

Cerca nel sito

15 Gennaio 2026 09:10

quotidianosanità.it

Studi e Analisi

Cronache Governo e Parlamento Regioni e Asl Lavoro e Professioni Scienza e Farmaci Studi e Analisi
Lettere al direttore Edizioni Regionali

[Iscriviti alla Newslett](#)

QS» Studi e Analisi» Riforma Ssn. Una Legge-Delega che ripropone al centro l'ospedale e dimentica la salute di...


[Stampa](#)

Riforma Ssn. Una Legge-Delega che ripropone al centro l'ospedale e dimentica la salute di comunità e il territorio



Il provvedimento punta a riorganizzare l'assistenza territoriale e ospedaliera, ma di fatto privilegia i grandi poli ospedalieri e le strutture elettive, lasciando il territorio in una persistente condizione di debolezza. Con risorse sostanzialmente invariate, il dichiarato

“potenziamento” del sistema rischia di tradursi in un rafforzamento selettivo, a discapito di altri servizi.

Le fragilità della delega: centralità nuovamente ospedaliera, genericità sul territorio, finanza neutra. Ma il Covid non ha insegnato nulla?

Il cuore politico del provvedimento sta nella revisione della classificazione ospedaliera, con l'introduzione di ospedali di terzo livello – strutture di eccellenza, anche private non profit ed ecclesiastiche, con bacino nazionale e sovranazionale – e degli ospedali elettivi, cioè presidi per acuti senza Pronto soccorso.

Per i primi si prevede un set articolato di criteri e uno schema di finanziamento specifico, che li rende di fatto poli privilegiati di attrazione di casistica, mobilità e professionisti, mentre i secondi sono pensati come strutture protette da una rete di emergenza garantita principalmente da ospedali pubblici.

Sembrerebbe quella degli ospedali elettivi, nell'idea di chi propone il testo di legge, di voler creare strutture di offerta e di “sola produzione” senza risposta in emergenza, garantendo così a chi lavora, di poter selezionare l'offerta stessa.

Questa scelta, ad oggi, sposterebbe l'asse del sistema verso pochi grandi centri, spesso già forti e visibili, e verso un segmento di offerta elettiva in gran parte privata, ridisegnando gli equilibri interni senza una parallela riflessione su come redistribuire i volumi, chiudere i presidi sottoutilizzati e salvaguardare la funzione dei “normali” ospedali generalisti.

Il risultato possibile è una concorrenza interna al SSN nella quale alcune strutture diventano sempre più attrattive, mentre altre restano a gestire urgenze, complessità quotidiane e carenza di

Gli speciali



Liste d'attesa. Visite ed esami urgenti quasi sempre garantiti nei tempi, ma per le prestazioni programmabili le code sono lunghe. Per una mammografia fino a 320 giorni. Ecco i primi dati della nuova Piattaforma nazionale

[Tutti gli speciali](#)

I più letti [7 giorni] [30 giorni]

Al via la riforma del Servizio sanitario nazionale. Nascono gli ospedali di terzo livello e quelli “elettivi” senza Pronto Soccorso. Riordino disciplina per medici di famiglia e pediatri

Cancro, conservanti alimentari sotto osservazione: “Potrebbero aumentarne il rischio”

La nuova piramide alimentare statunitense avrà un impatto sull'Italia?

Polmoniti in aumento, Fimmg: “Mmg primo presidio, ma servono integrazione e formazione”

Responsabilità professionale. La Cassazione stringe sui risarcimenti: senza nesso causale la domanda va respinta

professionisti, in un quadro in cui il territorio continua a essere l'anello più debole.

Il Modello Lombardo come ipotesi di riferimento

Sullo sfondo sembra di vedere la volontà di estendere il Modello di SSR della Lombardia, come modello tendenziale di riferimento. Come è noto il modello sanitario lombardo, pur integrando elementi territoriali, è caratterizzato da una forte competizione tra strutture pubbliche e private accreditate basata sulla qualità (tutte le strutture di eccellenza sono accreditate con il SSR, ma anche con modelli di eccellenza, vedi Joint Commission International).

Le caratteristiche del modello lombardo sono sintetizzabili in:

-Centralità degli Ospedali: Forte investimento e sviluppo di servizi clinici e ospedalieri, con competizione tra pubblico e privato accreditato e importante presenza di strutture di eccellenza private.

-Riforma (post-2015): La Legge Regionale n. 23/2015 ha introdotto le Agenzie di Tutela della Salute (ATS) e le Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) per rafforzare il territorio, ma la centralità degli ospedali è rimasta una caratteristica distintiva.

-Sfide della Pandemia: La pandemia ha messo in luce le criticità del modello, evidenziando la necessità di un maggiore potenziamento della medicina territoriale e delle strutture di prossimità, come case e ospedali di comunità.

Gli indirizzi di programmazione approvati dalla Giunta regionale per il 2026 mirano esplicitamente a superare la centralità dell'ospedale attraverso il potenziamento della medicina di prossimità, la riduzione delle liste d'attesa (vedi lo stanziamento di circa 10 milioni di euro per coinvolgere maggiormente il privato accreditato nel percorso di abbattimento dei tempi) e la digitalizzazione tramite investimenti verso la telemedicina e l'innovazione digitale per gestire i pazienti cronici a casa anziché in ospedale.

Elemento cardine per superare la centralità degli ospedali è lo sviluppo della rete territoriale. È prevista l'apertura o il pieno regime di circa 200 Case di Comunità. A fine 2024 risultavano già funzionanti 132 strutture su 195 programmate, con l'obiettivo di terminare i cantieri rimanenti (già aperti per il 70%) entro il 2026.

Nonostante la riforma, il modello continua a ricevere critiche per diversi fattori quali la carenza di personale rallenta l'effettiva operatività delle Case della Comunità, che rischiano di rimanere "scatole vuote" senza un adeguato ricambio generazionale dei medici; forte squilibrio pubblico-privato tramite un continuo ricorso al privato accreditato, mantenendo il sistema frammentato. La prevenzione territoriale è ancora sottofinanziata rispetto alle prestazioni ospedaliere acute.

Dai principi all'individuazione di possibili leve di cambiamento.

Sul versante territoriale e della prevenzione, la delega elenca buone intenzioni – salute mentale, integrazione socio-sanitaria, presa in carico dei cronici, residenzialità per la non autosufficienza – senza tradurle in standard vincolanti, obiettivi misurabili e meccanismi certi di implementazione e finanziamento aggiuntivo. Colpisce anche la totale assenza di una parola chiave come "prevenzione" nel cuore dei principi e criteri direttivi, segno di una visione che continua a collocare la salute dentro il perimetro delle strutture e delle reti assistenziali, più che dentro le politiche di popolazione.

A questo si aggiunge il vincolo di neutralità finanziaria: i decreti attuativi dovranno essere coperti con risorse già disponibili o, eventualmente, con futuri provvedimenti di spesa. In pratica, nell'immediato non si crea un fondo strutturale per riequilibrare territorio, prevenzione e personale, ma si ridefinisce la mappa dell'offerta lavorando quasi solo su redistribuzioni interne, con il rischio di rafforzare chi è già in posizione di vantaggio.

Per orientare efficacemente i decreti attuativi del DDL delega è necessario distinguere con chiarezza tra due categorie di interventi.

-La prima categoria comprende i "principi": affermazioni valoriali corrette, ma prive di meccanismi implementativi, la cui presenza nei documenti normativi non modifica i comportamenti degli attori del sistema perché non altera gli "incentivi", le responsabilità, le risorse o le competenze.

-La seconda categoria comprende le leve di cambiamento: interventi che modificano concretamente le condizioni operative del sistema, alterando flussi finanziari, responsabilità organizzative, competenze professionali, infrastrutture tecnologiche o meccanismi di accountability in modo tale da rendere conveniente, necessario o inevitabile il cambiamento dei comportamenti.

La distinzione non è sempre netta. Un principio può diventare leva di cambiamento se accompagnato da strumenti attuativi appropriati, mentre una potenziale leva può restare lettera morta se formulata in modo vago o priva di meccanismi sanzionatori.

La "centralità della persona" e i "percorsi di cura" richiamati nella stessa lettera i) soffrono dello stesso problema. Sono principi universalmente condivisi che tutti sottoscrivono e nessuno implementa, perché il sistema continua a essere organizzato per prestazioni, finanziato per prestazioni, valutato per prestazioni. Finché il modello di finanziamento premia chi produce più prestazioni (ospedalizzazioni, visite, esami) anziché chi mantiene le persone in salute e connesse alla comunità, la centralità della persona resterà uno slogan.

Liste d'attesa e domanda di salute: l'appropriatezza, parte mancante della delega

La struttura dell'articolo 2 è costruita per aree tematiche (ospedali, territorio, reti, salute mentale, non autosufficienza, informazione sanitaria, MMG/PLS), ma non contiene né il termine "liste d'attesa" né un richiamo diretto a tempi massimi di erogazione o a obiettivi di riduzione.

L'unico passaggio potenzialmente collegato è il riferimento molto generico all'"appropriatezza dell'offerta ospedaliera", che però rimane confinato alla definizione di standard di ricovero.

Intervenire davvero sulle attese significherebbe toccare nodo per nodo:

- La domanda (prescrizioni spesso inutili o ridondanti);
- Le modalità di lavoro dei professionisti;
- L'uso del privato accreditato;
- La razionalizzazione della rete;
- L'allocazione delle risorse. ?

Tutti elementi ad altissimo costo politico, perché è risaputo che una quota importante di esami è inappropriata e che la politica evita di dire ai cittadini che anche il loro comportamento contribuisce al problema.

È plausibile quindi che il governo scelga una delega "strutturale" ma astratta: si ridefiniscono cornici e categorie (ospedali di terzo livello, ospedali elettivi, reti, standard), rinviando a successivi atti amministrativi o piani specifici il tema concreto dei tempi di accesso. In questo modo si evitano, almeno in sede di legge, gli scontri diretti con categorie professionali, territori e utenti che sarebbero coinvolti da misure davvero incisive sulle liste. Permane così, lo spostamento del problema dal versante dell'offerta al versante della domanda senza mai chiedersi se le richieste di prestazioni sono appropriate rispetto al bisogno di salute.

Il ragionamento è chiaro: se ci si limita ad aggiungere prestazioni, senza toccare i meccanismi che generano e alimentano la domanda, le liste d'attesa tendono a ricrescere, e talvolta ad allungarsi, perché più offerta, può stimolare più richieste.

Tutti, sono a conoscenza come una quota importante delle indagini diagnostiche richieste sia superflua o inappropriata: le stime più prudenti parlano di almeno un quinto delle richieste, ma c'è chi ritiene plausibile che la metà degli esami potrebbe essere evitata senza peggiorare gli esiti di

salute. Si tratta di esami chiesti per assicurare, per difesa, per consuetudine, o per rispondere a una domanda indotta da un clima culturale segnato da una sorta di ipocondria collettiva, coltivata anche da chi ha interesse a mantenere elevati i volumi di attività.

Una parte del problema riguarda i cittadini, che spesso pretendono accertamenti complessi per problemi banali, e considerano il ricorso a test e imaging come diritto incondizionato indipendentemente dall'indicazione clinica. Un'altra parte riguarda i professionisti, che hanno progressivamente sostituito l'esame obiettivo e il ragionamento clinico con la richiesta automatica di batterie di esami, che raramente vengono ridiscussi o filtrati. La legge delega sfiora solo marginalmente questi temi attraverso riferimenti generici alle "buone pratiche clinico-assistenziali", ma non disegna un vero programma nazionale di appropriatezza, di audit e di regolazione della domanda.

Il FSN e l'appropriatezza

Ogni anno, purtroppo, una parte preziosa del Fondo Sanitario Nazionale viene erosa da sprechi e inefficienze. Non si tratta solo di corruzione (che pure va combattuta con fermezza), ma di un problema molto più vasto e strutturale che Centri di Ricerca analizzano e documentano da anni. Non è solo un problema italiano, ma anche in altri Paesi. Per esempio in USA studi svolti da Don Berwick e Hackbarth ("Eliminating waste in USA health care") stimano sprechi dal 21,7% al 47,6% di tutta la spesa sanitaria americana pari al 16,0% del loro PIL, ben più rilevante di quello italiano.

A cosa ci riferiamo esattamente?

- Sovra-utilizzo: farmaci, esami e visite inutili privi di reale beneficio per i pazienti.
- Sotto-utilizzo: trattamenti efficaci che non raggiungono chi ne avrebbe davvero bisogno.
- Inefficienze organizzative e acquisti a costi eccessivi.

Questi non sono solo "numeri": sono risorse sottratte a chi attende un esame salvavita, a chi ha bisogno di assistenza domiciliare, a chi cerca un medico nel proprio territorio. La proposta è semplice: disinvestire dagli sprechi per re-investire nella salute. Di quanto parliamo in Italia? Che cifre sono in ballo? In Italia si stimavano alcuni anni fa circa 25 mld di Euro di sprechi sui circa 112 mld del FSN (circa il 22% del totale della spesa diretta) e circa il 17,1% della spesa sanitaria globale, pubblica e privata pari allora a circa 146 mld di Euro, ovvero, parliamo in monte sprechi, a vario titolo, di circa 25 miliardi di Euro ...

Quindi non servono tagli lineari che colpiscono tutti indistintamente. Servirebbe una "chirurgia di precisione" per eliminare il superfluo e riallocare ogni euro recuperato lì dove serve davvero:

- Servizi Essenziali: per garantire i LEA in tutte le Regioni.
- Innovazione: per rendere accessibili le nuove tecnologie e i farmaci più avanzati.
- Personale: per valorizzare medici e infermieri che tengono in piedi il sistema.

Questa è la sfida: pretendere che ogni centesimo pubblico produca il massimo ritorno in termini di salute per i cittadini. Senza questa azione interna contro gli sprechi, qualsiasi aumento di fondi rischia di continuare ad alimentare inappropriately e sprechi!

I "principi" con potenziale trasformativo condizionato

I "principi" del DDL hanno un potenziale trasformativo reale, ma solo se i decreti attuativi li declineranno in modo sufficientemente prescrittivo. La revisione del DM 77/2022 (lettera a) può essere un'occasione di cambiamento sostanziale se introduce standard vincolanti per le funzioni relazionali delle Case della Comunità, figure professionali dedicate con profili definiti, e indicatori di processo e di esito che le Regioni debbano rendicontare. La revisione può invece restare un aggiustamento marginale se si limita a ritocchi tecnici che non modificano la sostanza del modello.

Per esempio, gli standard per la non autosufficienza (lettera g) hanno un potenziale trasformativo se definiscono rapporti minimi obbligatori tra personale e ospiti che includano figure dedicate alla dimensione relazionale, se introducono indicatori di qualità relazionale verificabili in sede di accreditamento, e se prevedono meccanismi sanzionatori per le strutture inadempienti

Lo stesso per il riordino di MMG e PLS (lettera o) che può diventare una leva di cambiamento se il nuovo assetto contrattuale prevederà incentivi specifici per la valutazione della dimensione relazionale e per la prescrizione sociale, se la formazione continua obbligatoria includerà moduli verificabili su questi temi, e se i sistemi informativi di medicina generale verranno integrati con strumenti di screening dell'isolamento e di mappatura delle risorse comunitarie.

Due elementi del DDL delega presentano un potenziale trasformativo strutturale che va oltre i singoli principi:

-Il primo è l'interoperabilità dei sistemi informativi (lettera n), non perché sia un principio nuovo, ma perché l'integrazione con l'Ecosistema Dati Sanitari (EDS) e i programmi di sanità predittiva crea un'infrastruttura che può rendere visibile ciò che oggi è invisibile.

-Il secondo elemento è il potenziamento dei servizi di salute mentale (lettera m), non per le enunciazioni di principio ma perché prevede esplicitamente l'integrazione nel modello territoriale e distrettuale. Questa integrazione, se realizzata, rompe la separatezza storica tra salute mentale e resto del sistema, creando le condizioni per intercettare le forme più gravi di isolamento cronico (ritiro sociale, hikikomori, depressione con isolamento) attraverso i servizi di prossimità anziché solo attraverso i servizi specialistici

La tabella seguente classifica i principi e criteri direttivi del DDL in base alla loro possibilità di tradursi in cambiamenti operativi reali per il contrasto alla solitudine, alla fragilità come proxy di cronicità e disuguaglianze di salute, distinguendo tra formulazioni che rischiano di restare formali e elementi con un reale potenziale trasformativo:

Principio DDL	Probabilità impatto	Condizioni per efficacia
i) Bioetica e umanizzazione	BASSA	Rischio elevato di restare formula rituale senza meccanismi attuativi
l) Integrazione socio-sanitaria	MEDIA	Richiede meccanismi vincolanti di co-programmazione e budget condivisi
a) Revisione DM 77	ALTA	Opportunità concreta se include standard per funzioni relazionali e figure dedicate
g) Fragilità, solitudini, cronicità e non autosufficienza	ALTA	Standard di personale verificabili possono includere figure per gestire le dimensioni relazionali
m) Salute mentale	ALTA	Integrazione territoriale abilita intercettazione isolamento cronico nei servizi di prossimità
n) Sistemi informativi	ALTA	Infrastruttura abilitante per rendere visibile e monitorabile la dimensione relazionale
		Efficace solo se nuovo

o) Riordino MMG/PLS	MEDIA	contratto include incentivi per prescrizione sociale
---------------------	-------	--

Rendite di posizione, rete ospedaliera e coraggio politico

Il decreto-legge non affronta una reale razionalizzazione della rete ospedaliera. Ci troviamo ancora una volta, di fronte alla presenza di rendite di posizione diffuse, protette da scelte politiche di corto respiro, che ostacolano la razionalizzazione della rete di offerta e, di fatto, peggiorano sicurezza e qualità delle cure.

Piccoli punti nascita con volumi insufficienti, Pronto soccorso isolati rispetto a strutture in grado di gestire le emergenze tempo-dipendenti, presidi che sopravvivono più per ragioni di consenso locale che per valutazioni tecnico-scientifiche sono esempi concreti di come il sistema mantenga assetti inefficaci e rischiosi.

Siamo convinti che non si può affidare il parto di una persona cara a un reparto con numeri troppo bassi di parti/anno, né ci si sentirebbe tranquilli in un PS non supportato da un ospedale davvero attrezzato: è un modo diretto per ricordare che sotto certe soglie di attività non ci sono solo inefficienze, ma anche rischi per i pazienti.

La delega, pur richiamando l'aggiornamento dei DM 70 e 77, non assume esplicitamente il nesso tra volumi, esiti, sicurezza e chiusura o riconversione di presidi, preferendo spostare l'attenzione sulle nuove categorie di ospedali "di eccellenza" e sui loro criteri di riconoscimento. Il messaggio politico che ne deriva è ambivalente: da un lato si celebra l'idea di grandi "hub" altamente specializzati, dall'altro si evita di dire con chiarezza che alcune strutture andranno ridimensionate o chiuse, e che questo comporterà decisioni impopolari verso amministratori locali e comunità.

Senza questo passaggio di verità, il sistema rischia di tenere in piedi troppi presidi, spesso fragili, e contemporaneamente di concentrare riconoscimenti e risorse aggiuntive su pochi attori già forti, aggravando le disuguaglianze interne.

Da critica a proposta: usare la delega per una "rivoluzione ordinata"

Emerge un'agenda di lavoro possibile che prova a trasformare un provvedimento rischioso in un'occasione di ripensamento profondo del SSN.

Alcuni assi di intervento appaiono decisivi:

-Domanda e liste d'attesa come obiettivo esplicito di riforma – La delega potrebbe includere tra i criteri direttivi la riduzione strutturale delle liste d'attesa, non solo attraverso l'aumento di offerta, ma mediante programmi nazionali di appropriatezza prescrittiva, sistemi di audit e feedback sulle richieste, indicatori obbligatori di inappropriatezza e percorsi di formazione continua per MMG e specialisti. Questo per operare su un programma nazionale di efficientamento strutturale organizzativo e di innovazione tecnologica e digitale soprattutto a favore delle strutture e percorsi territoriali e dei MMG invertendo il trend di innovazione del PNRR principalmente sugli ospedali.

-Territorio come baricentro, non come appendice – Il DM 77 può essere reinterpretato come architrave e non come allegato, facendo dei Distretti e delle équipe multiprofessionali i luoghi dove si decide una parte rilevante dell'allocazione delle risorse e si misurano esiti di popolazione. La delega dovrebbe legare chiaramente gli investimenti a obiettivi quali presa in carico dei soli, dei fragili e dei cronici, creazione o implementazione dei percorsi di cura, riduzione degli accessi impropri in PS, aumento dell'assistenza domiciliare, tempi certi di risposta per i bisogni a bassa e media complessità.

-Razionalizzare la rete ospedaliera su base di volumi, esiti e sicurezza – La revisione della classificazione degli ospedali dovrebbe essere accompagnata da criteri trasparenti e realmente vincolanti per il loro funzionamento, per la chiusura o riconversione dei presidi che non raggiungono soglie minime di attività, soprattutto per le aree ad alto rischio come maternità ed emergenza. La creazione di ospedali di terzo livello avrebbe allora senso solo in un progetto coerente di riorganizzazione complessiva, non come semplice "upgrade" di alcune strutture già

forti.

-Affrontare le rendite di posizione e ridefinire il rapporto pubblico-privato – Il riordino dovrebbe includere strumenti che permettano di rivedere accreditamenti, convenzioni e distribuzione dei volumi sulla base di esiti e appropriatezza, e non solo di storia e capacità di influenza. Per il privato, in particolare quello accreditato, si tratta di definire regole di ingaggio che premino chi contribuisce a obiettivi di salute di popolazione e di equità, e non solo chi garantisce alti volumi elettivi.

In questo senso, l'idea di "reset profondo" può diventare la metafora di una riforma che non si limita a ritoccare norme e classificazioni, ma rimette mano al patto tra cittadini, professionisti, istituzioni e attori privati. La delega, se adeguatamente corretta, potrebbe essere il quadro entro cui dichiarare apertamente che per migliorare davvero la sanità pubblica bisogna cambiare comportamenti, chiudere assetti inefficienti e accettare che qualcuno venga scontentato in nome di una maggiore sicurezza, equità e sostenibilità del sistema.

Possibili Piani operativi "concreti": cosa si potrebbe fare davvero

L'efficacia del DDL delega, quindi, dipenderà dalla capacità di tradurre i principi in meccanismi operativi verificabili. Di seguito si propongono piani operativi specifici per le aree a maggior potenziale trasformativo, strutturati secondo livelli di complessità implementativa crescente per permettere un'implementazione graduata che tenga conto della maturità dei diversi territori.

1. Piano operativo per la prescrizione sociale

La prescrizione sociale rappresenta l'intervento con il miglior rapporto tra evidenze di efficacia, fattibilità implementativa e potenziale di ancoraggio normativo nel DDL delega. A differenza di principi vaghi come "umanizzazione", la prescrizione sociale è un intervento codificato con componenti definite, esperienze internazionali documentate (NHS England, Scozia, Aragona, Olanda) e indicatori di processo e di esito misurabili.

Formazione e sperimentazione pilota

Costruire le competenze di base e validare la fattibilità in contesti controllati.

-Formare operatori (infermieri di comunità, assistenti sociali, educatori) sulle metodologie di prescrizione sociale attraverso un corso certificato che includa esperienze pratiche e tirocinio supervisionato presso servizi che già applicano modelli analoghi.

-Sperimentare in alcune Case della Comunità pilota l'integrazione di uno screening dell'isolamento sociale (scala UCLA-3 o De Jong Gierveld abbreviata) nei percorsi di accesso, misurando i tempi necessari, l'accettabilità da parte degli utenti e la capacità predittiva degli strumenti.

-Realizzare una mappatura delle risorse comunitarie prescrivibili in 3-5 Distretti pilota, testando strumenti di catalogazione e aggiornamento che possano poi essere scalati a livello regionale.

Indicatori di successo: Almeno 80% degli operatori formati supera la valutazione finale; almeno 500 screening effettuati per pilota con tasso di completamento >90%; catalogo risorse comunitarie con almeno 50 voci per distretto.

Protocolli operativi e sperimentazione della figura del link worker (12-24 mesi)

Standardizzare i processi e introdurre la figura professionale dedicata:

-Definire protocolli regionali di prescrizione sociale che specifichino: criteri di eleggibilità (chi può prescrivere, per quali condizioni), percorso operativo (dalla segnalazione all'attivazione), strumenti informativi (moduli, flussi dati), e meccanismi di follow-up (tempi, responsabilità, indicatori).

Istituire la figura del "facilitatore di comunità" (link worker) con profilo professionale definito, inquadramento contrattuale chiaro, e rapporto minimo di 1 facilitatore ogni 15.000-20.000 abitanti, integrato nell'organico delle Case della Comunità.

-Sviluppare la piattaforma informatica territoriale che integri: anagrafica delle risorse comunitarie, gestione delle prescrizioni, tracking degli esiti, reportistica automatizzata per la programmazione.

Indicatori di successo: Almeno 1.000 prescrizioni sociali/anno per Distretto; tempo medio dall'invio all'attivazione < 15 giorni; tasso di adesione alle attività prescritte > 60%.

Integrazione sistemica e valutazione di impatto (24-48 mesi)

Consolidare il modello come componente ordinaria dell'assistenza territoriale e misurarne l'impatto.

-Integrare la prescrizione sociale nei LEA regionali come prestazione esigibile, con standard di erogazione verificabili e meccanismi di monitoraggio nell'ambito del sistema di garanzia dei LEA.

-Includere indicatori di prescrizione sociale nel nuovo sistema di remunerazione dei MMG previsto dal riordino (lettera o del DDL), incentivando economicamente l'attivazione di percorsi di connessione sociale per i pazienti a rischio.

-Realizzare una valutazione di impatto rigorosa con disegno quasi-sperimentale (confronto tra territori con e senza prescrizione sociale strutturata), misurando: riduzione accessi impropri al pronto soccorso, riduzione ricoveri evitabili, miglioramento indicatori di solitudine percepita, variazione consumo farmaci psicotropi.

Indicatori di successo: Copertura > 50% della popolazione target; riduzione statisticamente significativa degli esiti negativi nei territori trattati; rapporto costo-efficacia favorevole rispetto a interventi alternativi.

2. Piano operativo per gli standard relazionali nelle strutture residenziali

Gli standard di personale per le strutture per non autosufficienti (lettera g del DDL) potrebbe rappresentare una leva concreta se includono requisiti specifici sulla dimensione relazionale. A differenza di principi generici, gli standard di personale sono verificabili, possono condizionare l'accreditamento, e hanno conseguenze economiche dirette per i gestori.

Definizione indicatori e baseline (6-12 mesi)

-Definire un set minimo di indicatori di qualità relazionale per RSA verificabili in sede di accreditamento: frequenza dei contatti con familiari (almeno settimanale per il 70% degli ospiti), partecipazione ad attività socializzanti (almeno 3 ore/settimana per ospite), livelli di solitudine percepita (UCLA-3 medio < 6), qualità delle relazioni con il personale (scala validata).

-Realizzare una rilevazione baseline in un campione rappresentativo di strutture per calibrare gli standard su livelli sfidanti ma raggiungibili, evitando sia standard troppo bassi (inutili) sia standard irrealistici (che producono elusione).

Standard di personale e formazione (12-24 mesi)

-Introdurre nei requisiti di accreditamento un rapporto minimo di 1 animatore/educatore ogni 30 ospiti (attualmente spesso assente o con rapporti molto più sfavorevoli), con profilo professionale specifico che includa competenze sulla dimensione relazionale dell'anziano.

-Prevedere un monte ore minimo di formazione sulla dimensione relazionale per tutto il personale di assistenza (almeno 20 ore/anno), con contenuti standardizzati e verifica dell'apprendimento.

Istituire incentivi tariffari per le strutture che superano gli standard minimi, creando un meccanismo di miglioramento continuo anziché di mera conformità.

Indicatori di successo: 100% delle strutture con almeno 1 animatore dedicato; miglioramento statisticamente significativo degli indicatori di qualità relazionale rispetto alla baseline.

Apertura alle comunità e monitoraggio continuo (24-48 mesi)

-Incentivare programmi strutturati di apertura delle RSA alla comunità circostante: attività intergenerazionali con scuole, programmi di volontariato, eventi aperti al quartiere, con target minimi verificabili (almeno 2 attività/mese con coinvolgimento esterno).

-Integrare gli indicatori di qualità relazionale nel sistema informativo regionale delle RSA, con rilevazione semestrale obbligatoria e pubblicazione trasparente dei risultati per struttura (analogamente a quanto avviene per altri indicatori di qualità).

-Prevedere meccanismi sanzionatori graduati per le strutture persistentemente al di sotto degli standard: dalla diffida al taglio tariffario fino alla revoca dell'accreditamento nei casi più gravi.

3. Piano operativo per le équipes di "outreach" sull'isolamento cronico

"Outreach" significa estensione, raggio d'azione, o azione di contatto e sostegno verso l'esterno, traducibile in italiano con termini come [sensibilizzazione](#), [divulgazione](#), [coinvolgimento](#), o [aiuto/assistenza esterna](#).

Si riferisce a tutte quelle attività in cui un'organizzazione o un individuo si protende fuori dai propri confini per raggiungere, informare, assistere o collaborare con la comunità

L'integrazione dei servizi di salute mentale nel modello territoriale (lettera m del DDL) può abilitare la costituzione di équipes dedicate all'"outreach" verso le forme più gravi di isolamento sociale, che attualmente sfuggono ai servizi organizzati sulla logica dell'attesa. Il modello Frome (UK), le équipes hikikomori giapponesi e i programmi finlandesi "Open Dialogue" offrono riferimenti operativi.

Costruire Équipe pilota (12-24 mesi)

-Costituire in 3-5 Distretti pilota équipes multidisciplinari dedicate all'"outreach" (psicologo, educatore professionale, infermiere di comunità, peer supporter) con mandato esplicito di raggiungere attivamente le persone in condizione di isolamento cronico segnalate da MMG, servizi sociali, familiari o vicinato.

-Definire protocolli operativi per l'ingaggio progressivo delle persone ritirate, basati sulle evidenze delle esperienze internazionali: contatti iniziali non invasivi, costruzione graduale della fiducia, obiettivi micro-graduali, coinvolgimento della rete familiare quando presente.

-Formare le équipes sulle specificità delle diverse forme di isolamento cronico (hikikomori adolescenziale, ritiro sociale dell'anziano, isolamento post-traumatico, depressione con ritiro) per calibrare gli interventi sui bisogni specifici.

Indicatori di successo: Almeno 50 persone in isolamento cronico raggiunte per équipes/anno; tasso di ingaggio >60%; almeno 30% di miglioramento significativo su scala di funzionamento sociale a 12 mesi.

4. Piano operativo per l'infrastruttura informativa sul capitale sociale

L'interoperabilità dei sistemi informativi (lettera n del DDL) è una leva trasformativa non in sé ma per ciò che abilita. Se i dati sulla dimensione relazionale diventano visibili, programmabili e rendicontabili, allora la solitudine cessa di essere un tema "soft" relegato alle buone intenzioni e diventa un oggetto di governo del sistema sanitario al pari di altri indicatori di salute.

Dataset e cruscotti territoriali (12-24 mesi)

-Definire un dataset minimo nazionale sulla dimensione relazionale che includa: indicatori di

isolamento sociale rilevati nei punti di accesso ai servizi, prescrizioni sociali attivate e loro esiti, indicatori di capitale sociale territoriale (densità associativa, partecipazione civica), indicatori proxy da dati amministrativi (anziani soli, minori non frequentanti, accessi ripetuti al PS per cause sociali).

-Sviluppare cruscotti territoriali che aggregino questi indicatori in rappresentazioni sintetiche utili per la programmazione distrettuale, permettendo di identificare aree a maggior rischio, monitorare l'efficacia degli interventi, e allocare risorse in modo mirato.

-Integrare il dataset con l'Ecosistema Dati Sanitari (EDS) previsto dal DDL, assicurando che la dimensione relazionale diventi parte strutturale dell'infrastruttura informativa sanitaria nazionale e non un'appendice opzionale.

Indicatori di successo: Dataset operativo in almeno 5 Regioni; cruscotti consultati regolarmente dai decisori distrettuali; almeno 3 esempi documentati di decisioni allocative influenzate dai dati.

Conclusioni

Il DDL delega sull'assistenza territoriale, quindi, contiene sia principi che rischiano di restare lettera morta sia leve con reale potenziale trasformativo. La differenza non sta nelle parole ma nei meccanismi: figure professionali definite vs richiami generici, standard verificabili vs raccomandazioni, indicatori monitorati vs buone intenzioni, incentivi economici vs esortazioni.

Per il contrasto alla solitudine, le opportunità concrete risiedono nella revisione del DM 77/2022 (se include funzioni relazionali esplicite per le Case della Comunità), negli standard per la non autosufficienza (se includono requisiti di qualità relazionale verificabili), nell'integrazione territoriale della salute mentale (se abilita équipe di "outreach" sull'isolamento cronico), e nell'infrastruttura informativa (se rende visibile e programmabile la dimensione relazionale).

I piani operativi proposti in questo articolo traducono queste opportunità in possibili interventi graduati per complessità implementativa, limitate risorse per le sperimentazioni, indicatori di successo e meccanismi di verifica. Non sono vogliano essere esercizi teorici ma roadmap per l'azione, calibrate sulle evidenze internazionali e adattabili alle diverse maturità territoriali.

La scelta dipende dalla capacità di passare dalla retorica ai meccanismi, dai principi ai piani, dalle intenzioni alle responsabilità.

Giorgio Banchieri,

Segretario Nazionale Asiquas, Docente DiSSE, Università "Sapienza", Roma

Marinella D'Innocenzo,

già Direttore Generale di ASL, Presidente Associazione "l'Altrasanità", Roma

Riferimenti

Legge di Bilancio 2026 (L. 207/2025);

Atto di Indirizzo 2026: Firmato dal Ministro della Salute il 9 gennaio 2026,

DDL Delega sulla Riforma del SSN: Approvato dal Consiglio dei Ministri il 12 gennaio 2026,

Dossier Camera/Senato (AS 0477): Analisi dettagliata della Manovra 2026 con focus sulle misure di sanità e lotta alle dipendenze,

Audizione Confindustria sul DDL Bilancio 2026,

Fondazione GIMBE e Analisi Sindacali: Documenti critici della CGIL e dei sindacati medici (Anaa Assomed) che valutano il finanziamento del SSN come "insufficiente" rispetto al fabbisogno reale.