

LA VICEPRESIDENTE DEL CONSIGLIO SUPERIORE DI SANITÀ

«Investiamo di più sulla prevenzione per un sistema sanitario sostenibile»

VITO SALINARO

«**D**obbiamo passare dalla medicina dell'attesa alla medicina di iniziativa: individuare subito le persone a rischio, intervenire prima che la malattia si manifesti o si complichino, seguire i pazienti cronici a domicilio, utilizzare telemedicina e monitoraggio digitale e integrare ospedale, medicina generale, specialistica e servizi sociosanitari. Occorre investire molto di più nella prevenzione, così si renderà sostenibile il Servizio sanitario del futuro». È così, pur in un quadro di tempesta, che il Servizio sanitario nazionale (Ssn) ha l'occasione di ripensarsi. Ne è convinta Annamaria Colao, vicepresidente del Consiglio Superiore di Sanità, e direttore del dipartimento assistenziale integrato di Endocrinologia, diabetologia, andrologia e nutrizione dell'Università "Federico II" di Napoli.

Professoressa, la carenza strutturale di personale, le risorse limitate, e le lunghe liste di attesa compromettono il carattere "universale" del nostro Sistema sanitario?

Il rischio esiste ed è la questione più importante da affrontare. Se per una visita o un esame il cittadino deve aspettare molti mesi, o è costretto a rivolgersi al privato, quel "carattere" si indebolisce. E questo produce una selezione economica: il Ssn è nato proprio per evitarla. I dati più recenti mostrano qualche segnale positivo. Ma liste d'attesa e personale restano criticità. Possiamo costruire ospedali, Case di comunità, piattaforme digitali e acquistare tecnologie sofisticate, ma senza medici, infermieri, tecnici e professionisti sanitari, le strutture rischiano di rimanere contenitori. Bisogna rendere nuovamente attrattivo il lavoro nel Ssn, programmare i fabbisogni professionali su 10-15 anni e costruire nuovi modelli organizzativi.

Come può un sistema sanitario che si regge su una spesa pubblica ferma al 6,2% del Pil, rispondere alla domanda di salute di una popolazione che invecchia e con una cronicizzazione delle malattie in aumento?

È il tema del prossimo decennio. Secondo Gimbe, nel 2025 la spesa sanitaria pubblica è stata pari al 6,2% del Pil, rispetto al 7,1% della media dei Paesi europei dell'area Ocse. Contemporaneamente l'Italia è il Paese Ue con la quota più elevata di over 65: 14,8 milioni, il 25,1% della popolazione. Nel 2025 circa 12,8 milioni presentavano almeno due patologie croniche. Non possiamo continuare a pensare a un Ssn costruito intorno all'ospedale e alla gestione dell'episodio acuto. Ecco perché parlo di medicina di iniziativa.

Quanto ci penalizza avere 21 sistemi sanitari regionali?

Il regionalismo sanitario ha avuto aspetti positivi, perché consente di organizzare i servizi in base alle ca-

atteristiche epidemiologiche e territoriali. Il problema nasce quando l'autonomia organizzativa produce differenze troppo ampie nell'accesso, nei tempi e nella qualità delle cure. Il punto non è avere 21 organizzazioni diverse ma 21 velocità diverse.

Cosa serve?

Serve un livello nazionale forte nella programmazione, nella definizione degli standard, nei sistemi informativi, nella valutazione degli esiti e nel controllo dei Lea. Ed è fondamentale ridurre quella mobilità sanitaria che nasce perché determinate prestazioni

non sono disponibili, o non lo sono in tempi ragionevoli, nella propria regione.

Abbiamo sfruttato le opportunità offerte dai fondi Pnrr per la salute? O lo abbiamo fatto solo parzialmente?

Il Pnrr ha accelerato processi che il Paese avrebbe impiegato molti anni a realizzare: rafforzamento dell'assistenza territoriale, Case e Ospedali di comunità, Centrali operative territoriali, telemedicina, digitalizzazione e ammodernamento tecnologico. Il ministero della Salute ha indicato come raggiunti i target europei relativi all'attivazione dei servizi in almeno 1.038 Case della comunità e 307 Ospedali di comunità. Ora arriva la fase forse più difficile: la sanità territoriale funziona se, dentro quelle strutture, ci sono professionisti, percorsi assistenziali, integrazione con i medici di medicina generale, specialisti, infermieri di famiglia, assistenza domiciliare e servizi sociali. Il risultato definitivo si misurerà da quanti ricoveri evitabili riusciremo a prevenire, da quanto diminuiranno gli accessi impropri ai Pronto soccorso, dalla capacità di prendere in carico i pazienti cronici e, soprattutto, dalla riduzione delle differenze territoriali.

Come si guarda al futuro nella prospettiva di recuperare disuguaglianze e ritardi nell'offerta di salute? E che ruolo avranno gli investimenti in nuove tecnologie e ricerca?

Tecnologia e ricerca saranno decisive ma a una condizione: che vengano considerate strumenti per rendere la sanità più equa. Nei prossimi anni avremo strumenti che cambieranno la medicina: intelligenza artificiale, genomica, medicina di precisione, digital twin, telemedicina, dispositivi indossabili, diagnostica avanzata, nuovi farmaci e sistemi di monitoraggio remoto. Ma dobbiamo evitare una medicina a due velocità, con l'innovazione disponibile solo nei grandi centri o per chi possiede più risorse economiche e culturali.



Peso: 28%

In che modo?

Gli investimenti in tecnologia devono viaggiare con quelli nelle persone, nella ricerca pubblica, nella formazione e nelle infrastrutture digitali. E dobbiamo imparare a utilizzare i dati sanitari come una infrastruttura nazionale della conoscenza. Uno è il principio non negoziabile: l'innovazione deve servire a ridurre le disuguaglianze. Ogni persona deve avere la stessa possibilità di essere prevenuta, diagnosticata e curata bene indipendentemente dal proprio reddito, dalla propria età e dal codice postale in cui vive.



Annamaria Colao:
«Rendere nuovamente
attrattivo il lavoro
nel Ssn, programmare
i fabbisogni
professionali su 10-15
anni e costruire nuovi
modelli organizzativi»



Peso:28%