

La sanità di prossimità in Italia resta indietro rispetto ai principali modelli europei

07/04/2026
AltoVicentinOnline

«L'Europa ha costruito una sanità territoriale che filtra, accompagna e previene. L'Italia continua a inseguire l'emergenza». Esordisce così nella sua analisi Antonio De Palma, Presidente Nazionale del Nursing Up.

«A fronte di un fabbisogno ormai cronico di 175mila infermieri rispetto agli standard del Vecchio Continente, e di più di 20mila infermieri di famiglia indicati da Agenas, il nodo non è solo quantitativo ma strutturale: è il nostro modello organizzativo che non riesce a decollare», continua De Palma.

IL FILTRO CHE NON C'È: IL "GATEKEEPING" E LA PRESSIONE SUI PRONTO SOCCORSO

Nei sistemi europei più avanzati – Danimarca, Paesi Bassi, Norvegia – il primo accesso non è il pronto soccorso ma una rete di cure primarie attiva anche fuori dall'orario tradizionale (Primary Care Out-of-Hours e gatekeeping strutturato). In questi modelli tra il 70% e l'80% dei casi a bassa complessità viene gestito sul territorio con triage, medicazioni e follow-up immediato.

Il risultato è una riduzione degli accessi impropri al pronto soccorso del 25-30% (OCSE – Health at a Glance).

In Italia, invece, il PS resta la principale porta d'ingresso anche per prestazioni di base: i codici minori continuano a riversarsi sull'emergenza-urgenza, con effetti diretti devastanti su sovraccarico lavoro infermieri, tempi di attesa e gestione dei casi critici.

È lo stesso schema che si ripete anche nel passaggio ospedale-territorio.

DIMISSIONI SENZA CONTINUITÀ: IL NODO DELLA "TRANSITIONAL CARE"

Nei modelli europei la dimissione è un processo strutturato: viene pianificata almeno 48 ore prima ed è accompagnata da una presa in carico immediata sul territorio. Le strutture intermedie non sono "mini ospedali" ma nodi di stabilizzazione e riabilitazione inseriti in un percorso continuo.

La letteratura internazionale evidenzia che questo approccio riduce le riammissioni entro 30 giorni del 15-20%(OCSE; studi internazionali su integrated care).

In Italia il passaggio resta spesso discontinuo: il paziente dimesso non trova una presa in carico immediata e il rischio è un cortocircuito assistenziale che incide sull'efficienza complessiva del sistema, come evidenziato anche dai monitoraggi Agenas sulla rete territoriale.

Lo squilibrio diventa ancora più evidente nella gestione della cronicità.

CRONICITÀ: UNA DOMANDA CHE CRESCE PIÙ DEL SISTEMA

Il ritardo italiano emerge con ancora maggiore evidenza nella gestione delle patologie croniche. Nei Paesi del Nord Europa – Danimarca e Paesi Bassi in particolare – il modello è proattivo: il paziente viene monitorato a domicilio e seguito nel tempo, intercettando le riacutizzazioni prima che diventino emergenze. Questo consente una riduzione dei costi fino al 20% grazie alla prevenzione dei ricoveri evitabili.

In Italia il sistema resta prevalentemente reattivo. Secondo l'Istituto Superiore di Sanità oltre il 57% degli over 65 presenta almeno una patologia cronica, mentre le malattie croniche rappresentano oltre il 70% del carico di malattiane nei Paesi sviluppati (OMS).

Il quadro demografico è tra i più complessi d'Europa: gli over 65 sono circa il 24,5% della popolazione (Eurostat), gli ultraottantenni superano i 4,5 milioni (ISTAT) e le proiezioni indicano che entro il 2030 la quota over 65 si avvicinerà al 30% (Commissione Europea – Ageing Report).

A questo si aggiunge l'invecchiamento del personale sanitario, con una quota rilevante di infermieri sopra i 50 anni(OCSE – Health at a Glance). In questo contesto, il rapporto infermieri/medici – circa 1,5 contro una media europea di 2,5 – limita la possibilità di sviluppare una presa in carico continuativa.

UN PAESE A DUE VELOCITÀ E UNA RETE PNRR ANCORA DA COMPLETARE

Il divario territoriale è strutturale: la mobilità sanitaria interregionale ha superato i 5 miliardi di euro annui (Agenas; Fondazione GIMBE), con un flusso prevalente dal Mezzogiorno verso il Centro-Nord. Oltre il 90% del saldo attivo si concentra in poche regioni del Nord.

La rinuncia alle cure supera il 9% della popolazione (ISTAT) e i bisogni sanitari insoddisfatti risultano più elevati nel Sud (Eurostat).

Le analisi GIMBE sullo stato di attuazione della Missione Salute del PNRR evidenziano criticità nella realizzazione della rete territoriale e una forte disomogeneità tra regioni, mentre i

dati Agenas confermano ritardi nell'attivazione operativa dei servizi e nella piena integrazione tra ospedale e territorio, con il rischio concreto che l'infrastruttura venga realizzata senza un modello organizzativo in grado di farla funzionare.

IL COSTO DEL MODELLO: L'INEFFICIENZA CHE GENERA DEFICIT

In questo quadro pesa un'impostazione ancora fortemente medico-centrica, che concentra attività e funzioni sui livelli più costosi dell'assistenza e riduce lo spazio operativo delle professioni dell'assistenza nei percorsi territoriali.

Il risultato è un sistema che utilizza risorse ad alta intensità e alto costo anche per bisogni a bassa complessità, generando un deficit organizzativo ed economico strutturale.

I dati lo confermano: con un rapporto infermieri/medici fermo tra 1,3 e 1,5, contro una media europea tra 2,2 e 2,7(OCSE – Health at a Glance Europe 2024), l'Italia si colloca tra i sistemi meno efficienti nella distribuzione delle competenze.

Nei modelli europei più evoluti, questo equilibrio consente di ridurre ricoveri evitabili, complicanze e costi, con evidenze che indicano risparmi fino al 20% nei modelli assistenziali basati su una maggiore integrazione delle professioni infermieristiche (Health Policy – Maier & Aiken).

In Italia, al contrario, lo squilibrio si traduce in maggiore pressione sugli ospedali, più accessi impropri e un aumento dei costi legati alle inefficienze, con un impatto diretto sulla sostenibilità complessiva del sistema.

SERVE UN CAMBIO DI MODELLO: DALL'EMERGENZA ALLA PRESA IN CARICO

«Continuare a leggere la crisi solo come carenza di personale – sostiene De Palma – è riduttivo. Il punto è che il nostro modello territoriale non è stato progettato per funzionare in modo integrato. Senza una rete capace di filtrare, accompagnare e prevenire, continueremo ad avere ospedali sotto pressione e territori fragili».

Il confronto europeo dimostra che dove esiste una rete territoriale strutturata si riducono gli accessi impropri, si abbassano le riammissioni e si contengono i costi.

L'Italia ha oggi risorse e strumenti – anche attraverso il PNRR – per colmare questo divario. La priorità è trasformare queste risorse in organizzazione reale: rafforzare il personale, attivare pienamente la rete territoriale e garantire continuità assistenziale.

Solo così la sanità di prossimità può diventare non il punto di maggiore fragilità del sistema, ma il suo primo vero presidio.

«Senza un cambio strutturale, il rischio è continuare a finanziare una sanità che rincorre l'emergenza invece di governarla», conclude De Palma.

Per ricevere informazioni scrivici a: redazione@thieneonline.it

altovicentinonline.it | Giornale online dell'AltoVicentino | Reg. Tribunale di Vicenza n°1246/2011 | Registro Stampa del 08/03/2011

Copyright © 2015 Thieneonline di Bandiera Rosa | Tutti i diritti riservati. P.IVA 03770030249

Un altro progetto di | © All rights reserved.