



# Case della comunità, digitale e territorio Così cambia la sanità italiana

Il Ssn è a un passaggio decisivo, tra riforma territoriale, digitalizzazione e nuove esigenze di presa in carico. Secondo Walter Ricciardi, ordinario di Igiene e direttore della Scuola di specializzazione di Igiene e Salute pubblica presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, il vero cambiamento non dipenderà dalle strutture ma dalla capacità di farle funzionare come una rete integrata. Senza personale adeguato, *governance* solida e uso concreto degli strumenti digitali, il rischio è una sanità più diseguale

**Nicola Miglino**

Il Servizio sanitario nazionale è al centro di una trasformazione profonda, spinta dalle riforme del Dm 77 e dagli investimenti del Pnrr. Case della comunità, assistenza territoriale e digitalizzazione delineano un modello più vicino ai cittadini e orientato alla continuità delle cure. Il passaggio dalla progettazione alla realtà, però, resta la sfida più complessa. Come sottolinea **Walter Ricciardi**, ordinario di Igiene e direttore della Scuola di specializzazione di Igiene e Salute pubblica presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, il successo dipenderà dalla capacità di integrare servizi, professionisti e tecnologie in un sistema coerente. In gioco non c'è solo l'efficienza, ma l'equità futura della sanità italiana.



**Prof. Ricciardi, oggi il Servizio sanitario nazionale è a un punto di svolta: quanto Dm 77 e Pnrr possono davvero trasformarne struttura e funzionamento nei prossimi anni?**

“ Possono trasformarlo molto, ma non automaticamente. Il Dm 77 definisce finalmente un modello nazionale per l'assistenza territoriale e rimette il Distretto al centro della regia dei servizi; il Pnrr, con la Missione 6, mette risorse su Case della comunità, Ospedali di comunità, assistenza domiciliare, telemedicina e digitalizzazione. Il punto è che il vero cambiamento non dipenderà solo dalle opere o dalle tecnologie, ma dalla capacità di farle funzionare come una rete inte-

grata, con processi, personale e *governance* coerenti. In altre parole: il Pnrr può costruire l'infrastruttura della riforma, ma la trasformazione vera dipenderà dall'esecuzione ordinaria del Ssn dopo il Pnrr ”.



**Le Case della comunità sono il simbolo della riforma territoriale: cosa devono offrire concretamente ai cittadini per non restare strutture vuote?**

“ Devono offrire tre cose molto concrete: accesso semplice, presa in carico e continuità. Non devono essere un poliambulatorio con un nome nuovo, ma il luogo in cui il cittadino trova orientamento, medicina generale, infermieristica di famiglia, gestione della cronicità, raccordo con specialistica, domicilia-rità e servizi sociali. La Casa della comunità dovrebbe diventare il vero riferimento per chi entra in contatto con il sistema, ma se non produce percorsi chiari, équipe multiprofessionali e risposte rapide ai bisogni quotidiani, rischia di essere solo un contenitore edilizio ”.



**La carenza di personale sanitario rischia di compromettere l'attuazione del Dm 77: quali soluzioni realistiche vede nel breve periodo?**

“ Sì, è uno dei principali fattori di rischio. Nel breve periodo servono soluzioni pragmatiche: trattenere il

personale già formato, rendere più attrattivi i contesti territoriali, accelerare stabilizzazioni e reclutamenti, valorizzare competenze avanzate di infermieri e altre professioni sanitarie e usare meglio il digitale per liberare tempo clinico invece che aggiungere burocrazia. La Corte dei conti ha richiamato esplicitamente il nesso tra scarsità di risorse, difficoltà di reclutamento e necessità di stabilizzare il personale. Quindi oggi la priorità non è solo assumere di più, ma ridisegnare l'organizzazione del lavoro per usare meglio le professionalità disponibili ”.



**Il ruolo dei medici di Medicina generale è destinato a cambiare: serve una riforma profonda del loro modello organizzativo e contrattuale?**

“ A mio avviso sì, perché il problema non è ideologico ma funzionale. Se il sistema punta davvero su presa in carico, cronicità, lavoro in équipe e presenza strutturata nelle Case della comunità, il modello del medico che lavora soprattutto in forma individuale mostra tutti i suoi limiti. Serve una riforma che preservi il valore della relazione fiduciaria con il paziente, ma la collochi dentro un'organizzazione più integrata, con obiettivi di popolazione, strumenti condivisi e maggiore interoperabilità con il resto del sistema. Il punto non è togliere autonomia ai medici di famiglia, ma portarli dentro una medicina territoriale collaborativa e adeguatamente governata ”.



**Il Pnrr punta molto sulla digitalizzazione: telemedicina e Fascicolo sanitario elettronico saranno una vera rivoluzione o rischiano di rimanere incompiuti?**

“ Possono essere una rivoluzione, ma solo se diventano infrastrutture d'uso quotidiano. Il Fascicolo sanitario elettronico 2.0 è pensato per raccogliere dati clinici, servizi e informazioni utili al percorso di cura; la telemedicina, nel quadro Pnrr, comprende servizi minimi come televisita, teleassistenza, telemonitoraggio e teleconsulto. Il rischio di incompiutezza esiste quando ogni Regione sviluppa soluzioni formalmente attive ma poco interoperabili, oppure quando i professionisti non le integrano

## UNA VITA TRA SCIENZA, SANITÀ E ISTITUZIONI



**Walter Ricciardi** è Professore ordinario di Igiene e Medicina preventiva e direttore della Scuola di specializzazione in Igiene e Sanità pubblica presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma. È stato Presidente dell'Istituto superiore di sanità e consigliere scientifico del ministro della Salute durante l'emergenza Covid-19. Ha ricoperto incarichi di rilievo internazionale, tra cui la presidenza della World federation of public health associations e ruoli presso l'Organizzazione mondiale della sanità e la Commissione europea. Attualmente presiede il Mission board for cancer di Horizon Europe. Autore di oltre 400 pubblicazioni e numerosi volumi, è tra i principali esperti italiani di sanità pubblica.

davvero nei processi clinici. La svolta non sarà avere la piattaforma, ma usarla per seguire meglio cronici, fragili e pazienti a domicilio ”.



**Come evitare che innovazione e riforme aumentino le disuguaglianze tra territori, creando una sanità sempre più a due velocità?**

“ Il rischio esiste già, perché il Ssn parte da condizioni regionali molto diverse. Per evitarlo ser-

vono almeno tre leve: *standard* nazionali realmente esigibili, monitoraggio trasparente degli esiti e supporto più forte alle Regioni con maggiori fragilità organizzative. Il Dm 77 nasce anche per ridurre le disuguaglianze e costruire un modello più omogeneo. Tuttavia, la Corte dei conti continua a segnalare difficoltà strutturali in diverse Regioni e una mobilità interregionale che riflette differenze di attrattività e capacità di erogazione. Quindi l'innovazione non basta: va accompagnata da *governance* solidale e perequativa ”.



**L'integrazione tra sanitario e sociale è uno degli obiettivi più ambiziosi: quali condizioni servono perché diventi realtà operativa?**

“ La prima condizione è smettere di considerarla uno *slogan*. L'integrazione socio-sanitaria diventa reale quando c'è una regia di distretto, quando i professionisti condividono valutazione del bisogno, progetto assistenziale e responsabilità di *follow-up*, e quando i Comuni non sono interlocutori esterni ma parte del percorso. Il Dm 77 attribuisce proprio al Distretto un ruolo di coordinamento della rete dei servizi sociosanitari. Questo significa che servono procedure comuni, dati condivisi, équipe miste e anche linguaggi professionali più compatibili. Senza questi elementi, l'integrazione resta dichiarata ma non praticata ”.



**Il finanziamento del Ssn è oggi adeguato per sostenere queste riforme o è inevitabile ripensarne il modello?**

“ Certamente no, con l'attuale finanziamento non è possibile garantire l'universalismo, ma il nodo non è solo quanto spendiamo, ma come finanziamo e cosa vogliamo garantire ai cittadini. Il Pnrr ha portato risorse straordinarie sugli investimenti, ma non risolve da solo il tema della sostenibilità della gestione corrente: personale, manutenzione organizzativa, domiciliarità, prevenzione, tecnologie, rinnovi contrattuali. La Corte dei conti

continua a richiamare la crescita della spesa privata e le tensioni sul lato pubblico. Quindi il punto non è abbandonare il modello universalistico, ma rifinanziarlo in modo coerente con l'invecchiamento, la cronicità e la medicina di prossimità, evitando che il definanziamento implicito spinga sempre più persone verso il privato e a ulteriori maggiori disuguaglianze ”.



**Dopo il Covid-19, la prevenzione e la sanità pubblica hanno davvero guadagnato centralità o restano il "punto debole" del sistema?**

“ Hanno guadagnato centralità sul piano del discorso pubblico, ma restano ancora fragili sul piano operativo. Basti pensare che, anche se esiste un quadro programmatico nazionale sulla prevenzione, questo tema non è entrato nella legge delega di riforma del Servizio sanitario nazionale, così come il tema salute-ambiente-clima e questo fa sì che, nella pratica, la prevenzione continua a essere meno visibile e meno "premiata" rispetto all'assistenza che risponde all'urgenza immediata. Il paradosso è questo: tutti riconoscono che prevenire conviene, ma i sistemi tendono ancora a investire soprattutto dove la domanda è più pressante nel breve termine ”.



**Guardando ai prossimi 10 anni, qual è il rischio più grande e quale invece la principale opportunità per il futuro della sanità italiana?**

“ Il rischio più grande è una transizione incompleta: nuove strutture, nuove piattaforme e nuove sigle, ma senza abbastanza persone, integrazione e capacità gestionale per farle funzionare. In quel caso avremmo un Ssn formalmente riformato ma sostanzialmente più diseguale. La principale opportunità, invece, è costruire finalmente una sanità che sposti il baricentro dall'ospedale al territorio, dalla prestazione episodica alla presa in carico, dalla frammentazione alla continuità. Se il Dm 77 e il Pnrr verranno tradotti in organizzazione reale, il Ssn potrà diventare più vicino ai cittadini, più proattivo e più equo ”.