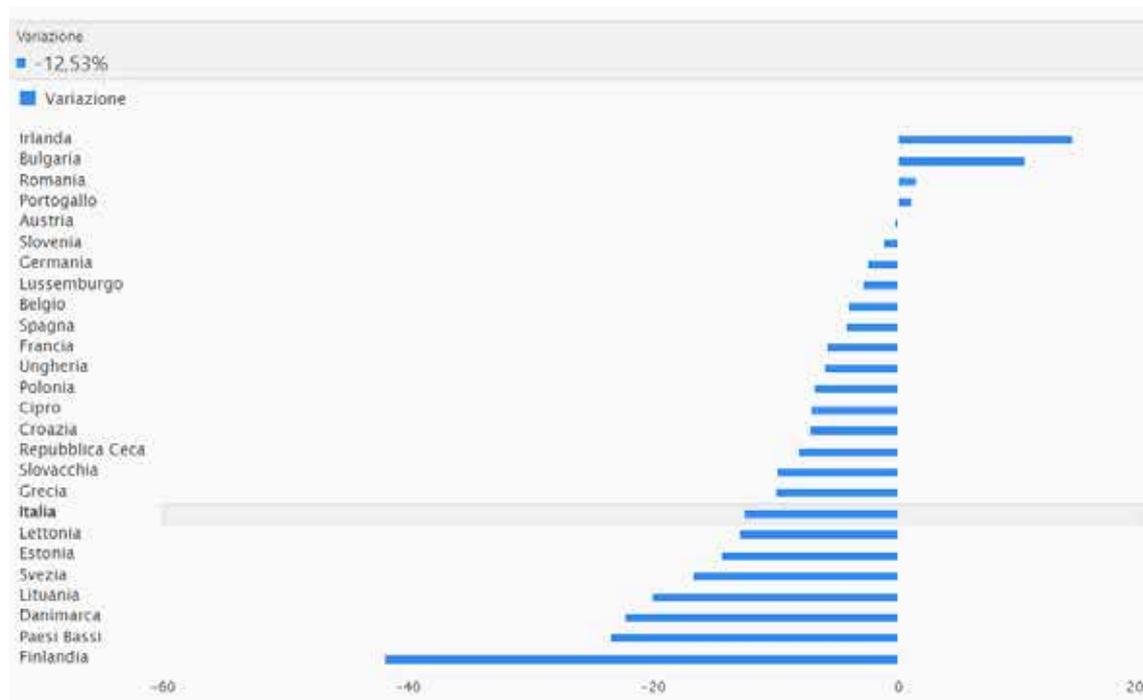


Figura 23.7 Fonte: Openpolis.

Nel nostro Paese, che già nel 2010 aveva una disponibilità inferiore rispetto alla media, il calo è stato più pronunciato. È inoltre maggiore, nel 2019, lo scarto rispetto al resto d'Europa (nel 2010 c'era una differenza di circa 2,10 posti letto, nel 2019 questo dato è salito a 2,15). Comunque, il momento in cui la forbice è stata più ampia è stato il 2014, quando la differenza era di 2,3 posti letto. Da allora si è verificata una graduale riduzione.

Per citare un dato più specifico dal punto di vista territoriale, complessivamente è al Sud Italia che si è registrata la maggiore riduzione di letti ospedalieri, ma la situazione risulta variegata tra le Regioni all'interno della penisola ed è interessante per questo analizzare i dati a livello regionale (Figura 23.8).

Il Molise in particolare è stata la Regione italiana che ha registrato il calo maggiore, passando da 1.381 posti letto nel 2010 ad appena 907 nel 2019 (un calo del 34,3%). Seguono la Calabria, passata da 6.324 a 4.723 letti (-25,3%), e la Puglia (-21,5%). La Sicilia rappresenta invece un'eccezione, con un calo di entità minore rispetto alla media nazionale (-8,9%). Per il resto, sono tutte settentrionali le Regioni che hanno registrato i cali più contenuti, anche se la prima in questa direzione è stata l'Umbria (-0,2% per sei posti in meno). In nessuna Regione si è invece registrato un aumento (Figura 23.9).

A livello nazionale, la rilevazione più aggiornata per il 2021 mostra che sono disponibili 4 posti letto ogni 1.000 abitanti, in particolare i posti letto dedicati all'attività per acuti sono 3,4 ogni 1.000 abitanti (2,9 pubblici e 0,5 accreditati).

Il calo del numero di posti letto per regione tra 2010 e 2019

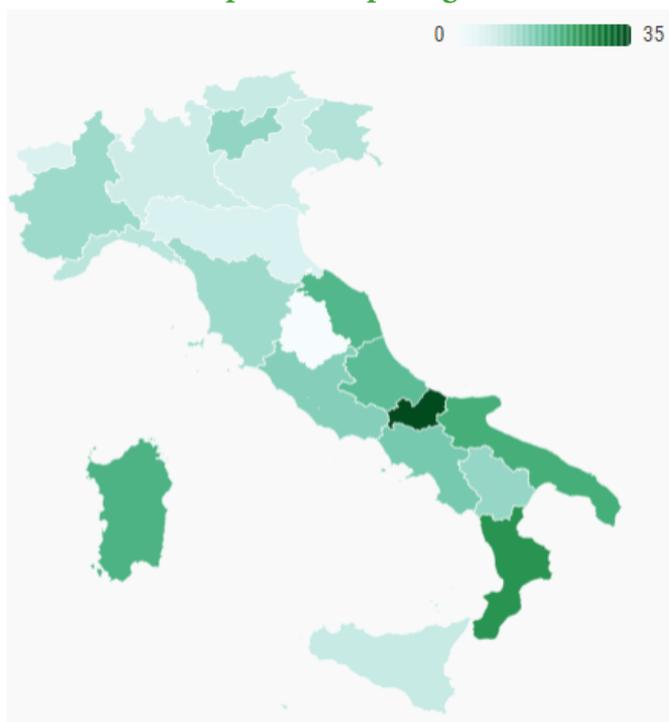


Figura 23.8 Fonte: Openpolis.

Regione	Posti letto 2010	Posti letto 2019	Calo
Valle d'Aosta	480	450	6,25%
Piemonte	17,168	14,980	12,74%
Liguria	5,983	8,375	10,16%
Lombardia	38,201	35,120	8,07%
PA Trento	2,189	1,890	13,66%
PA Bolzano	2,038	1,860	8,73%
Veneto	17,387	16,060	7,63%
Friuli Venezia Giulia	4,430	3,949	10,86%
Emilia Romagna	17,699	16,578	6,33%
Liguria	5,983	5,375	10,16%
Toscana	12,085	10,553	12,68%
Umbria	2,647	2,641	0,23%
Marche	5,713	4,576	19,90%
Lazio	22,912	19,505	14,87%
Abruzzo	4,680	3,802	18,76%
Molise	1,381	907	34,32%
Campania	17,238	14,442	16,22%
Puglia	14,310	11,232	21,52%
Basilicata	1,851	1,603	13,40%
Calabria	6,324	4,723	25,32%
Sicilia	15,135	13,793	8,87%
Sardegna	6,129	4,871	20,53%

Figura 23.9 Fonte: Openpolis.

Rispetto alla rilevazione del 2019, in fase pre-pandemica, quando i posti letto per acuti, tra pubblici e accreditati, erano 2,9 per 1000 abitanti, si assiste a un incremento di un + 0,5%.

Per concludere questa rassegna di dati ufficiali o tratti da fonti ufficiali, può essere utile un riferimento ai numeri della degenza ospedaliera, fortemente condizionati dal periodo pandemico. Nel complesso nel 2019 erano stati effettuati nelle strutture di ricovero pubbliche circa 38 milioni di giornate di degenza e un ammontare totale di ricoveri per acuti in regime ordinario di circa 5.097.489.

Nel 2021 le giornate di ricovero nelle strutture pubbliche scendono a 34 milioni e l'ammontare di ricoveri per acuti in regime ordinario scende a 4.318.634, effetto anche questo della pandemia che ha in questo caso limitato i ricoveri e sospeso alcune attività ordinarie: circa 700 mila ricoveri in meno sono un numero davvero significativo.

Dagli indicatori emerge che la degenza media nei reparti pubblici si attesta a 7,9 giorni (contro i 7,5 del 2019), indice di maggiore complessità dei ricoveri, e il tasso di utilizzo dei posti letto è pari al 75,2% (valore medio nazionale), valore in diminuzione rispetto al 2019 quando era l'82,2%.

A livello territoriale la maggiore variabilità si evidenzia nella distribuzione della degenza media e del tasso di ospedalizzazione. La degenza media per acuti, nelle strutture pubbliche, passa da un minimo di 6,7 giorni nella P.A di Bolzano a un massimo di 9,2 nella regione Valle d'Aosta. Per quanto riguarda il tasso di ospedalizzazione per acuti in regime ordinario (relativo ai ricoveri nelle strutture pubbliche), i valori minimi si registrano nella regione Calabria (43,2 ricoveri per 1.000 abitanti) e nella regione Campania (51,3 ricoveri per 1.000 abitanti); i valori più elevati si registrano, invece, nelle regioni Emilia Romagna (93,5%), Umbria (92,6%) e nella PA di Bolzano (92,7%).

Il Decreto 70: una necessaria revisione

Con il Decreto 70/2015, che ha definito standard di assistenza ospedaliera basati su "bacini di utenza", si è voluto procedere alla chiusura dei piccoli presidi che spesso presentavano rischi maggiori in termini di esiti finali delle cure. La chiusura dei piccoli presidi, tuttavia, ha creato e crea tuttora problemi di accesso alle cure, specie nelle aree extraurbane o nelle cosiddette interne, visto che avrebbe dovuto essere controbalanciata da servizi territoriali più adeguati.

Il timore da più parti espresso è che il processo che ha portato alla riduzione della dotazione di posti letto sia stato troppo netto: che si sia, in altre parole, deospedalizzato troppo, pur considerando che, come descritto prima, il fenomeno ha caratterizzato sostanzialmente tutti i sistemi sanitari dei Paesi europei. Senza avere già pronti contrappesi organizzativi sul piano dell'assistenza territoriale, senza lavorare contemporaneamente su altri presidi di cura, chiudendo semplicemente gli ospedali si è desertificato il territorio in termini di capillarità e prossimità. Con l'aggravante che la deospedalizzazione va avanti da alcuni anni, anche se, come si è visto, alcuni timidi segnali in controtendenza mostrano una situazione che sembrerebbe modificarsi.

Nel 2021, infatti, rispetto alla rilevazione del 2019 in cui risultava piuttosto disomogenea, la distribuzione dei posti letto al livello regionale si è omogeneizzata: otto Regioni, prevalentemente ma non solo del Sud Italia (Piemonte, PA di Trento, Abruzzo, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria e Sicilia), registravano nel 2019 percentuali al di sotto dello standard di tre posti letto per 1000 abitanti previsto dal DM 70. Oggi solamente la Calabria, con 2,7 posti letto per 1.000 abitanti, continua ad avere un valore sotto la soglia dei tre posti letto e inferiore alla media nazionale. Altre Regioni, al contrario, presentano percentuali ben oltre la media come nel caso di Lombardia (3,8), Valle d'Aosta (3,8) e Piemonte (quattro).

Al livello nazionale i posti letto destinati a riabilitazione e lungodegenza sono 0,6 ogni 1.000 abitanti con una notevole variabilità regionale molto distante dallo standard previsto dello 0,7 per 1.000 abitanti. Sono quasi la totalità in questo caso le Regioni che non raggiungono lo standard previsto: si passa da uno 0,3% della Sardegna e Toscana a un 1,1% della PA di Trento e a un 1% del Piemonte (**Figura 23.10**).

Dalla **Figura 23.11** è possibile notare il *trend* del numero di strutture e posti letto pubblici e privati tra il 2015 e il 2021. Come si può notare il numero di strutture di ricovero pubbliche mostra un decremento costante (da 546 nel 2015 a 511 nel 2021).

Se andiamo indietro al 2010 il decremento risulta ancora più evidente e ha riguardato la chiusura di 11 Aziende Ospedaliere, 100 ospedali a gestione diretta, quattro case di cura non accreditate, 43 case di cura accreditate (**Tabella 23.5**).

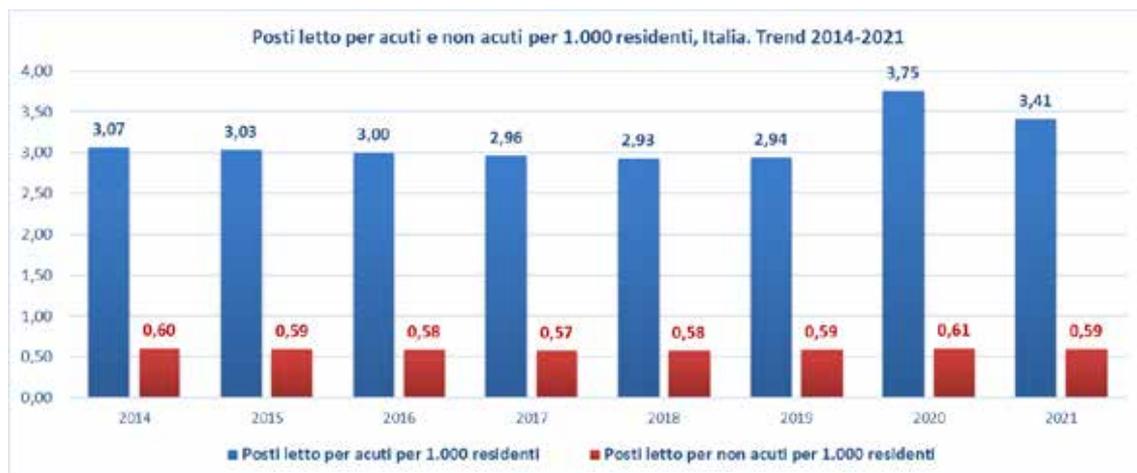


Figura 23.10 Fonte: *Annuario statistico Ministero della salute 2021*.

ANNO	STRUTTURE DI RICOVERO		POSTI LETTO DEGENZA ORDINARIA				POSTI LETTO DI DAY HOSPITAL			POSTI LETTO DI DAY SURGERY		
			PUBBLICI		PRIVATI		PUBBLICI	ACCREDITATI	TOTALE X 1.000 ABITANTI	PUBBLICI	ACCREDITATI	TOTALE X 1.000 ABITANTI
			PUBBLICHE	ACCREDITATE	TOTALE	x 1.000 abitanti						
2015	544	504	155.460	2,4	41.897	0,7	13.268	1.599	0,2	6.464	1.877	0,1
2016	537	492	153.794	2,5	40.701	0,7	12.436	1.447	0,2	6.468	1.877	0,1
2017	518	482	151.444	2,5	40.458	0,7	11.472	1.378	0,2	6.440	1.855	0,1
2018	515	480	150.577	2,5	40.502	0,7	15.184	1.357	0,2	6.598	1.912	0,1
2019	515	477	149.874	2,5	40.842	0,7	10.949	1.294	0,2	6.568	1.905	0,1
2020	516	488	149.420	3,2	47.410	0,8	11.012	1.331	0,2	6.765	1.954	0,1
2021	511	484	172.265	2,9	43.942	0,7	10.659	1.368	0,2	6.235	1.897	0,1

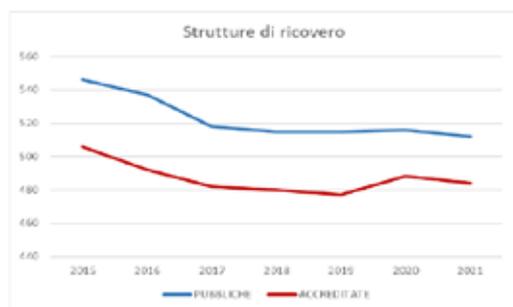


Figura 23.11 Fonte: *Annuario statistico Ministero della salute 2021*.

Tabella 23.5 Fonte: *Dossier sanità: Allarme Rosso, Gli effetti sul servizio sanitario nazionale di dieci anni di tagli*, Federazione CIMO, FESMED.

STRUTTURE OSPEDALIERE 2010, 2020	
- 11	Aziende ospedaliere
-100	Ospedali a gestione diretta
-4	Casi di cura non accreditate
- 43	Casi di cura accreditate
+3	Istituti a carattere scientifico

L'effetto della pandemia

Come già si faceva notare, sul fronte dei posti letto, si registra una moderata inversione di tendenza conseguenza, come è ovvio, della fase pandemica: a un decremento costante dal 2015 al 2019, anno in cui si è segnato il minimo con 149.874 posti letto pubblici, segue un deciso picco nel 2020 che ha visto la dotazione di posti letto raggiungere i 189.420 ovvero circa 40.000 posti letto in più. Nel 2021 la linea che descrive il numero di posti letto tende a scendere per attestarsi a 172.265. Numeri comunque superiori ai valori del 2019 di circa 22.000 unità.

È evidente che il processo di riduzione dei posti letto, oltre che da esigenze di sicurezza di cui già si è fatto cenno, traeva impulso dalla necessità di riassorbire squilibri economici e finanziari: ogni posto letto rappresenta, ove non giustificato, un “centro di costo” di rilievo, su cui è difficile incidere. E, come è stato sottolineato anche di recente, la dimensione dei costi ad esso associati è nel nostro Paese ancora superiore a quella di altri sistemi sanitari europei, che pure garantiscono un numero di posti letto maggiore.

Un altro argomento a sostegno della necessità di ridurre i posti letto è stato quello per cui, da almeno un decennio, il proposito primario dei sistemi sanitari, almeno in termini di enunciazione teorica, è stato quello di trovare una risposta adeguata alle malattie più diffuse e croniche, per le quali il ricovero ospedaliero si considera inappropriato al di fuori della fase acuta della malattia. La cura per questi pazienti richiede meno ospedali e più strutture territoriali: la direzione nella quale si è sempre dichiarato di voler procedere è stata, quindi, quella di contenere la quota di risorse destinate all'assistenza ospedaliera per destinarne di maggiori all'assistenza territoriale. In realtà, poco è accaduto da questo punto di vista, i piani pur eccellenti sono rimasti quasi completamente sulla carta e i risultati ottenuti finora sono stati poco soddisfacenti.

Come l'esperienza più recente del periodo pandemico sembra confermare, un effettivo potenziamento della assistenza territoriale continua a rappresentare una priorità: non investire adeguatamente sul territorio è perdente davanti alle emergenze, ma, anche nell'ordinario, è destinato a ripercuotersi negativamente sugli ospedali e a far gravare sui professionisti ospedalieri un onere inaccettabile, che si traduce persino in termini di vite umane. Non per niente gli investimenti del PNRR, con la *Missione 6*, si sono orientati prevalentemente al rafforzamento dell'assistenza territoriale e, oltre ad allocare su questo risorse cospicue, hanno previsto un disegno di riforma della sanità del territorio contenuto nel Decreto 77.

Ma continuare a parlare di assistenza territoriale e di assistenza ospedaliera come se fossero due dimensioni a se stanti, piuttosto che un unicum rispetto al percorso di cura del paziente, che ha necessità di una presa in carico integrata, di continuità e di fluidità dei *setting*, di multidisciplinarietà degli interventi, di conciliazione delle esigenze sanitarie e sociali, resta il vero punto debole di tutto il processo di riforma.

È sì necessaria una revisione e un aggiornamento del DM 70, ma solo a condizione che non si prescindano dal considerarlo un provvedimento integrato e complementare al DM 77 e che alla inefficace contrapposizione ottica ospedalocentrica *versus* ottica territoriocentrica si sostituisca un'ottica centrata sul percorso di cura del cittadino, dal momento della prevenzione a quello del *follow up*, tra promozione della salute, esigenze di cura e assistenza e qualità di vita durante e oltre la malattia.

Il parco tecnologico e digitale: dalle segnalazioni dei cittadini agli interventi del PNRR

Nel trattare l'argomento è utile partire dalle segnalazioni dei cittadini al Servizio Pit Salute di Cittadinanzattiva: i dati ci informano dei principali problemi correlati ai macchinari, incontrati e riscontrati dalle persone.

Su 14.272 segnalazioni giunte nel 2022 al Pit Salute l'1,5% riguardano i macchinari sanitari, con un trend in aumento dello 0,6% dal 2021 al 2022.

Il tema relativo alle condizioni inadeguate delle strutture sanitarie, in questo caso con riguardo alle dotazioni tecnologiche, è spesso confermato dalle cronache quotidiane, nonché dai dossier istituzionali: vi sono macchinari in cantina e quelli in funzione sono spesso vecchi e obsoleti. I macchinari necessari per la fase diagnostica sono frequentemente in condizioni fatiscenti, o si guastano in maniera improvvisa e ripetuta con importanti ripercussioni sia sui cittadini sia sugli stessi operatori sanitari.

Visite programmate in molti casi a seguito di lunghe liste di attesa vengono spostate, o addirittura annullate, mettendo così a rischio le diagnosi tempestive e la presa in carico dei bisogni assistenziali ([Figura 23.12](#)).

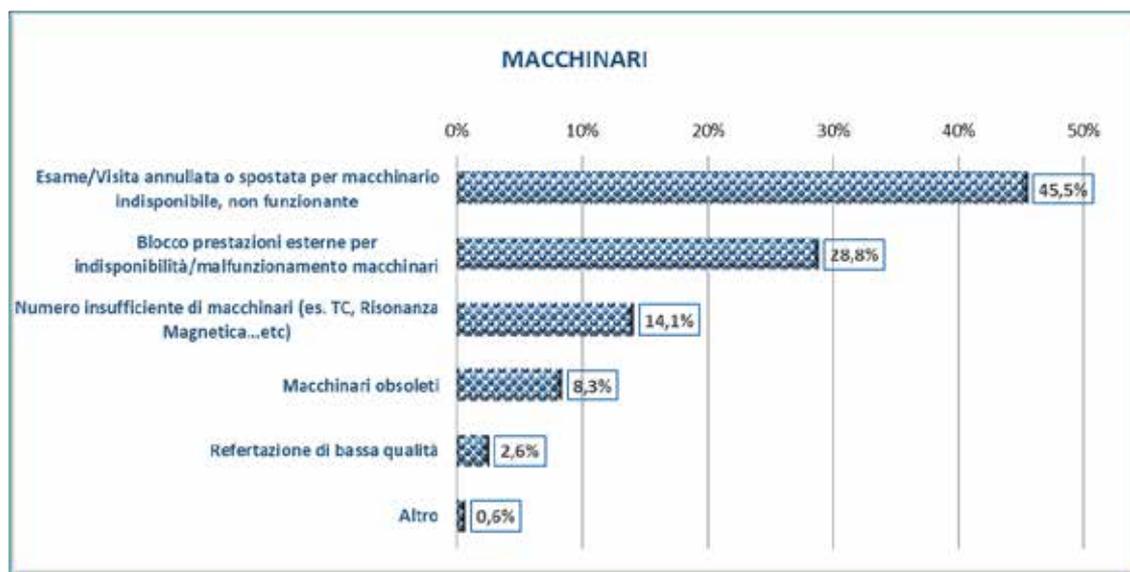


Figura 23.12 Fonte: *Rapporto Pit Salute 2023* – Elaborazione Agenzia Valutazione Civica – Cittadinanzattiva.

La tipologia di segnalazioni più frequenti dei cittadini, come mostra il grafico, riguarda esami e visite spostati o addirittura annullati a causa di macchinari non disponibili o non funzionanti (45,5%).

Seguono le segnalazioni riferite al blocco di prestazioni esterne alle strutture ospedaliere per malfunzionamento dei macchinari (28,8%). Vengono in questi casi garantite prestazioni solo per i ricoverati, non potendo soddisfare interamente la domanda.

Anche le segnalazioni relative al numero insufficiente di macchinari (14,1%) fotografano un notevole disagio sia per gli operatori sanitari sia per gli assistiti: i primi vivono la difficoltà di non poter programmare le visite o gli esami in modo efficiente, i pazienti quella di vedere allungarsi le già critiche liste di attesa.

L'8,3% delle segnalazioni riguarda per l'appunto i macchinari obsoleti e, di conseguenza, l'impossibilità a garantire una idonea qualità delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche, un problema sicuramente correlato al dato riferito alle segnalazioni aventi ad oggetto la refertazione di bassa qualità (2,6%).

Nella categoria altro (0,6%), infine, si annoverano le difficoltà per assistiti e operatori di trovare soluzioni alternative per garantire la continuità delle cure e/o trovare rimedio al ritardo nella consegna dei referti.

Anche secondo l'indagine Tech4Life¹ promossa da Confindustria "Dispositivi Medici" e realizzata da *Community Research & Analysis*, l'84% degli italiani ritiene di primaria importanza il rinnovo dei macchinari e delle tecnologie degli ospedali.

È da considerarsi dunque molto positivo che l'ammodernamento del parco tecnologico delle strutture sanitarie italiane sia stato identificato come una priorità nel PNRR del Governo italiano e che la *Missione 6* preveda un grosso investimento nei prossimi anni proprio sulle strutture e sui macchinari. Tale misura può sicuramente contribuire a migliorare l'accesso alle cure e al sistema sanitario, e comporta una serie di vantaggi quali il potenziamento della qualità delle prestazioni sanitarie; la riduzione dei tempi di attesa; la riduzione della mobilità sanitaria; la riduzione della spesa privata o della rinuncia alle cure nei casi in cui la spesa non possa essere sostenuta; una maggiore efficienza e riduzione dei costi a lungo termine. Non manca, d'altra parte, una serie di sfide nell'applicazione delle misure previste dal Piano dovute, per esempio, ai costi elevati per questa tipologia di apparecchiature ad alto contenuto tecnologico, alla necessità di una formazione adeguata del personale sanitario, alle eventuali difficoltà nell'integrazione dei nuovi sistemi con quelli esistenti.

¹ www.confindustriadm.it/comunicati-stampa/in-italia-18-000-apparecchiatura-diagnostiche-obsolete/ Citati nel documento del GdL www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3312_allegato.pdf.

Riguardo ai criteri da adottare nella prioritizzazione della sostituzione dei macchinari, è utile sapere che vi ha lavorato la Sezione I del Consiglio Superiore di sanità (CSS), istituendo un Gruppo di Lavoro (GdL) *ad hoc* denominato “Rinnovo del Parco Tecnologico delle grandi apparecchiature (RPT)”. Quest’ultimo ha formalizzato un documento disponibile nel sito del Ministero della Salute e finalizzato ad approfondire la questione e a enucleare espressi criteri oggettivi di priorità oltre che una metodologia di attuazione del piano di ammodernamento del parco tecnologico. Il GdL ha declinato una serie di suggerimenti e proposte rivolte ai decisori tecnici e politici regionali e nazionali al fine di ottimizzare l’attuazione dell’Investimento, non mancando di tenere conto del documento precedente della Sezione I del CSS, “Appropriatezza in Diagnostica per Immagini e Rinnovo del Parco Tecnologico” (2017), in cui erano già state proposte raccomandazioni sia per l’appropriatezza prescrittiva sia per la valutazione dell’opportunità del Rinnovo del Parco Tecnologico della Diagnostica per immagini, con un’analisi anche della sostenibilità economica del processo. Nel documento emerge con grande chiarezza la questione prima rappresentata, e cioè che in Italia ci sono numerose attrezzature sanitarie obsolete e poco utilizzate: nel nostro Paese, infatti, si contano circa 18.000 apparecchiature sanitarie che hanno una vetustà superiore ai cinque anni, cifra che supera la media europea, nella quale il periodo di adeguatezza tecnologica è decisamente inferiore. Questa situazione è causata dalla mancanza continuativa di investimenti e dal sistema di rimborso delle prestazioni che non stimola l’aggiornamento tecnologico delle attrezzature mediche.

Il GdL, in base all’analisi del fabbisogno di sostituzione delle grandi apparecchiature ospedaliere, ha individuato, come si diceva, criteri oggettivi di priorità, finalizzati a una metodologia di attuazione del piano di ammodernamento del parco tecnologico e identificati in:

- vetustà: >5 anni, 7 anni, 10 anni;
- utilizzo: N° esami/anno in Emergenza-urgenza o in attività programmata;
- mobilità attiva e passiva²;
- n° esami/popolazione residente pesata per indice di vetustà;
- struttura erogatrice classificata per indice di complessità: DEA 1, DEA 2, ospedale di base.

Ulteriore criterio basilare per lo svolgimento dell’istruttoria tecnico-scientifica è la conoscenza del contesto regionale in cui la tecnologia richiesta si inserisce, ovvero:

- mappatura delle grandi apparecchiature;
- mappatura delle prestazioni correlate all’utilizzo delle grandi apparecchiature;
- analisi della mobilità sanitaria collegata all’utilizzo delle grandi apparecchiature che permette di comprendere quali siano le strutture sanitarie caratterizzate da “lacune” tecnologiche; dove si manifesta la maggiore necessità di investimento; come ridurre il gap tecnologico tra le differenti Regioni, obiettivo che costituisce una *milestone* del PNRR.

Nel complesso, a parere del GdL, tale metodologia permette una previsione della distribuzione degli investimenti al fine di garantire un corretto investimento delle risorse del PNRR, che prevede l’impegno di almeno il 40% di esse al fine di riequilibrare il divario con il Mezzogiorno, e una forte riduzione del gap tecnologico tra le diverse Regioni così da assicurare, nel medio e lungo periodo, un riequilibrio dell’offerta assistenziale in linea con quanto previsto dai LEA e dal nostro Servizio sanitario.

Il GdL aveva inoltre formulato proposte integrative al fine di considerare nel PNRR anche le piattaforme per il sequenziamento di nuova generazione (*Next Generation Sequencing*, NGS) utilizzate nello studio del genoma umano e le apparecchiature correlate ai processi di sterilizzazione. Riguardo a queste, in particolare, si è osservato che il grado di vetustà è elevato e i cattivi processi di sterilizzazione sono in gran parte responsabili delle ICA (Infezioni Correlate all’Assistenza) e incidono non soltanto sulla salute dei pazienti, ma anche sull’incremento dei costi legati all’assistenza (giornate di degenza) e alle susseguenti cause legali correlate.

In relazione al criterio della vetustà, il primo fra quelli considerati, un aspetto interessante è dato dalla possibilità di effettuare una valutazione della conoscenza comparativa dell’indice dell’età delle apparecchiature e della situazione italiana rispetto alla media generale europea (non solamente UE), anche in relazione alla proporzionalità della popolazione e delle prestazioni sanitarie offerte.

² N° esami (per tipologia) effettuati in centri extra-regionali, pubblici o privati accreditati.

In linea di massima, i dati dei Paesi con l'offerta di un sistema sanitario simile a quello italiano sono complessivamente sovrapponibili. Una considerazione a parte riguarda la Francia, dove sono state adottate forme ufficiali di incentivazione, le *Forfait innovation*, cui sono legati i rimborsi delle prestazioni erogate secondo un meccanismo decrescente in funzione della vetustà dell'apparecchio e in funzione della efficacia delle prestazioni tenendo presente che sette anni è il limite di "adeguatezza tecnologica" considerato: quindi 0, 3 anni (rimborso aumentato del 10%); 4-7 anni (periodo di adeguatezza tecnologica): rimborso decurtato progressivamente fino al 70%; 10 anni: non si ha diritto al rimborso.

Un aspetto basilare del sistema francese è la correlazione della definizione del criterio di vetustà/obsolescenza con l'introduzione del concetto "periodo di adeguatezza tecnologica". Esso indica l'età massima che per le apparecchiature può essere considerata adeguata rispetto alle tecnologie disponibili in termini di innovazione, prestazioni diagnostiche, possibilità e opzioni per il professionista; nonché sicurezza e vantaggi per la persona assistita in termini di riduzione della dose, riduzione del numero delle esposizioni ripetute, durata e comfort dell'esame, disponibilità delle parti di ricambio.

Un altro aspetto su cui è possibile una comparazione fra Italia ed Europa riguarda i meccanismi messi in atto per sollecitare le singole realtà sanitarie (AO/ASL o, a livello di programmazione, le Regioni e le strutture private accreditate e non accreditate) a effettuare investimenti e rinnovi: il GdL del Ministero della Salute nel citato documento ne ha elencati alcuni, ma ve ne è una gamma anche più ampia e, per quanto in Italia esistano delle misure agevolative, sarebbero auspicabili interventi implementativi più efficaci che prendano in considerazione anche i cambiamenti dei fabbisogni clinici. La realtà europea prevede meccanismi diversi i cui fini ultimi vanno contestualizzati in funzione delle specificità del sistema sanitario.

In Francia, il modello sanitario già citato *Forfait innovation* è di tipo mutualistico e prevede tariffe modulate sulla base di dati clinici e dell'impatto della prestazione erogata. Questo sistema incentiva l'innovazione e garantisce un finanziamento indiretto che minimizza i rischi finanziari: facilita, infatti, un accesso alle tecnologie innovative da parte delle persone assistite attraverso un meccanismo di finanziamento indiretto preliminarmente definito; genera un processo graduale e omogeneo di sostituzione tecnologica; minimizza i rischi di inadempienza finanziaria, in quanto si fonda su un meccanismo di finanziamento indiretto.

Il modello inglese *Reclaiming VAT*, invece, prevede l'applicazione di aliquote IVA agevolate per l'acquisto di macchinari destinati alla diagnostica. Questo sistema riduce i costi di acquisto diretto della tecnologia e permette al Governo di favorire alcune strategie di programmazione sanitaria: esso, infatti, gli consente, modificando le aliquote, di incentivare o limitare l'acquisto di determinate tipologie di macchinari, con delle conseguenze di breve termine sulle linee di programmazione sanitaria.

Infine, il modello *Managed Equipment Services* (MES), utilizzato nel Regno Unito e nei Paesi del Nord Europa, consiste nell'esternalizzazione della gestione delle apparecchiature mediche a una società specializzata per un lungo periodo (generalmente tra 8 e 24 anni). Questo modello rientra nella contrattualistica delle *Public Private Partnership* (PPP) e può riguardare varie aree, dalla fornitura alla manutenzione e al monitoraggio delle performance delle attrezzature.

Il servizio può riguardare parchi tecnologici estesi e complessi per alcune o per tutte le fasi del servizio (prima fornitura, rinnovo, installazione, collaudo, manutenzione, monitoraggio delle performance, gestione delle variazioni). I vantaggi del MES si identificano nel delegare una parte o l'intero servizio a una società specializzata; programmare nel medio-lungo periodo il rinnovo delle tecnologie; integrare il servizio di diagnostica con il processo di erogazione complessiva della cura.

Tale modello, pur rappresentando uno strumento molto interessante, capace di produrre un continuo aggiornamento del parco tecnologico, richiede la pianificazione dell'integrazione tra il servizio offerto e gli obiettivi, nonché la definizione della gestione dell'offerta da parte della struttura sanitaria. In generale, se applicati in Italia, tutti questi sistemi richiederebbero importanti riforme della normativa.

Una governance partecipata

L'ammodernamento dei sistemi ospedalieri, delle apparecchiature e dell'IT sanitaria deve essere coordinato e coerente per migliorare l'efficacia delle cure e ridurre gli squilibri regionali nell'utilizzo delle apparecchiature.

Ma, per migliorare la situazione, è necessario non soltanto rinnovare il parco tecnologico con macchinari nuovi e performanti, ma soprattutto rivedere la politica sanitaria per un utilizzo più efficiente ed economico delle apparecchiature e rafforzare le competenze di valutazione delle tecnologie sanitarie. In tal senso il documento prima citato offre soluzioni innovative che potrebbero ridurre i costi attuali del sistema sanitario, seguendo un approccio di *Health Technology Assessment* (HTA).

L'obiettivo di Cittadinanzattiva, e delle decine di organizzazioni che si sono riunite già da molti mesi nell'Osservatorio Civico sul PNRR, con riguardo a questo e agli altri investimenti e riforme contenuti nel PNRR, è quello di monitorare l'attuazione del Piano in tutte le sue diverse fasi. In particolare, l'Osservatorio vuole verificare la qualità e l'inclusività del processo decisionale che sta segnando l'applicazione del Piano e seguire le prime fasi di realizzazione dei progetti. Ma in seguito, oltre all'attività di monitoraggio, ritiene necessario coinvolgere i territori in iniziative di partecipazione attiva e di valutazione degli effetti delle iniziative intraprese, vale a dire in termini di cambiamento reale sulla qualità della vita e sul benessere della comunità e degli individui.

Cittadinanzattiva sostiene da sempre che una governance partecipata che coinvolga tutti gli interlocutori sia essenziale, e ciò vale per il rinnovo del parco tecnologico, per l'intero *corpus* di provvedimenti previsti dal PNRR, per il rilancio degli ospedali, per la riqualificazione del Servizio sanitario in generale: una giusta ripartenza potrà avvenire solo garantendo la massima trasparenza delle scelte e degli investimenti e un effettivo cambiamento si realizzerà solo se la società civile, i cittadini, le associazioni, le comunità, verranno coinvolti e diventeranno attori co-protagonisti di scelte, programmi e processi di valutazione di risultato e di impatto.

Bibliografia

- Rapporto "Bisogni di salute nelle aree interne, tra desertificazione sanitaria e PNRR"*, Progetto A.H.E.A.D. (Action for Health and Equity Addressing medical Deserts), Cittadinanzattiva, Gennaio 2023.
- Rapporto Civico sulla Salute "Urgenza Sanità"*, Cittadinanzattiva, Maggio 2023.

Libero Accesso

Questo capitolo è concesso in licenza d'uso gratuita, consentendone l'utilizzo, la condivisione, l'adattamento, purché si dia credito adeguato all'autore originale e alla fonte.

Le immagini o altro materiale di terze parti in questo capitolo sono e restano di proprietà della casa editrice, salvo diversamente indicato.

L'uso del capitolo è quindi consentito all'interno delle norme di legge a tutela del detentore del copyright.

La Edizioni Idelson Gnocchi 1908 si riserva comunque anche di mettere a stampa l'intera opera, offrendola al mercato a titolo oneroso, secondo i consueti canali di vendita sul territorio.

