Dopo “Salute Futura”
Verso il riordino della sanità modenese

Premesse al metodo e sintesi di inquadramento

Il percorso verso il riordino della sanità modenese ha al centro l’azione della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS), sede della collegialità dei sindaci e del confronto sugli indirizzi della programmazione provinciale. Questo documento raccoglie il percorso svolto e i principi emersi, come base per gli approfondimenti e i confronti necessari alla costruzione del nuovo Piano Attuativo Locale (PAL), nel rispetto delle competenze della Regione, delle aziende sanitarie e degli enti coinvolti.

A partire dall’approvazione del documento di indirizzo al riordino del sistema sanitario della Provincia di Modena, approvato dalla CTSS in data 26.02.2026, si è sviluppato un confronto tecnico rigoroso che ha visto 34 gruppi progettuali, con il coinvolgimento di oltre 250 professionisti, Università, enti locali, sindacati, volontariato, pazienti e caregiver. I loro primi esiti saranno restituiti alla CTSS e nei singoli distretti per poter essere parte integrante della discussione del percorso futuro. Parte di questo lavoro è stato alla base confronto della due giorni di Palagano con i sindaci del territorio modenese, l’Università di Modena e Reggio Emilia, la Presidenza della Regione, una rappresentanza della giunta regionale e le direzioni delle aziende sanitarie.

Il contesto, come ha evidenziato il presidente della Regione Emilia-Romagna Michele de Pascale proprio in occasione del confronto di Palagano, è quello di un definanziamento del Servizio Sanitario sottolineato anche in sede della Conferenza delle Regioni, che va contrastato nelle sedi opportune, ma che impone a tutti noi una responsabilità corale.

Il presidente ha sottolineato anche il valore del confronto aperto, soprattutto quando si toccano temi legati alla salute. Ha ribadito infatti che non esiste un sistema sanitario senza le evidenze e le competenze di chi ci lavora dentro ma al contempo non si costruisce un sistema sanitario pubblico universalistico senza un’enorme volontà politica. Ogni sindaco ha infatti l’onore e l’onere di partecipare attivamente alle scelte strategiche necessarie per preservarlo, superando le polarizzazioni politiche e lavorando per il bene comune. In quest’ottica, i confini amministrativi devono rappresentare uno strumento al servizio del cittadino e non un limite. Se l’obiettivo è mantenere la salute della popolazione, i determinanti e la sanità non devono conoscere confini, sottolineando l’importanza di ragionare in ottica di un servizio sanitario regionale.

Il presidente ha inoltre espresso apprezzamento per la comunità professionale e universitaria modenese, gli amministratori locali, le organizzazioni sindacali e le forze economiche del territorio, richiamando la disponibilità della Regione a sostenere una nuova fase di investimenti sulla rete ospedaliera provinciale.

Al contempo, il sindaco di Modena e presidente della CTSS ha richiamato le trasformazioni demografiche strutturali: una popolazione che invecchia, l'aumento delle famiglie monocomponenti e delle cronicità, e la necessità di garantire sostenibilità ed equità delle risposte di cura per i prossimi vent'anni. In questo scenario, per continuare a garantire il diritto alla salute attraverso un sistema sanitario pubblico ed universale, per l'oggi e per le future generazioni, una politica matura ed assennata non può ragionare in base al mero calcolo del consenso a breve termine. Mantenere tutto esattamente com'è oggi non significa necessariamente difendere la sanità pubblica, così come continuare semplicemente ad aggiungere servizi al modello esistente non è una strategia sufficiente. A volte può significare il contrario: consumare risorse per mantenere organizzazioni non più adeguate significa proprio sottrarle ai nuovi bisogni che stanno emergendo. Si tratta di ripensare e riprogettare l'organizzazione dell'offerta sanitaria secondo un approccio sanitario ma anche sociale. Riorganizzare non significa "tagliare", "ridurre", "sottrarre" ma, come ha sintetizzato bene il Presidente De Pascale, si tratta di compiere una scelta strategica ben precisa: "usare ogni euro e ogni ora di un professionista per produrre la migliore risposta di salute possibile".

La sfida dell'investimento: Modena e il futuro dei «contenitori»

Come ha assicurato De Pascale, la Regione Emilia-Romagna si è messa nelle condizioni di aprire una stagione significativa di investimenti straordinari per qualificare strutture, tecnologie e farmaci. La sanità modenese esprime un'eccellenza clinica e accademica di livello nazionale, ma opera dentro presidi concepiti per un'altra epoca.

È qui che si innesta la riflessione che il sindaco di Modena, Massimo Mezzetti, ha aperto pubblicamente sul futuro dei «contenitori» della città capoluogo: l'evoluzione della medicina, sempre più specialistica e tecnologica, richiede spazi, dotazioni e infrastrutture adeguati. Tra le ipotesi prospettate vi è lo sviluppo a Baggiovara di un grande **polo ospedaliero-universitario** nel quale integrare e concentrare progressivamente funzioni a maggiore complessità ed altissima specializzazione, suddivisi oggi nei due poli ospedalieri. Questo per migliorare la sicurezza delle cure e l'impiego delle competenze, superando duplicazioni che oggi frammentano professionalità e risorse. È uno scenario da approfondire e confrontare con le alternative praticabili, valutandone gli effetti sull'intera rete provinciale.

In questo scenario, nell'attuale sede del Policlinico rimarrebbe pienamente funzionale un ospedale cittadino e distrettuale, ivi compresa la presenza del Pronto Soccorso, integrato con i servizi territoriali. La rigenerazione dell'attuale sede del Policlinico in Ospedale cittadino e distrettuale comporterà la possibilità di qualificare ulteriormente la risposta di prossimità anche rispetto a esigenze cliniche oggi in fase espansiva. Le funzioni, gli eventuali trasferimenti e i tempi necessari alla realizzazione di questa ipotesi progettuale non sono definiti da questo documento in quanto richiederanno valutazioni cliniche, organizzative e tutti i necessari passaggi nelle sedi competenti. Un progetto che non riguarda soltanto il capoluogo, ma si inserisce nella più ampia riorganizzazione della rete provinciale: Modena ne rappresenta il cuore, ma il suo rafforzamento

ha senso solo insieme alla valorizzazione di tutti i presidi, dall'Area Nord alle aree montane e all'Area Sud, superando la logica del "tutto ovunque" senza prevedere la chiusura di alcun ospedale. La concentrazione delle funzioni ad alta complessità può inoltre consentire di recuperare risorse professionali e organizzative da reinvestire nella rete territoriale e nei servizi di prossimità, mentre **le risorse destinate alle grandi opere e alle tecnologie rappresentano investimenti aggiuntivi e non risorse sottratte** al funzionamento del sistema sanitario provinciale.
I primi esiti dei gruppi progettuali già stanno lavorando in questa ottica, progettando scenari che prevedano la centralizzazione verso una sede per percorso del paziente.

Dalla rete di cura al tessuto di presa in cura: una rete provinciale integrata

La tenuta del sistema richiede un patto provinciale nel quale ciascun presidio e ciascun territorio contribuiscano alla risposta complessiva. Gli indirizzi richiamati nel percorso della CTSS, a partire dal confronto del 26 febbraio, e gli impegni emersi a Palagano individuano alcuni riferimenti per il lavoro successivo:

1. Nessuna chiusura di ospedali e mantenimento delle strutture sul territorio provinciale, accompagnati da garanzie sulle funzioni e sull'accessibilità delle cure;
2. Conferma degli investimenti già programmati per la rete territoriale;
3. Superamento della logica del "tutto ovunque", valorizzando la vocazione dei singoli presidi (da Carpi a Mirandola, dall'Area Nord fino alla montagna). La presenza di attività in più sedi va valutata sulla base dei bisogni e dei benefici per i cittadini, senza considerarla automaticamente una duplicazione, un esempio di questo è la Medicina interna (presidio necessario alla prossimità);
4. Risorse aggiuntive per gli investimenti, secondo l'impegno espresso dal presidente della Regione de Pascale, e destinazione alla prossimità delle risorse effettivamente recuperate attraverso la riorganizzazione. Fonti, costi e possibilità di reinvestimento dovranno essere precisati negli approfondimenti, distinguendo investimenti e spesa corrente e considerando l'intera rete provinciale, dalle Case della Comunità alle cure domiciliari.

Una parte rilevante - circa per l'80% - dei bisogni sanitari e sociosanitari richiede risposte di prossimità. La capacità dei centri di alta complessità e quella dei servizi territoriali dipendono l'una dall'altra: rafforzare i collegamenti è necessario per garantire cure appropriate ed evitare sovraccarichi e interruzioni nei percorsi.

Verso il riordino sanitario provinciale: metodo, alleanza e responsabilità

Tecnici e amministratori sono chiamati a lavorare a uno stesso progetto, con responsabilità distinte e un confronto continuativo.

Ai clinici e alle direzioni spetta approfondire i percorsi e le alternative organizzative sulla base delle evidenze e della sicurezza; alla politica rappresentare i bisogni delle comunità e definire obiettivi e priorità nelle sedi competenti. Le valutazioni tecniche devono rendere leggibili le

conseguenze delle alternative, mentre gli indirizzi politici devono confrontarsi con la loro fattibilità.

In questa cornice, “Salute Futura” ha avviato un confronto strutturato su sostenibilità, appropriatezza, concentrazione delle casistiche, sicurezza, prossimità e innovazione. Il documento ne raccoglie i principali contenuti come base per proseguire il lavoro: un quadro di riferimento comune, non un insieme di soluzioni predefinite né un accordo già raggiunto sulle future scelte organizzative.

Il documento è quindi una sintesi del percorso svolto e dei principi su cui proseguire il lavoro. La restituzione dei lavori alla CTSS dovrà rendere disponibili evidenze, proposte e questioni aperte. Su questa base potranno svilupparsi gli approfondimenti e il confronto con Regione, Università, Distretti e Consigli comunali, professionisti, rappresentanze sindacali, terzo settore, pazienti e cittadini. È il momento di alzare lo sguardo e decidere insieme dove indirizzare il nostro sforzo, garantendo alle future generazioni una sanità pubblica, universalistica, sicura e vicina a ogni persona.

Come cambiano i bisogni di salute e l'organizzazione dei servizi

1 Il contributo dei territori alla salute

Molti determinanti della salute e dell'accesso alle cure dipendono da scelte che coinvolgono direttamente gli enti locali e la comunità: mobilità, ambiente, casa, servizi sociali, inclusione, infrastrutture e reti comunitarie.

Accessibilità

Trasporti, viabilità, connettività e orientamento incidono sulla possibilità di utilizzare i servizi.

Prevenzione

Politiche urbane, ambientali, sociali e educative influenzano salute e disuguaglianze.

Tessuto comunitario

Associazioni, volontariato e servizi di prossimità aiutano a intercettare fragilità e isolamento.

Tecnica e politica

Le competenze tecniche forniscono evidenze, criteri di sicurezza e soluzioni organizzative. La responsabilità politica riguarda la rappresentazione dei bisogni, la definizione delle priorità, la considerazione delle specificità territoriali e la costruzione di consenso informato. Le responsabilità restano distinte, ma le decisioni devono maturare attraverso un confronto continuativo, trasparente e verificabile. Le decisioni sulla rete provinciale spettano alle sedi competenti, con il ruolo di indirizzo della CTSS e nel rispetto delle responsabilità di Regione e aziende, e devono essere accompagnate da dati comprensibili, motivazioni esplicite, tempi, investimenti e indicatori di risultato.

"PATTO TERRITORIALE PER LA SALUTE" un patto tra sistema sanitario, amministratori e comunità, nel quale i diversi soggetti contribuiscano alla definizione dei bisogni, all'accessibilità dei servizi e alla resilienza della rete.

Le condizioni per rendere praticabile il cambiamento

Rendere praticabile il cambiamento richiede appropriatezza clinica, valorizzazione delle risorse umane, investimenti coerenti, infrastrutture adeguate, dati condivisi e tecnologie capaci di supportare realmente i percorsi. Il contributo dei comuni e del terzo settore è essenziale per trasporti, accompagnamento e integrazione sociale, soprattutto nelle aree interne e per le persone fragili. È inoltre necessaria una comunicazione comune e trasparente, rivolta sia ai cittadini sia ai professionisti, per spiegare le ragioni delle trasformazioni prima ancora delle singole soluzioni. La transizione richiede risposte sostitutive o integrative già operative e personale disponibile, senza trasferire sulle famiglie le carenze dei servizi.

LA METAFORA DELL'ORCHESTRA Strumenti tecnici e politici diversi devono saper leggere e scrivere insieme lo spartito, ascoltandosi reciprocamente. Il risultato è rivolto al cittadino e al bene comune.

2 Perché i bisogni di salute stanno cambiando

L'organizzazione sanitaria deve confrontarsi con trasformazioni demografiche, epidemiologiche, sociali e tecnologiche che modificano non soltanto la quantità, ma anche la natura dei bisogni. La riduzione della natalità e l'allungamento della vita cambiano la struttura della popolazione: se da una parte la cronicità rappresenta il risultato del progresso della medicina su condizioni che in passato conducevano più precocemente alla morte, dall'altra cresce il peso delle condizioni croniche, della multimorbilità e dei bisogni di assistenza prolungata. Parallelamente, aumentano i nuclei familiari piccoli e le persone sole, mentre l'evoluzione della medicina amplia le opportunità di trattamento e modifica i luoghi e i modi in cui le cure possono essere erogate. Ne deriva la necessità di passare dalla singola prestazione a percorsi capaci di integrare risposte sanitarie, sociali e comunitarie.

Più cronicità

Aumentano le persone che convivono a lungo con una o più malattie croniche. La presenza contemporanea di più patologie rende necessario coordinare controlli, terapie e professionisti: il bisogno non si esaurisce nella singola visita, ma richiede assistenza continuativa e percorsi personalizzati, integrando le risposte sanitarie e sociali.

Più fragilità

Crescono le persone che vivono sole e cambiano le reti di sostegno familiare. Il bisogno di cura si intreccia così con difficoltà quotidiane, isolamento e necessità di accompagnamento. Condizioni economiche, distanze e disponibilità di trasporti incidono sulla possibilità concreta di accedere e proseguire le cure: le famiglie non possono essere considerate una risorsa sempre disponibile per compensare le discontinuità dei servizi.

Nuove possibilità

Diagnostica, terapie e tecnologie rendono disponibili interventi prima non possibili e modificano i contesti assistenziali. Alcune attività possono passare dal ricovero all'ambulatorio o ai servizi territoriali, quando appropriato e sicuro. Alle nuove opportunità di cura si accompagna quindi il bisogno di percorsi capaci di collegare competenze specialistiche, controlli e assistenza vicino ai luoghi di vita.

Dalla prestazione alla presa in carico

Un sistema costruito prevalentemente intorno a singole prestazioni risponde con difficoltà a bisogni complessi e prolungati. Diventa quindi centrale la presa in carico: la persona deve essere accompagnata lungo un percorso che può coinvolgere ospedale, territorio, domicilio, servizi sociali e comunità.

Una prospettiva di lungo periodo

Le scelte organizzative devono considerare la domanda attuale e l'evoluzione della popolazione, dei professionisti e delle possibilità di cura. Questa prospettiva di lungo periodo deve accompagnarsi a risposte sulle attese, sulle carenze di personale e sui bisogni emergenti.

> **PUNTO CRUCIALE** La trasformazione dei servizi non coincide con una riduzione dell'offerta. Mira ad adattare le modalità di assistenza ai bisogni attuali e futuri, mantenendo universalità, qualità ed equità.

3 Le tre sostenibilità: professionisti, risorse, ambiente

La sostenibilità del sistema sanitario non coincide con il solo equilibrio economico. Riguarda la capacità di mantenere nel tempo professionisti, qualità delle cure, innovazione e responsabilità ambientale. La crisi delle risorse nasce dal rapporto tra bisogni crescenti, costi delle cure e capacità effettiva di garantire assistenza.

Sul piano economico, finanziamenti adeguati restano indispensabili, ma devono confrontarsi con l'aumento dei costi di beni, servizi, farmaci e tecnologie e con l'ampliamento delle possibilità terapeutiche. Occorre quindi usare al meglio le risorse immesse nel sistema, migliorando efficienza e appropriatezza.

Sul piano delle risorse umane, disporre dei finanziamenti per assumere non significa poter reperire immediatamente le competenze necessarie: formazione, ricambio generazionale, attrattività delle professioni, condizioni di lavoro e capacità di trattenere gli operatori sono fattori decisivi. La sostenibilità ambientale riguarda una relazione reciproca: inquinamento, cambiamento climatico ed eventi estremi incidono sulla salute, aumentano alcuni bisogni assistenziali e possono compromettere la continuità dei servizi; allo stesso tempo, sanità ed assistenza producono impatti attraverso edifici, energia, farmaci, dispositivi, acquisti, trasporti e rifiuti.

La risposta richiede quindi sia servizi più resilienti ai rischi ambientali, sia azioni per ridurne l'impronta. Occorre tenere insieme adeguatezza delle risorse e cambiamento organizzativo: una migliore organizzazione non sostituisce un finanziamento adeguato, così come maggiori finanziamenti, da soli, non risolvono carenze di personale e discontinuità dei percorsi. L'obiettivo è preservare universalità ed equità, senza trasferire sulle famiglie costi e compiti assistenziali non sostenibili.

Risorse umane	Risorse economiche	Ambiente
Programmare i fabbisogni, sviluppare competenze,	Usare in modo appropriato prestazioni, tecnologie e	Ridurre l'impatto di energia, acquisti, mobilità e rifiuti e

migliorare le condizioni organizzative e attrarre professionisti.	strutture, liberando capacità dalle attività a basso valore.	aumentare la resilienza dei servizi.

Appropriatezza

Una prestazione non necessaria utilizza tempo professionale e risorse che potrebbero essere dedicate a una persona che ne ha bisogno. L'appropriatezza riguarda sia la domanda di prestazioni sia il modo in cui l'offerta viene organizzata. Inoltre, cambia nel tempo, con l'evoluzione delle conoscenze e delle tecnologie.

ESEMPIO: APPROPRIATEZZA E ATTIVITÀ A BASSO VALORE Nel laboratorio è stato richiamato il confronto tra trattamenti innovativi ad alto costo, come le terapie CAR-T per specifiche indicazioni, e consumi diffusi a basso valore, come alcune prescrizioni non appropriate di inibitori di pompa protonica. Il razionale non è negare cure, ma recuperare tempo e risorse da duplicazioni o prestazioni prive di beneficio atteso per destinarli a cure efficaci, innovazione e bisogni non coperti. I dati sono quelli riferiti durante gli interventi e richiedono verifica nelle sedi di programmazione.

Attrattività dei territori

La disponibilità di professionisti dipende anche dalle caratteristiche dei territori. Mobilità, servizi, opportunità per le famiglie e qualità della vita possono contribuire alla capacità di attrarre e trattenere personale sanitario.

PUNTO CRUCIALE Sostenibilità significa generare il maggiore valore possibile con le risorse e le competenze disponibili, senza separare qualità, universalità e responsabilità verso le generazioni future.

4 Un unico sistema provinciale

Ospedali, servizi territoriali, medicina generale, farmacie, professionisti, strutture sociali, Comuni e terzo settore non sono componenti isolate. Devono operare come parti di un unico sistema provinciale, organizzato a partire dai percorsi delle persone. Ciò richiede responsabilità riconoscibili, informazioni condivise e collegamenti stabili tra i nodi, superando confini amministrativi e aziendali quando ostacolano una risposta appropriata.

Dalla presenza del servizio alla capacità di risposta

La quantità di servizi presenti in un singolo territorio non descrive, da sola, la qualità dell'assistenza. Il criterio decisivo è la capacità del sistema di garantire la risposta appropriata, nel luogo e nei tempi adeguati al bisogno, senza interrompere il percorso della persona.

Equità territoriale

Nel lavorare sulla rete provinciale, tecnici e politici devono considerare anche mobilità, infrastrutture, distanze e fragilità dei Comuni. L'accessibilità non riguarda soltanto l'esistenza di un servizio, ma la possibilità concreta di raggiungerlo e di essere orientati nel percorso.

> **CONCETTO EMERSO** La sanità non dovrebbe conoscere confini amministrativi rigidi: attività, équipe e tecnologie possono essere distribuite tra più sedi, purché il sistema mantenga un accesso equo e una presa in carico continua.

Il sistema unico provinciale si articola su quattro parole chiave:

Prossimità	**Complessità**	**Rete**	**Tessuto**
Portare vicino ai luoghi di vita le attività che possono essere erogate in sicurezza sul territorio o al domicilio.	Concentrare casistiche e tecnologie quando la complessità richiede esperienza e capacità organizzativa. Il criterio della scelta è la sicurezza delle cure	Garantire collegamento e continuità tra sedi, professionisti e livelli assistenziali diversi.	Per realizzare questa trasformazione serve un vero **tessuto di comunità**. Servizi sanitari, servizi sociali, Comuni, associazioni e volontariato devono concorrere alla continuità del percorso, alla promozione della salute, all'intercettazione delle fragilità e alla rimozione delle barriere di accesso

In questo contesto si inserisce anche il concetto di Area intesa come scala intermedia o articolazione funzionale tra Distretto e Provincia, nella quale il disegno unitario si traduce in scelte operative.

Il sistema provinciale si organizza funzionalmente in tre aree:

- Area Nord: distretti di Carpi e Mirandola;
- Area Centro: distretti di Modena e Castelfranco Emilia;
- Area Sud: distretti di Sassuolo, Vignola e Pavullo nel Frignano.

Le aree non sono nuovi confini amministrativi né livelli gerarchici aggiuntivi.

Sono costruite su territori con caratteristiche demografiche, orografiche e infrastrutturali omogenee, e in ciascuna i presidi assumono vocazioni complementari. Prossimità, complessità, rete e tessuto di comunità si combinano così in modo coerente con i bisogni e le condizioni di accesso di quel territorio.

I Team di Area, a cui parteciperanno Aziende sanitarie, compreso la parte universitaria, amministrazioni locali, CCM e pazienti partner, potranno accompagnare la realizzazione degli scenari, assicurando l'allineamento tra gli indirizzi provinciali e l'attuazione sul campo.

Restano provinciali le regole comuni, le reti cliniche e le piattaforme condivise, perché la stessa risposta sia garantita a parità di bisogno in qualunque area la persona risieda.

5 Concentrazione delle casistiche, volumi, esiti e sicurezza

La concentrazione non è un obiettivo in sé e non serve a stabilire una gerarchia tra ospedali. È uno strumento organizzativo da utilizzare quando migliora sicurezza, efficacia, efficienza o equità di accesso. Nel 2025, nella provincia di Modena sono stati effettuati quasi 62.000 interventi chirurgici, in larga parte programmati e con una quota consistente di procedure frequenti e di complessità medio-bassa. Questo quadro consente di differenziare le scelte: concentrare le attività rare e complesse, distribuire in più sedi quelle a bassa complessità, sviluppare sedi dedicate per la chirurgia programmata e valorizzare le vocazioni dei diversi ospedali.

Alta complessità

Per alcune procedure complesse, volumi adeguati, esperienza delle équipe, tecnologie e servizi di supporto presenti nel presidio ospedaliero aumentano la capacità di affrontare l'intervento e gestire eventuali complicanze. Nel confronto è stato utilizzato l'esempio della chirurgia pancreatica e dei dati del Programma Nazionale Esiti: per alcune procedure oncologiche, i centri con maggiore casistica registrano esiti migliori e mortalità inferiore. L'obiettivo è favorire la concentrazione delle cure, permettendo così all'equipe di consolidare esperienza e massa critica sufficienti. Non conta soltanto l'abilità del singolo professionista, ma la presenza continuativa di anestesia, terapia intensiva, diagnostica, competenze multidisciplinari e servizi specialistici capaci di intervenire tempestivamente lungo tutto il percorso di cura.

Medio-bassa complessità

Per attività programmabili meno complesse, concentrare alcune casistiche in sedi dedicate può migliorare l'utilizzo di professionisti e sale, separare maggiormente urgenza e programmazione e contribuire alla riduzione delle attese. Il razionale è proteggere le sedute programmate dalle interruzioni determinate dalle emergenze, rendere più prevedibili i flussi e utilizzare in modo coordinato la capacità provinciale. Non tutte le attività, tuttavia, devono essere concentrate: cataratta, ernia inguinale, piccoli interventi e altre procedure frequenti possono essere distribuiti nella rete, purché siano garantiti standard, competenze e sicurezza.

ESEMPIO: PROCEDURE AMBULATORIALI L'evoluzione della medicina consente oggi di eseguire in sicurezza in ambulatorio alcune procedure a bassa complessità che in passato richiedevano la sala operatoria (come alcuni interventi di ernia inguinale, operazioni di chirurgia vascolare a bassa complessità). Questo cambiamento rende possibile avvicinare tali attività ai cittadini.

ESEMPIO: LISTE PROVINCIALI Liste chirurgiche organizzate a livello provinciale e équipe operative su più sedi possono ridurre differenze tra territori e utilizzare in modo più uniforme la capacità disponibile. La sede della visita e quella dell'intervento possono non coincidere, mantenendo un unico percorso di presa in carico.

Il criterio di equilibrio

L'assetto più appropriato deriva dal bilanciamento tra sicurezza, prossimità, efficienza, tempi di attesa ed equità. Nessuna di queste dimensioni può essere applicata in modo isolato o automatico.

6 Prossimità e continuità delle cure

Prossimità non significa replicare ogni servizio in ogni territorio né misurare l'assistenza soltanto in chilometri. Significa collocare ciascuna attività nel contesto più adeguato, avvicinando ciò che può essere svolto in sicurezza vicino alla persona e mantenendo in rete le attività specialistiche. Il laboratorio ha proposto il passaggio dalla rete al tessuto: non soltanto nodi collegati, ma relazioni dense e responsabilità condivise tra medicina generale, Case della Comunità, farmacie, Centrali Operative Territoriali, Ospedali di Comunità, ospedali specialistici, servizi sociali, domicilio e comunità.

Che cosa può essere avvicinato

- Prevenzione e promozione della salute.
- Gestione della cronicità e monitoraggio nel tempo.
- Prelievi, controlli e attività ambulatoriali a minore complessità.
- Assistenza domiciliare.
- Chirurgia ambulatoriale di bassa complessità.
- Orientamento e raccordo con servizi sociali e reti della comunità.

Continuità: il collegamento tra i diversi nodi

Una persona può ricevere assistenza in luoghi diversi senza perdere continuità. Perché ciò avvenga, responsabilità cliniche, informazioni e passaggi organizzativi devono essere definiti e condivisi. La continuità deve funzionare in entrambe le direzioni: dal territorio verso i centri specialistici quando il bisogno richiede maggiore complessità e, dopo la fase acuta, dall'ospedale verso strutture intermedie, servizi territoriali e domicilio. Il cittadino e la famiglia non possono essere il principale elemento di connessione tra servizi separati. Per le persone fragili, trasporti, accompagnamento, ausili e raccordo sociale sono parte concreta del percorso di cura.

ESEMPIO: ONCOLOGIA DI PROSSIMITÀ Prelievi, alcuni controlli, monitoraggi e attività meno complesse possono essere avvicinati ai luoghi di vita; diagnosi, decisioni terapeutiche e trattamenti ad alta complessità restano nei centri specialistici. Il razionale è evitare spostamenti non necessari senza frammentare la responsabilità clinica: il percorso rimane unitario nella rete oncologica, mentre le singole fasi vengono collocate nella sede più appropriata.

ESEMPIO: CASA E TERRITORIO Per persone con bisogni cronici o fragilità, domicilio, medicina generale, infermieristica di famiglia e comunità, servizi territoriali e sociale possono concorrere a ridurre accessi evitabili e interruzioni della presa in carico.

7 Innovazione, digitalizzazione e telemedicina

Il digitale non costituisce un fine autonomo. È un'infrastruttura che può sostenere continuità, prossimità, appropriatezza e integrazione tra professionisti e servizi. L'innovazione deve però dimostrare il proprio valore: efficacia clinica, costi, volumi, competenze richieste, impatto organizzativo ed equità devono essere valutati, anche attraverso l'Health Technology Assessment. Il punto non è acquistare la stessa tecnologia in ogni sede, ma inserirla in una strategia provinciale coerente e renderla parte di processi assistenziali definiti.

Funzioni principali

- Rendere disponibili le informazioni cliniche lungo il percorso.
- Sostenere teleconsulto e telemonitoraggio quando appropriati.
- Ridurre duplicazioni e passaggi documentali non necessari.
- Collegare professionisti collocati in sedi diverse.
- Recuperare tempo da attività burocratiche a favore della relazione di cura.

ESEMPIO: CONTINUITÀ INFORMATIVA Fascicolo Sanitario Elettronico e strumenti di condivisione possono evitare che sia la persona a trasportare documenti e ricostruire ogni volta la propria storia tra servizi diversi.

ESEMPIO: TELEMEDICINA Teleconsulto tra pronto soccorso e specialisti, collegamento tra medico di medicina generale e consulente, monitoraggio domiciliare e rilevazione dei parametri nelle sedi territoriali possono ridurre spostamenti e tempi di attesa. Il razionale è portare la competenza verso la persona, non sostituire automaticamente la visita in presenza. L'utilizzo dipende dal bisogno clinico, dalle condizioni della persona e dall'inserimento dello strumento in un percorso con responsabilità definite.

ESEMPIO: TECNOLOGIE AVANZATE La navigazione per raggiungere lesioni polmonari periferiche mostra il potenziale di alcune tecnologie nel favorire diagnosi più precoci. Proprio perché tali strumenti hanno costi elevati e richiedono competenze e volumi adeguati, la scelta della sede deve essere guidata da valutazione del beneficio clinico, massa critica e sostenibilità, non dal criterio di distribuirli indistintamente.

Equità digitale

Competenze digitali, dispositivi e connettività non sono distribuiti in modo uniforme, soprattutto tra persone anziane e in alcune aree montane. Le soluzioni digitali devono quindi prevedere accompagnamento, facilitazione e alternative accessibili. Anche i professionisti devono essere coinvolti nella progettazione e formati: una piattaforma tecnicamente disponibile, ma non integrata nel lavoro quotidiano, rischia di aumentare richieste e adempimenti anziché liberare

tempo. Biblioteche, sportelli e altri spazi di comunità possono concorrere al supporto delle persone.

ESEMPIO: INTELLIGENZA ARTIFICIALE E GOVERNO DELLA DOMANDA Sintesi della storia clinica, supporto alla documentazione, alert nei percorsi preventivo diagnostico terapeutico assistenziali (PPTDA) e automazione di attività amministrative possono recuperare tempo professionale. Il beneficio non è automatico: strumenti più efficienti possono anche generare nuova domanda, secondo il paradosso di Jevons . Servono quindi regole di appropriatezza, formazione, monitoraggio degli effetti e coinvolgimento della medicina generale e delle altre professioni.

> **PUNTO CRUCIALE** L'innovazione produce valore quando semplifica il percorso, collega il sistema e non crea nuove barriere.

8 Sintesi Finale

Leggere il cambiamento, condividere le responsabilità

Le trasformazioni demografiche e sociali, l'invecchiamento, l'evoluzione dei bisogni e delle possibilità di cura richiedono di ripensare l'organizzazione dei servizi in una prospettiva di lungo periodo. Affrontare il cambiamento significa andare oltre la gestione delle singole urgenze e fare scelte che vedranno i propri effetti oltre al mandato amministrativo dei singoli, costruendo risposte capaci di tutelare nel tempo qualità delle cure, sostenibilità ed equità territoriale.

Questa prospettiva richiede un'integrazione tra competenza tecnica e responsabilità politica: condividere obiettivi e priorità, rendere leggibili le alternative e valutarne le conseguenze per i cittadini e i territori. Il riferimento è una rete assistenziale unitaria, nella quale il valore delle singole strutture dipende dal contributo alla risposta complessiva ai bisogni, non dalla loro difesa isolata.

Integrare non significa semplicemente affiancare organizzazioni e competenze, ma coordinarle intorno a un progetto comune, come strumenti diversi che concorrono a uno stesso spartito. Servono fiducia, linguaggi condivisi e disponibilità a ridiscutere confini e autonomie organizzative quando necessario per il bene comune. La formazione degli amministratori e il confronto con i professionisti sostengono questo apprendimento reciproco e rafforzano le condizioni per decisioni coordinate e per la partecipazione dei cittadini.

La sanità futura dovrà tenere insieme vicinanza e concentrazione delle attività, innovazione e accessibilità. Il criterio comune è garantire a ogni persona la risposta appropriata lungo un percorso continuo. Salute Futura ha contribuito a costruire un linguaggio comune sui problemi e sui criteri di valutazione; non ha definito un piano di riordino né concluso il confronto sulle scelte organizzative. La restituzione delle prime schede degli scenari dei gruppi progettuali alla CTSS consentirà poi di approfondire le evidenze e le proposte. Conoscenza condivisa dei problemi, ascolto delle prospettive, confronto tra evidenze tecniche e bisogni locali, capacità di scegliere,

spiegare e verificare nel tempo le scelte. La trasformazione del sistema può così essere affrontata come progetto di comunità e non come somma di vertenze tra territori.